

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TERAPIA DE GRUPO EN DUELO COMPLICADO A PERSONAS
QUE PRESENTAN DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD ASOCIADA A
MUERTES PERINATALES

POR
NAZARETH DEL CARMEN POLO VEGA

Tesis presentada en cumplimiento
de los requisitos exigidos para
optar por el grado de
Maestría en Psicología Clínica.

PANAMÁ 2006

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERROCTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**

Facultad de: **Humanidades**

Número de Código:

Nombre del estudiante: **Nazareth del Carmen Polo Vega**

Tema de Tesis: **Terapia de Grupo en Duelo Complicado a personas que presentan Depresión y/o Ansiedad asociado a Muertes Perinatales**

Resumen Ejecutivo: **Se trata de un diseño de investigación de dos fases, descriptiva tipo no experimental transversal en su primera fase, y la segunda, pre-experimental de intervención terapéutica, en las cuales trataremos de determinar y describir la depresión y la ansiedad asociada a las pérdidas sufridas por muertes perinatales, para luego aplicar una intervención terapéutica grupal. Terminada dicha intervención, evaluar la efectividad del mismo.**

Nombre del Asesor: **Magíster Ricardo López**

Firma del asesor: _____

Firma del Estudiante _____

Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Fecha: _____

NACIDO MUERTO

*Te llevaba con alegría y esperanza,
los nueve largos meses de mi término,
recordaba esa hora tierna cuando te hicimos,
te sentía a menudo dar golpecitos y moverte
al crecer despacio dentro de mí,
me preguntaba cómo serías
cuando emergiera tu cabeza mojada,
hembra o varón, y a qué momento alegre
oiría tu grito de nacimiento,
y yo dándote la bienvenida
con todo lo que necesitabas de calor y de comida,
teníamos un hogar esperándote
Después de mis esfuerzos en el parto,
el sudor frío en mis brazos,
mis pequeños gritos se mezclaban con el aire veraneo.
Llegaste. No lloraste. No respiraste.
Nunca habíamos esperado esto;
Parece que tu nacimiento no tenía sentido,
¿O era que nos habías rechazado?
Dirán que nunca viviste,
Te registrarán como nacido muerto
Pero viviste para mí todo ese tiempo
en el oscuro recinto de mi vientre,
y cuando pienso en ti ahora, perfecto en tu pequeña muerte,
yo sé que has nacido vivo;
te llevaré conmigo siempre,
mi hijo, siempre fuiste mío Eres mío todavía.
La muerte y la vida son el mismo misterio.*

Leonard Clark

DEDICATORIA

A mi amada hija **Sofía Isabel**, que es mi fuente de inspiración para ser cada vez mejor persona y brindar lo mejor de mí a todos los que me rodean. A mi esposo **Luis Felipe**, que con su gran espíritu de lucha y dedicación, amor al trabajo y al estudio, me inspira y apoya a alcanzar mis sueños más anhelados. A mi querida madre **Luz Graciela**, por su gran amor, compañía, apoyo incondicional y por enseñarme a luchar y perseverar por aquello que realmente tiene valor. A mi Padre **Ismael** por su espíritu emprendedor y tenacidad en lograr los objetivos que se propone.

A mis hermanas, hermanos, sobrinos y sobrinas, por enseñarme cada día una forma novedosa de ver y enfrentar la vida.

A mis colegas, pero especialmente a los que ahora son mis amigos, mis maestros y mis terapeutas.

A ustedes va dedicado mi trabajo y esfuerzo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, mi Padre y Amigo Fiel, por darme el Don de la vida, por haberme brindado un espíritu de humanismo para comprender el dolor de los demás; por hacerme sentir su presencia cada día, por darme la fuerza y la fe necesaria para lograr desarrollar todos mis proyectos.

De manera muy especial deseo agradecer a la Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz, por haberme brindado todo el apoyo, y la formación para la realización de esta investigación.

A la Psicóloga Maritza de Palacios y a la Policlínica de la Caja de Seguro Social, Don Alejandro de la Guardia, Hijo., por haberme permitido realizar esta investigación en su Unidad Ejecutora.

A la Psicóloga Elsa Fajardo, por su valiosa y acertada orientación en el desarrollo de este trabajo, y a mi amiga Dalienis por su apoyo técnico.

Al Profesor Ricardo López por su colaboración en la realización de esta investigación.

A todas las madres que participaron como voluntarias, para que esta investigación fuese una realidad, por todas sus enseñanzas y aportaciones.

RESUMEN

En esta investigación evaluamos la capacidad terapéutica de la Terapia de Grupo, para disminuir los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes con duelo complicado asociado a muertes perinatales.

Se trata de un diseño de investigación de dos fases. La primera fue descriptiva tipo no experimental transversal para conocer el tipo de duelo complicado y los niveles de ansiedad y de depresión de las pacientes. En la segunda fase, fue experimental de intervención terapéutica.

La terapia en formato de grupo se realizó en 15 sesiones de dos horas, por lo general, una por semana, con una sesión de seguimiento dos meses después.

Realizamos una historia clínica completa de cada paciente y evaluamos de manera objetiva y subjetiva los resultados de dicha terapia.

La terapia de grupo fue efectiva para el tratamiento de duelo complicado, porque ofrece elementos reparadores específicos que le confieren un potencial único, para resolver los conflictos de separación que imposibilitan la resolución del duelo.

SUMARY

In this investigation we evaluate therapeutic capacity of Group Therapy, to diminish the anxiety and depression levels in patients with complicated duel associated with perinatal dead.

The designed of investigation is n two phases. First phase was transversal, descriptive and non experimental, made to know what class of complicated duel suffer the patient and levels of anxiety and depression. In the second phase, we made and experimental therapeutic intervention.

Group therapy was performed in 15 sessions of 2 hours each one, generally, once per week, with one follow session two months after.

We take a clinical history to each patient and evaluate in objective and subjective forms the results of the therapy.

Group Therapy was effective to treat complicated duel because offer specific repairs elements to confer a unique potential to resolve separation conflicts that difficult the duel resolution.

INDICE GENERAL

PENSAMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	5
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	11

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DE PÉRDIDA	13
2.1.1. Definición de Conceptos	13
2.1.2. Las Pérdidas en Nuestra Sociedad	14
2.2. EL DUELO Y SUS GENERALIDADES	16
2.2.1. Definición de Duelo	16
2.2.2. Manifestaciones Patológicas del Duelo	18
2.2.3. Determinantes del Duelo	20
2.2.4. El Proceso del Duelo	22
2.2.5. Elaboración del Duelo	24
2.2.6. Las Tareas del Duelo	25
2.2.7. Finalización del Duelo	30
2.3. DUELO POR MUERTES PERINATALES	30
2.3.1. Circunstancias y Momentos de La Pérdida	33
2.3.1.1. Interrupción de la Gestación por Malformaciones	33

2.3.1.2. Muerte Intrauterina o Abortos Espontáneos	34
2.3.1.3. Muerte del Hijo Recién Nacido	35
2.3.1.4. Muerte por Aborto Provocado	38
2.3.1.4.1. Consecuencias de no Elaborar el Duelo	39
2.3.2. Negación Cultural del Duelo Perinatal	40
2.3.3. Significado de la Muerte del Bebé para los Padres	42
2.3.3.1. Significado para la Madre	43
2.3.3.2. Significado para el Padre	48
2.3.4. La Familia y el Entorno	49
2.3.5. Concepto Personal de Duelo Apropiado	51
2.3.5.1. Disparidad en el Duelo	52
2.3.5.2. Factores que Reducen el Riesgo de Conflicto Conyugal	53
2.4. ASESORAMIENTO PROFESIONAL EN EL DUELO	55
2.4.1. Tareas del Duelo por Muertes Perinatales	58
2.4.2. Recomendaciones para los Padres en Duelo	60
2.5. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS EN EL PROCESO DE DUELO GRUPAL	
2.5.1. Características Específicas de un Grupo de Duelo	63
2.5.2. Metas y Encuadre de la Terapia en el Duelo Complicado	68
2.5.3. Procedimientos Terapéuticos en el Proceso de Duelos Complicados	70
2.5.4. Evaluación de los Resultados en la Terapia de Duelo.	75

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Planteamiento del Problema	78
3.2. Objetivos de la Investigación	
3.2.1. Objetivos Generales	78
3.2.1. Objetivos Específicos	78
3.3. Preguntas de la Investigación	79
3.4. Hipótesis de la Investigación	79

3.4.1. Hipótesis Conceptual	79
3.4.2. Hipótesis Operacional	80
3.4.3. Hipótesis de Trabajo o Alterna	81
3.4.4. Hipótesis Nula	81
3.5. Variables	
3.5.1. Variable Independiente	81
3.5.2. Variable Dependiente	81
3.5.3. Definiciones Conceptuales	82
3.5.4. Definiciones Operacionales	84
3.6. Estrategias de Investigación	85
3.6.1. Tipo y Diseño de Investigación	85
3.7. Concepto de Población y Muestra	85
3.7.1. Población Objetivo	85
3.7.2. Población Muestral	85
3.7.3. Muestra	85
3.8. Métodos de Selección de los participantes	
3.8.1. Criterios de Inclusión	86
3.8.2. Criterios de Exclusión	86
3.9. Técnicas de Medición	87
3.10. Evaluación de los Resultados	89
3.10.1. Estadísticos	89
3.10.2. Tipos de datos	89
3.11. Diseño Operativo	90
3.11.1. Organización del Trabajo de Campo	91
3.11.2. Requerimiento de Operaciones	92
3.11.2.1. Recursos Humanos	92
3.11.2.2. Recursos Materiales	92
3.11.3. Procedimientos	92

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis Descriptivo de las Pacientes	95
4.2. Resultados Individuales de los Niveles de Depresión y Ansiedad	97
4.3. Resultados Grupales de los Niveles de Depresión y Ansiedad	102
4.4. Resultados Cualitativos Grupales de la Terapia de Grupo	104
4.5. Presentación de las Historias Clínicas	138
4.6. Discusión de los Resultados.	230

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES	238
RECOMENDACIONES	242
BIBLIOGRAFÍA	246
ANEXOS	

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El duelo constituye el paradigma de proceso humano normal, que la sociedad contemporánea intenta evitar y hasta medicalizar para eliminar las sensaciones de distrés del espectro de reacciones emocionales. Se ha definido el duelo desde múltiples modelos (la teoría psicoanalítica clásica, los modelos del apego, la teoría del estrés, los modelos sistémicos y relacionales) definiendo diferentes fases - según unos- y tareas – según otros, que conducen a la superación de dicho proceso.

Algunos consideran apropiado algún modelo basado en la teoría del caos. Podría propugnarse, según esto que el duelo es una reacción compleja y multidimensional, impredecible, de carácter recurrente y fluctuante, y de intensidad generalmente decreciente. Gráficamente se representaría por paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos con períodos de descanso aparente y menos embestidas cada vez, generalmente de menor intensidad.

Aunque es importante no “patologizar” el duelo presentándolo como si fuera una enfermedad, también es importante reconocer que la reorganización satisfactoria de la propia vida, después de una pérdida tan importante no es un resultado que esté garantizado. En realidad, podemos quedar “atascados” de muchas maneras en el ciclo del duelo; el duelo puede estar aparentemente ausente, cronificarse o representar una amenaza para nuestra vida. Estos resultados negativos son más probables en muertes traumáticas y las que se dan “fuera de tiempo” y que no están “sincronizadas” con el

ciclo vital familiar, como lo es en el caso de la muerte de un bebé, que priva a sus padres y a sus hermanos no sólo de su presencia, sino también del futuro que esperaban que tuvieran.

El duelo es necesario para continuar viviendo, para separarse de la persona perdida conservando lazos diferentes con ella y para reencontrar la libertad de funcionamiento psíquico. Intentar inconscientemente escapar de él, significa introducirse en la vía de complicaciones graves. El trabajo del duelo es siempre necesario, su bloqueo y sus perturbaciones pueden conducir a serias dificultades. Ahorrar el duelo no es la mejor manera de luchar contra los efectos disolventes de la muerte. El duelo es siempre penoso y doloroso. Se dice a veces “Nadie es insustituible”, no es cierto: aquel o aquella a quien se ama es irremplazable.

Por otro lado, son muchos los psicoterapeutas que han manifestado que a lo largo de su experiencia clínica, han recibido gran cantidad de casos cuyo motivo de consulta es distinto al verdadero problema que subyace en el paciente. Motivos de consulta como inestabilidad afectiva, desorganización, angustia, depresión, incapacidad de amar y de establecer vínculos significativos, dificultades en su fertilidad, disfunciones sexuales, fobias a los niños, etc., y que todos estos casos, han demostrado tener relación más o menos directa y con mayor o menor intensidad con la muerte perinatal ocurrida en alguna época de sus vidas.

La rabia persecutoria de no haber hecho entonces lo que sentían sino aquello que les fue impuesto, el dolor retenido y no vivido, angustias nunca expresadas, la sensación de haber estado muy solos entonces, y la permanente necesidad de recordar

la edad, el sexo y de imaginar las posibles características de ese hijo en la actualidad, son alguno de los síntomas perturbadores para ellos. La situación se hace más difícil cuando las personas a su alrededor tratan de minimizar su pena o negarla, privándoles del derecho y de la oportunidad de vivir su dolor.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la capacidad terapéutica de la terapia de grupo en personas con duelo complicado, asociados a muertes perinatales. Las terapias de grupo ofrecen elementos reparadores específicos que le confieren un potencial único, pues constituyen la reproducción de un espacio pequeño y controlado de parte de lo que ocurre en la sociedad y como tales permiten reproducir ciertos procesos psicosociales.

Aunque es importante la terapia de grupo para elaborar los duelos complicados, se requerirá además, para este estudio, debido a la heterogeneidad de las formas y procesos posibles alrededor de la experiencia de duelo complejo, de un análisis detallado caso por caso y sesión por sesión, para poder responder a las particulares necesidades de todos los participantes.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La muerte durante mucho tiempo ha sido y todavía sigue siendo para muchas personas, un tema difícil y controvertido. A lo largo de la vida y debido a grandes influencias culturales, la hemos conceptualizado como un hecho de fuerte impacto emocional. Vivimos alejada de la misma, nos cuesta integrarla y su aparición siempre genera un aluvión de sentimientos dolorosos.

Como un niño que cuando aparecen en el cine escenas de terror, cierra fuertemente los ojos para no ver esa realidad que lo incomoda y prefiere erradicar de su experiencia lo muy temido y doloroso. Mucho de nosotros, aún cerramos los ojos ante la realidad de morir y optamos por jugar a ser inmortales; así vivimos y con frecuencia así morimos: con los ojos cerrados, inconscientes ante la realidad de la muerte. Por esta razón, acercarse a su misterio, descorrer el velo de ignorancia que lo rodea, es un desafío que incomoda, que perturba e inquieta.

En otras ocasiones actuamos bajo una errónea percepción de invulnerabilidad; es decir la sentimos alejada de nosotros y de nuestros seres queridos, como si fuera algo que sólo afecta a los demás. Pero cuando se presenta en nuestro entorno, es cuando tomamos conciencia de su existencia real e inevitable.

La muerte no es algo lejano sino algo que surge, muchas veces de forma inesperada e injusta, generando una serie de preguntas que no siempre tienen respuestas. Nuestra cultura es negadora de la muerte, es un tema del que no se debe

hablar, ni mencionar, por ser de mal gusto, por que es de “mal agüero”, por que es mejor no pensar en eso. La muerte es mejor no nombrarla, preferimos los eufemismos para hablar de ella: “se fue”, “perdimos a”, “descansó” “voló al cielo”, “fue llamado por el Señor”.

Durante los últimos 20 años los profesionales de la salud han mostrado un interés creciente por cuestiones relacionadas con el proceso de morir y con la elaboración del duelo. El interés reside, en que son muchas las personas que buscan tratamiento o atención médica tanto para problemas físicos como mentales, y no necesariamente saben o son conscientes que detrás de su estado quizás hay un duelo subyacente. Otros buscan ayuda porque se sienten bloqueadas, viven creyendo que no están superando la muerte de un ser querido, que el duelo no se acaba y que necesitan ayuda para terminarlo y volver a vivir. Existen estudios que señalan el gran impacto que tiene el duelo en la morbilidad y la mortalidad. El duelo exacerba no sólo la morbilidad física sino también la psicológica.

Las personas han estado elaborando duelos durante miles de años, en el pasado no buscaban ayuda en los profesionales de la salud, sino que se dirigían a los líderes o instituciones religiosas, para que les ayudaran a resolver su duelo, pero debido a que muchas personas en la actualidad, no pertenecen a organizaciones religiosas formales, se dirigen entonces a los servicios médicos, por supuesto que con un duelo complicado.

En el pasado, la familia estaba cerca y los vecinos ofrecían un vínculo cohesivo que ayudaba a la gente a afrontar la pérdida. Pero ahora ya no existe ese

sentido de comunidad para proporcionar apoyo ni la familia está disponible. Los velorios en casa ya no existen, y en cambio se prefieren las velaciones breves en capillas o iglesias y la funeraria se encarga de todo.

El luto tiende a desaparecer, y aquel recogimiento familiar que expresaba socialmente el duelo ha sido reemplazado por actitud “natural”, sin rituales de ninguna clase. El doliente pronto reanuda a sus actividades normales, y entre menos señales de dolor manifieste, más admiración suscita. A cambio de la tristeza, nuestra sociedad enaltece la valentía y la entereza, y es por ello que existen muchas personas con duelos enmascarados, no resueltos, en detrimento de su salud.

No es que ahora la muerte tenga menos repercusiones sobre nuestras familias, sino que sus consecuencias son secretas y se inscriben frecuentemente en el ámbito familiar, como un “secreto de familia”, muy pesado ya que no se puede expresar. El duelo hace pensar en la muerte y por lo tanto tiene mala publicidad.

La muerte de un ser querido acarrea grandes desajustes emocionales, sociales, y económicos en la dinámica familiar. Sin embargo, en términos de funcionamiento operativo de la familia, el bebé es el miembro con menos responsabilidades y dejando a un lado momentáneamente los factores emocionales, su muerte no acarrea desequilibrios funcionales, ni deja tareas pendientes a la familia. Una porción del impacto devastador que la muerte de un bebé tiene para los padres, puede explicarse en términos de la proyección de las partes suyas satisfechas o irresueltas que los padres hacen en los hijos. Como extensiones de los padres, los hijos representan sus propias esperanzas y sueños, prolongaciones de su “self”.

Entre más incompleta sea una persona, mayores pueden ser los efectos lesionantes de la pérdida del hijo (a), puesto que la mayor es la dimensión que se le ha otorgado en el espacio personal. La muerte de un bebé, de todas las penas, es la que menor aceptación social tiene, lo cual genera múltiples conflictos en la pareja, en un duelo que tiende a complicarse por su asincronía y por la diferencia en intensidad y expresión de los sentimientos del duelo entre el padre y la madre.

Es por ello, nuestro interés por abordar el duelo por este tipo de pérdidas, para que se le dé un mayor reconocimiento social al dolor, a la gama de emociones, de actitudes y comportamientos que presentan las personas que sufren la muerte perinatal de un hijo (a).

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ciclo biológico natural se invierte ante la pérdida de un hijo, ninguna madre y ningún padre cuentan con la resignación necesaria para aceptar este hecho, no es extraño el profundo dolor y desconcierto inicial, la sensación de despojo, de injusticia, la búsqueda de explicaciones y el paso vacilante con que se inicia el proceso de duelo, que lleva muchas veces a complicarse.

La corta de edad de quien fallece hace más penoso el duelo, como lo es el caso de las muertes perinatales. Aceptamos con mayor resignación la muerte a edades avanzadas, ya que mal o bien, han podido llevar a cabo su proyecto de vida. Por otro lado, la convicción de que los hechos dolorosos sólo les ocurren a los demás, perpetúa la negación de que haya ocurrido algo tan doloroso como la muerte de un bebé.

Generalmente, los padres que experimentan la muerte perinatal son jóvenes e inexpertos en materia de pérdida y de enfrentar la muerte. No disponen de materia de comparación ni de parámetros que los oriente a cómo enfrentar la muerte de un bebé; además de esto, la situación se hace aún más difícil cuando las personas a su alrededor tratan de minimizar su pena o negarla, privándoles del derecho y de la oportunidad de llevar un luto o elaborar un duelo.

Estos padres tienden a deprimirse y vivir ansiosos debido a que su duelo se complicó, pues no pudieron expresar su dolor, ni elaborar adecuadamente el duelo, porque como hemos manifestado, es un duelo subestimado, no reconocido, inexistente

para la sociedad y la familia. Muchos no son conscientes que su malestar emocional está relacionado con estas pérdidas y adoptan ciertos comportamientos inadecuados en detrimento de su salud y de sus relaciones.

Es importante destacar que 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 bebé, duele el pasado, el presente y especialmente el futuro; pues se pierde no sólo al bebé real, sino al de los sueños, el anhelado, el que los habría de convertir en papá y mamá, se pierde el diploma que los enorgullecería y le daría sentido a sus vidas.

El desconocimiento de lo que es natural dentro del período que sigue a la pérdida, y el no poder expresarlos ante una familia refractaria del dolor y sobrevaloradora de la entereza y el valor hace que los padres no elaboren adecuadamente la pérdida, por lo tanto, una de las formas de ayudar a estos padres cuyo duelo se ha complicado, es a través de una terapia de grupo para lograr disminuir los niveles de depresión y ansiedad asociados a la muerte de su bebé.

La pena de esos padres es una herida que para sanar necesita ser atendida, así que se necesita valor para sentir el dolor, valor para llorar y para enfrentarse a lo que no les resulta familiar. Recobrase de la muerte de ese ser querido no es eliminar al amor a los recuerdos, significa aceptar su muerte, disminuir el dolor, la pena y la angustia, para poder sentirse libres y ocuparse de nuevos de sus vidas.

1.4. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Proyección

Con el presente estudio se buscó demostrar la efectividad que tiene la terapia de grupo, para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en personas que presentan duelo complicado asociado a muertes perinatales. Esperamos que la experiencia obtenida con el formato realizado para la terapia de grupo, pueda ser utilizada no sólo para las personas que presenten duelo complicado y asociado a muertes perinatales, sino también al hacerle unos pequeños ajustes, pueda ser utilizada como asesoramiento para aquellas personas que están pasando por un proceso de duelo normal y evitar que éste pueda complicarse.

Desearíamos que se pudiera esta terapia de grupo implementar en los equipos de Salud Mental de las Instituciones de Salud Públicas y Privadas para ayudar oportunamente a los familiares que han perdido a sus bebés, y puedan contar con una orientación o asesoramiento profesional ante un momento de fuerte impacto emocional, como lo es la muerte de un ser querido.

1.4.2. Limitaciones

Entre las limitaciones que se presentaron está el hecho de que la bibliografía sobre la muerte y los procesos de duelo es muy escasa, es especial sobre duelo y muertes perinatales. Tampoco se encontraron en Panamá, estudios que se hayan realizado en relación a este tema específico. Otra de las limitantes fue la selección de las participantes, pues fue un poco difícil encontrar las pacientes que se ajustaran a nuestros criterios de selección.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DE PERDIDA

2.1.1. Definición de Pérdida

Entre las diversas definiciones de este concepto tenemos las siguientes:

“Privación de lo que se poseía. Daño o menoscabo que se recibe en una cosa”

(Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua)

Para Grinbrg L. **“Toda pérdida, puede acarrear el sentimiento de que el deseo de recuperación es irrealizable manifestándose un sentimiento depresivo, el cual da lugar al fracaso del amor hacia sí mismo, o amor narcisista, que se acompaña de sentimientos de carencia, desamparo, baja autoestima, etc., configurando así una herida narcisista. Cuando eso ocurre, el desarrollo del amor hacia el objeto amado resulta perturbado, por lo que en lugar de amor surge hostilidad y culpa no solamente frente a dicho objeto, sino que también frente al propio yo. En consecuencia, se establece un círculo vicioso en el que ambas corrientes de odio y culpabilidad hacia el objeto y hacia el self respectivamente, se retroalimentan mutuamente dando lugar, a veces, a situaciones sin salida”.**
(Grinbrg, 1994)

Según el terapeuta familiar Carlos Sluzki “las pérdidas son las sombras de todas las posesiones materiales e inmateriales”. (Neymeyer, 2002)

Para entender la experiencia de la pérdida, suele ser útil reconocer su omnipresencia en la vida humana. En cierto modo perdemos algo con cada paso que avanzamos en el viaje de la vida, cosas que van desde las más concretas, como las personas, lugares u objetos, hasta las más inmateriales, pero no por ello menos significativas, como la juventud, los sueños e ideales que se desvanecen cuando nos

enfrentamos a las duras “realidades” de la vida. Ni siquiera las transiciones más positivas de la vida están libres de las experiencias de la pérdida, como los ascensos de trabajo, nacimientos de hijos, matrimonios, etc., todo esto requiere complejos ajustes en la vida social.

Según Robert Neimeyer “la vida nos obliga a renunciar a todas las relaciones que apreciamos, ya sea a raíz de separaciones, cambios de domicilio, de las muertes de otras personas o de nosotros mismos. Y cada una de estas pérdidas inevitables va acompañada de su propio dolor y nos afecta de una manera particular, que la única alternativa o forma de evitar o mitigar el profundo dolor y vacío que deja la inevitable pérdida, es llevar una vida superficial, carente de compromisos y evitar establecer apegos genuinos con otras personas”. (Neimeyer, 2002)

Las inevitables transiciones por las que pasamos desde nuestra infancia hasta que alcanzamos la edad adulta, nos empobrecen al mismo tiempo que nos enriquecen, por lo que es importante reconocer que todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio.

2.1.2. Las Pérdidas en Nuestra Sociedad

Nuestra sociedad nos ha condicionado para ser ganadores, para triunfar, retener y ganar haciendo caso omiso de la inevitabilidad de las pérdidas en nuestra vida. Esta actitud culturalmente tan determinante de nuestro comportamiento nos lleva a calificar como fracaso toda experiencia de pérdida. Si bien todo fracaso sí implica una pérdida (de un esfuerzo, meta, expectativa e ilusión), no toda pérdida es un fracaso. (Jaramillo, 1997).

Aunque el dolor por la pérdida de algo que amamos y ya no tenemos es algo natural, pone en tela de juicio nuestra forma de vida, haciéndonos sentir confusos e inseguros, sin saber cómo avanzar en el territorio desconocido en el que nos ha dejado la pérdida, afectando no sólo nuestra vida, sino el gran impacto que tiene en término de las relaciones.

Indiscutiblemente, nuestra primera experiencia dolorosa de separación es la que se va dando gradualmente en la infancia con respecto a la madre y tan sólo cuando esta separación se pueda dar dentro de términos saludables, podemos aprender a estar psicológicamente solos y vivir la tristeza inherente a todas las demás pérdidas que habrán de venir, sin destruirnos.

Isa Fonnegra de la fundación Omega de Colombia manifiesta que: “sólo podemos llegar a ser personas maduras, generosas, conectadas y separadas a la vez, si sabemos perder, renunciar y dejar ir. (Jaramillo, 1989).

El proceso de adaptación que sigue a la pérdida es el duelo, que no es un estado; se trata de un camino con principio y con fin, lento, largo, extremadamente doloroso que todos debemos recorrer y que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está, y guardar en nuestro mundo interno su imagen, su recuerdo.

Se puede decir sin temor a equivocarnos que de la manera cómo una persona viva y asuma sus pérdidas depende en gran parte de su grado de equilibrio emocional y el significado que le asigne a su vida.

2.2. EL DUELO Y SUS GENERALIDADES

2.2.1. Definición de Duelo

El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la reacción emocional ante la pérdida de alguien o de algo. Cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido provoca una serie de reacciones o sentimientos, que nos hace pasar por un proceso llamado duelo. La biografía de toda persona, está sembrada de una sucesión de pérdidas y separaciones que le recuerdan, consciente o inconscientemente, la precariedad y provisionalidad de todo vínculo y de toda realidad.

Las clasificaciones diagnósticas del DSM IV atribuyen al duelo normal síntomas depresivos moderados como la pérdida de interés por el mundo exterior, tristeza, sentimientos de culpa, insomnio, anorexia, sin que esto se acompañe de grandes déficits funcionales, ni de inhibición psicomotora.

Las aportaciones psicoanalíticas consideran que el dolor del duelo no es un dolor narcisista sino un dolor psíquico necesario para la maduración. Freud en 1917, definió el término duelo como un pesar normal, frente a reacciones anormales a la pérdida (melancolía). Afirmaba que el papel del duelo consiste en recuperar la energía emotiva invertida en el objeto perdido para reinvertirla en otros apegos. (Freud 1973: En Iosu, 1999)

J. Bowlby, probablemente uno de los investigadores más conocidos en el campo del duelo, lo define como *“todos aquellos procesos psicológicos conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha cualquiera que sea su resultado”*. En sus estudios hace hincapié en la teoría del apego o facultad para establecer relaciones de amor, en las características de éstas y su influencia, junto

con la capacidad de responder a situaciones estresantes, en la elaboración de las pérdidas. (Bolwby, 1983)

Por lo tanto, podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre una pérdida de un ser querido, así que no se trata de ningún proceso patológico.

Según W. Worden, la elaboración del duelo supone cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor consiguiente, adaptarse a un medio en el que está ausente el fallecido, al que se debe recolocar emocionalmente y continuar viviendo; es decir la reinversión y liberación de energía en otros vínculos o actividades. (Worden, 1997)

El Duelo es una respuesta altamente personal, tanto física, como psicológica, como espiritual, a esa pérdida en particular.

“El duelo es una reacción natural, esperable y sana que debe asumirse y vivirse por dura que sea, para poderla elaborar y que al contrario, cuando se reprime, se invalida, se minimiza, enmascara o se esconde, termina por alterar de uno u otro modo nuestro desarrollo emocional”. (Jaramillo, 1997)

Es casi un mandato cultural no llorar, no entristecerse, tapar o ignorar las penas comparándolas con otras peores para minimizarlas, exaltando el valor de la entereza y de la fortaleza (mal entendida) hacia el dolor. Se dicen frases como “no eres la única a quién le ha pasado eso”, “el tiempo todo lo cura”, “hay que echar para adelante”, “con llorar no se remedia nada”, etc.

2.2.2. Manifestaciones Patológicas del Duelo

Las manifestaciones patológicas de un duelo pueden ser múltiples, no siempre bien delimitadas ni reconocibles. El duelo anormal aparece en varias formas y se les ha dado diferentes etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “*duelo complicado*”.

Entre las características de este tipo de duelo están: negación o marcada dificultad para aceptar la pérdida, fuertes sentimientos de culpa, rabia, abandono, excesiva prolongación en el tiempo, cambios emocionales bruscos o aparición de diversos cuadros psicopatológicos, con sintomatología de tipo depresivo, ansioso, somático, trastorno de la conducta, dependencia e incluso síntomas psicóticos.

Podemos afirmar que la diferencia entre un duelo normal y un duelo complicado no está relacionada con la simple presencia o ausencia de una conducta específica, sino con la intensidad o la duración de una reacción.

Según Horowitz, independientemente de cómo se manifieste, el duelo complicado es la intensificación de duelo al nivel que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución, esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino, que en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. (Horowitz 1980 En: Medina, 2002)

2.2.2.1. Tipos de Duelo Complicado

Hay varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado. Uno de los paradigmas más útiles lo describe en cuatro apartados: a) duelo crónico, b) duelo retrasado, c) duelo exagerado, y d) duelo enmascarado.

a) El Duelo Crónico: Es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. La persona es consciente que no consigue acabarlo “que no vuelve a la vida”. Algunas personas con duelo crónico por muerte perinatal, pueden seguir anhelando una relación que nunca fue, pero podría haber sido.

b) Los Duelos Retrasados: Se llaman a veces inhibidos, suprimidos o pospuestos. En este caso la persona pudo haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida pero no fue suficiente. Mucho tiempo después, cualquier otro evento relacionado directa o indirecta con la pérdida puede provocar los síntomas del duelo, pero la intensidad parece excesiva. Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar con una pérdida, que está directamente relacionada con la experiencia vivida por el sujeto, sino viendo a otra persona que ha sufrido una pérdida o viendo una película, la televisión o cualquier otro acontecimiento en el que el tema principal sea la pérdida.

c) Duelo Exagerado: Tiene que ver con las respuestas exageradas, en ellas las personas que experimentan la intensificación de un duelo normal se sienten desbordada y recurren a una conducta desadaptativa. La ansiedad es una respuesta común después de una pérdida, pero si se experimenta en forma de ataques de pánico

o conductas fóbricas se trata de este tipo de duelo exagerado. El sentirse deprimido y sin esperanza es normal en un duelo normal, sin embargo si esos sentimientos de desesperanza se transforman en desesperación irracional se trata de reacciones de un duelo exagerado.

d) Duelo Enmascarado: Las personas con duelos enmascarados experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades, pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Desarrollan síntomas no afectivos, o síntomas que se ven como los equivalentes afectivos del duelo. La persona no manifiesta sus sentimientos de manera abierta y el duelo no manifestado se expresa plenamente de alguna otra forma. Estas personas pueden tener ausencia del duelo, porque su ego no está suficientemente desarrollado para soportar el esfuerzo y usan algunos mecanismos de autoprotección narcisista para evitar el proceso.

2.2. 3. Determinantes del Duelo

Existen algunos factores que predicen una mayor vulnerabilidad para padecer un duelo patológico, entre los cuales están:

a) Tipo de relación. *Quién era la persona:* padre, madre, esposo(a), hermano(a), hijo(a), abuelo(a), etc.

b) Vínculo con el fallecido. *Naturaleza del apego.* no sólo es importante conocer quién era la persona fallecida, sino también cuál era la naturaleza del apego (la

intensidad del amor), la seguridad del apego, la ambivalencia en la relación y los conflictos con el fallecido.

e) Circunstancias de la muerte: Se refiere *al tipo de muerte*, la manera en cómo muere la persona nos dará indicios de cómo puede elaborar el duelo el superviviente. Tradicionalmente, las muertes se han catalogado bajo las categorías de NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio. Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen dónde se produjo la muerte a nivel geográfico, si ocurrió cerca o lejos y si había algún aviso previo o se trata de una muerte inesperada.

d) Personalidad: Bowlby defendió con fuerza, que se tuviera en cuenta la estructura de personalidad de la persona en duelo, cuando se intentara entender su respuesta ante la pérdida. Las personas diagnosticadas de ciertos trastornos de personalidad pueden pasar momentos difíciles al manejar la pérdida. Las variables incluyen la edad y el sexo, la inhibición de sentimientos que tiene, como maneja la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes.

e) Variables Sociales: El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia, es significativo en el proceso de duelo. Varios estudios han mostrado que el apoyo social percibido alivia los efectos adversos del estrés, incluido el estrés del duelo. Es importante tomar en cuenta la ganancia secundaria que puede encontrar el superviviente al elaborar el duelo. Puede ganar mucha distancia en su apoyo social a causa del duelo y esto puede tener un efecto en su duración. Sin embargo, un duelo prolongado puede tener el efecto opuesto y apartarle de la red social.

f) Otros tipos de estrés simultáneos: Existen otros factores que afectan al duelo, como lo son los cambios simultáneos y crisis que surgen después de la muerte. Algunos cambios son inevitables, pero existen personas y familias que experimentan niveles altos de desorganización después de una muerte, incluyendo graves cambios económicos.

Worden destaca las muertes perinatales y los abortos como de especial dificultad para elaborarse. Otros autores consideran la muerte de un hijo pequeño como el acontecimiento estresante vital más importante. (Worden, 1997)

2.2.4. El Proceso del Duelo

Se ha definido el proceso del duelo desde varios modelos entre ellos están:

a) Etapas: Puesto que el duelo es un proceso, es apropiado verlo en términos de etapas y, en efecto, muchos estudiosos del tema han enumerado de nueve a doce etapas. Unas de las dificultades al usar el enfoque de las etapas es que las personas no atraviesan etapas en serie y generalmente tienden a tomar las etapas literalmente, es decir consideran que los dolientes deben necesariamente pasar las etapas en riguroso orden.

b) Fases: Un enfoque alternativo a las etapas es el concepto de fases utilizado por Parkes, Bowlby, Sanders y otros. Parkes define cuatro fases en el duelo. La primera fase es el período de insensibilidad que se produce en los momentos cercanos a la

pérdida; esa insensibilidad que experimentan les ayuda a desatender el hecho de la pérdida al menos durante un breve período de tiempo.

La segunda fase es la “fase de anhelo”, en la que se anhela que la persona perdida vuelva y tiende a negar la permanencia de la pérdida; La rabia juega un papel importante en esta fase.

En la tercera fase, la fase de desorganización y desespero, la persona en duelo encuentra difícil funcionar en su medio. Finalmente es capaz de iniciar la cuarta fase, la fase de la conducta reorganizada y empieza a recuperar su vida.

Para Bowlby y Parkes las personas en duelo han de pasar por una serie de fases antes de resolver finalmente el duelo, pero sucede igual que en las etapas, pues hay solapamiento entre las distintas fases.

c) **Tareas:** Worden considera que el concepto de tareas del duelo, es igual de válido como las etapas y fases para entender el proceso del duelo y que es mucho más útil para los clínicos. Considera que las fases implican una cierta pasividad, algo que la persona del duelo atraviesa, sin embargo las tareas son más acordes con el concepto de Freud del trabajo del duelo e implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo.

El enfoque de las fases es como algo que hay que pasar, mientras que el enfoque de las tareas da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que puede hacer algo de forma activa. (Worden, 1997)

Ambos enfoques tienen una validez obvia. Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; la frase que se cita a menudo “el tiempo lo cura todo” es cierta, siempre y cuando se haga algo en ese tiempo. También es cierta la noción de que el duelo crea tareas que se deben cumplir, y aunque esto quizás sea desbordante para la persona en la agonía del duelo agudo también puede, con la ayuda de un asesor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final: un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que experimentan muchas personas en duelo.

2.2.5. Elaboración del Duelo

El psiquiatra George Engel argumenta que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar; ya que la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano fisiológico. Y así como es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo es necesario un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. (Worden, 1997)

Después de sufrir una pérdida, hay ciertas *Tareas* que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo. Aunque dichas tareas no siguen necesariamente un orden específico, en las definiciones se sugiere un cierto ordenamiento. Por ejemplo, no se puede controlar el impacto emocional de la pérdida hasta que no se asuma el hecho de que la pérdida se ha producido.

Puesto que el duelo es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo y, siguiendo el ejemplo de Freud, hablamos de que la persona realiza el “trabajo de duelo”. Usando la analogía de Engel de la curación, es posible que alguien realice algunas tareas y no otras, por tanto, tendría un duelo incompleto, tal como podría tener una curación incompleta de una herida. (Cabodebilla, 1999)

2.2.6. Las Tareas del Duelo

a) Tarea I: Aceptar la Realidad de la Pérdida

La primera tarea es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida. Negar la realidad de la pérdida puede variar en grados, desde una ligera distorsión a un engaño total. Algunos desean “momificar” guardando o dejando intacta todas las pertenencias o posesiones del fallecido.

Una distorsión sería la persona que ve al fallecido personificado en uno de sus hijos o de otro ser querido. Este pensamiento puede amortiguar la intensidad de la pérdida pero raramente es satisfactorio y dificulta la aceptación de la realidad de la pérdida.

Otra manera de protegerse de la pérdida es *negar el significado de la pérdida*, de esta manera la pérdida se puede ver como menos significativa de lo que realmente es, por ejemplo: “no era buen padre” “no lo hecho de menos”. Algunos deshacen

inmediatamente con todo lo que les recuerda al fallecido, con tal de protegerse a sí mismos mediante la ausencia de objetos que les hagan afrontar cara a cara la realidad de la pérdida.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. Las personas pueden intelectualmente ser conscientes de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera. Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación; los que no están presentes pueden necesitar otras formas externas de validar la realidad de la muerte.

b) Tarea II: Trabajar las Emociones y el Dolor de la Pérdida.

Las personas en duelo experimentan un dolor literalmente físico, así como el emocional y conductual asociados a la pérdida. Es necesario reconocer y trabajar este dolor o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. Parkes sostiene que es necesario que la persona elabore el dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo.

No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor. Geoffrey Gorer manifiesta que abandonarse al dolor está estigmatizado como algo mórbido, insano y

desmoralizador. Por lo tanto no se considera apropiado que se distraiga de su dolor a la persona. La sutil interacción de la sociedad hace más difícil completar la tarea, interfiriendo con las propias defensas de la persona, llevándole a negar la necesidad de elaborar los aspectos emocionales importantes para la elaboración del duelo.

La negación de esta tarea, de trabajar el dolor, es *no sentir*. La persona puede hacer un cortocircuito de muchas maneras, la más obvia es bloquear sus sentimientos y negar el dolor que está presente. Algunas personas lo controlan estimulando sólo los pensamientos agradables del fallecido e idealizándolo. Otras personas usan alcohol o drogas para evitar esos recuerdos tristes. John Bowlby sostiene que antes o después, aquellos que evitan todo dolor consciente, sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión.

Uno de los propósitos del asesoramiento psicológico en procesos de duelo es ayudar a facilitar esta tarea, para que la gente no arrastre ese dolor a lo largo de su vida. Si esta tarea no se completa adecuadamente, se hace necesario una terapia más adelante, en un momento en que puede ser más difícil retroceder y trabajar lo que se ha estado evitando.

c) Tarea III: Adaptarse a un Medio en que el Fallecido está Ausente.

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. Las personas en duelo no sólo se han de adaptar a la pérdida de roles que desempeñaba antes el fallecido, sino que la muerte les confronta también con el

cuestionamiento que supone adaptarse a su propio sentido de sí mismo. El duelo puede suponer una regresión intensa en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, incapaces, o personalmente en quiebra.

Otra área que se debe trabajar es el ajuste al propio sentido del mundo. La pérdida de un ser amado puede cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno y de sus creencias filosóficas, creencias influidas por la familia, por los pares, la educación, la religión así como por experiencias vitales; por lo que no es extraño que sientan que han perdido la dirección de la vida. La persona busca significado, y su vida cambia para darle sentido a esa pérdida y para recuperar cierto control.

Detener la tarea III es *no adaptarse* a la pérdida. La persona lucha contra sí misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio. Según Bolwby los resultados del duelo giran en torno a cómo se logre resolver esta tarea (la III): o el progreso hacia el reconocimiento del cambio de circunstancias, una revisión de sus modelos representacionales, y una redefinición de sus metas en la vida, o un estado de detención del crecimiento, en el que se encuentra aprisionado por un dilema que no puede resolver.

d) Tarea IV: Recolocar Emocionalmente al Fallecido y Continuar Viviendo.

Freud postuló que para elaborar el duelo era necesario retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otra relación, y que esto supone una tarea

psíquica bastante precisa que hay que realizar, es decir, su función es desvincular las esperanzas y los recuerdos del muerto. Según Worden aunque todo esto es verdad, esto lleva a confusiones y realizar esta tarea de esa manera, suena demasiado mecánico, como si se pudiera estirar de un enchufe y volverlo a enchufar en otro lugar.

Volkan ha sugerido que una persona en duelo nunca olvida del todo al fallecido al que tanto valoraba en vida y nunca rechaza totalmente su rememoración. Según él, no se puede eliminar a aquellos que han estado cerca de nosotros, de nuestra propia historia, excepto mediante actos psíquicos que hieren nuestra propia identidad.

La tarea no consiste en “renunciar” al fallecido, sino encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar que es importante pero que deja un lugar para los demás, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo. Es difícil encontrar una frase que defina adecuadamente que no se ha terminado la tarea IV, para Worden sería “*no amar*”. Pues esta tarea se entorpece manteniendo el apego al pasado en vez de continuar formando otros nuevos. Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismos de no volver a querer nunca más. Para algunos esta tarea es la más difícil de completar, pues se quedan bloqueadas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida.

2.2.7. Finalización del Duelo: ¿Cuándo se ha acabado el duelo?

Según Bolwby y Parkes el duelo se ha acabado cuando la persona ha acabado la última fase del duelo: la restitución. Según Worden el duelo se ha acabado cuando se han completado las cuatro tareas. Es difícil o imposible establecer una fecha definitiva. Un punto de referencia de un duelo acabado, es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor. Siempre hay una sensación de tristeza cuando se piensa en ese ser querido, pero que no tiene la cualidad de sacudida que tenía previamente.

El duelo es un proceso a largo plazo y su culminación no será un estado como el que se tenía antes del mismo y como no se trata de un proceso lineal, aún cuando se progresa habrá malos días. El duelo se puede acabar en cierto sentido cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles. (Lorraine, 1992)

2.3. DUELO POR MUERTE PERINATAL

El diccionario de la Lengua Castellana define *perinatal* como lo “*que rodea el nacimiento*” Para efectos de este trabajo incluiremos bajo este rótulo *el aborto* o terminación temprana de un embarazo (antes de la semana 20), *la muerte prenatal* o muerte “in útero” (entre la semana 20 y 30 de embarazo), la muerte de un bebé entre su nacimiento y las primeras 4 semanas (independientemente de si la causa es prematuridad, defectos congénitos, malformaciones, etc.) y *la muerte en cuna* (muerte

súbita, sin causa conocida, inexplicable en el primer año de vida, generalmente ocurrida a un bebé sano mientras duerme).

“Para algunos padres su hijo(a) existe desde el momento que se conoce la gestación, para otros está presente aún antes, en la fantasía de su propia existencia, para otros desde cuando se piense en tener un hijo; incluso desde nuestros juegos infantiles emergen personajes del juego a las muñecas, unos hijos y una relación de maternidad imaginaria. Por tanto, no debemos pensar que son sólo la presencia, el tiempo y la edad del hijo los factores que determinan el vínculo afectivo, y por ende el duelo con su fuerte impacto emocional de pérdida, sino que el vínculo que cada padre establece con ese hijo (a), aún cuando no lo haya conocido físicamente, siempre está en la raíz de sus anhelos, en su corazón”. (Jaramillo, 1999)

Desde el momento en que se conoce la concepción no importa si el bebé es o no deseado, se dan sentimientos ligados a la imagen fantaseadas del futuro bebé. Estos sentimientos, tanto positivos como negativos, se expanden en número y se intensifican a lo largo del embarazo. El vínculo emocional con el bebé se establece entonces desde mucho antes de nacer.

Los sentimientos hacia el bebé no se generan con la concepción o la noción de embarazo; se remontan en cada uno de los padres a su propia infancia, a su relación con las figuras parentales como patrones de identificación para incluir la constelación de sentimientos, emociones y actitudes que hacia la maternidad tiene por ejemplo una niña cuando juega a las muñecas, o hacia la paternidad cuando un niño fantasea con tener “hijos igualitos a mí”.

El hijo no es sólo una extensión biológica de sus padres, también lo es psicológica. Freud decía que el amor parental por un hijo es en realidad una

revivencia de su narcisismo infantil. Se podría decir entonces que los padres están enamorados de sí mismos a través de sus hijos. (Freud 1973 En: Oconor, 1990)

“Cada bebé tiene un significado especial para sus padres. En términos del futuro un bebé representa una promesa. Como una nueva vida, representa ilusiones, anhelos, partes propias inacabadas, aspiraciones, fantasías. Un bebé es potencialmente una oportunidad de reparación, de volver a empezar, de concretar un sueño. Así, es fácil comprender que independientemente del tiempo de la gestación o de su tamaño, un bebé representa la proyección de parte de los padres y su prolongación a la inmortalidad, a través de ellos vivir otros mundos”. (Jaramillo, 1999)

Entendido así, un bebé es la antítesis de la muerte. Es la vida. Un bebé no puede... merecer morir. Pero de hecho los bebés mueren y siempre que un bebé muere, sus padres experimentan una inmensa pena, una pérdida real que da pie a un duelo real aunque muchos de los elementos que se pierden sean simbólicos. Al perderlo pierden un pedazo de su ser, que “hace morir” parte del sí mismo de cada padre.

Por estas razones, tanto para el padre como para la madre esta pérdida no depende del tiempo de gestación sino de la significación emotiva, de lo que representaba para cada uno, y aceptar que el nacer y el morir se encuentran tan cerca les parece algo imposible de creer y aceptar, es un absurdo, un sin sentido; pero cómo decirle adiós a un hijo que apenas decía ¡hola! y no quedan ni recuerdos de ese ser.

2.3.1. Circunstancias y Momentos de la Muerte del Bebé

Las circunstancias y el momento que sobreviene la muerte del bebé son factores que pueden perjudicar o favorecer el proceso del duelo en la pareja.

2.3.1.1. Interrupción de la gestación ante la evidencia de malformaciones o alteraciones.

Si durante la gestación se descubren malformaciones o alteraciones genéticas, los padres se ven obligados a decidir si se interrumpe el embarazo o lo dejan que continúe, aún a sabiendas que su bebé nacerá enfermo, con la alta posibilidad de morir pronto. Esta difícil situación genera en la pareja sentimientos ambivalentes y pensamientos e ideas culpabilizantes: “abortar a nuestro hijo, sería matarlo”, “¿cómo interrumpir su vida?”, “si no se interrumpe, sufrirá” “¿cómo nacerá?” “¿será desforme, enfermo, retrasado mental?” “¿seremos capaces de cuidarlo?”.

En caso de que la gestación haya tenido que interrumpirse por problemas genéticos, es usual que ambos comiencen a buscar en cuál de las dos familias se ha presentado situaciones similares, y así encontrar un culpable, lo cual puede derivar en conflicto o incluso en una separación posterior.

Cuando las dificultades en la gestación son por causas no genéticas, la madre siente que su cuerpo no fue capaz de albergar suficientemente al hijo(a) y esto puede ocasionar sensación de frustración, de baja autoestima e inseguridad en sí misma.

2.3.1.2. Muerte Intrauterina o Abortos Espontáneos

Si el bebé muere dentro del útero, esto puede generar en la mujer la sensación angustiada de que su cuerpo es el ataúd de su bebé. Tal vez pueda fantasear que su cuerpo no fue adecuado, y esto puede generarle terror, al sentir que tiene un cuerpo muerto dentro de sí. (Kirk, 2001)

En otras ocasiones las madres deben realizar su trabajo de parto para que el bebé sea evacuado, lo cual genera aún mayor frustración e impotencia: “tanto dolor para nada” generando tremenda angustia. Vemos pues como la muerte intrauterina en donde la mayoría de las veces no existe un cuerpo presente a quién reconocer como su hijo (a), y a quién celebrar un servicio funerario favorece en los padres y las familias situaciones de irrealidad y confusión que no permiten el inicio de la primera tarea del duelo “aceptar la realidad de la pérdida” para realizar un proceso sano del mismo.

Generalmente, cuando una mujer tiene un aborto espontáneo, la primera preocupación de todo el mundo es su salud y pocas veces se detienen en analizar lo que ha perdido. Sí el aborto ocurre en el primer embarazo la preocupación reside en sí podrá tener más hijos, y tanto los médicos como los familiares afrontan el malestar del aborto centrándose en esto y no en el dolor de la pérdida.

La culpa es otro sentimiento que experimenta la mujer; generalmente necesita culpar a alguien y el primer foco de recriminación es interno: ¿lo causó correr, bailar, o algún otro tipo de actividad física? Actualmente muchas mujeres retrasan su primer embarazo hasta no haber culminado sus carreras y estar establecidas

profesionalmente, perder un embarazo en estas circunstancias puede aumentar el grado de culpa y el impacto de la pérdida. (Oconor, 1990)

Parte de la culpa se sitúa también en los maridos: “si mi marido no hubiera deseado tantas relaciones sexuales esto no hubiera ocurrido”. El marido es el blanco del enfado porque la mujer lo culpa de no tener los mismos sentimientos que tiene ella, o al menos ella percibe que no son los mismos.

Puesto que el aborto espontáneo implica la pérdida de una persona, es importante elaborar el duelo. Es importante trabajar con la pareja sus sentimientos respecto a la pérdida, especialmente sentimientos de miedo y de culpa. El miedo a un futuro embarazo, el miedo de la pérdida en el impacto del matrimonio y el miedo a fracasar como padre/madre. La culpabilidad puede llevar a culpar a otros o a sí mismos y se debe explorar ese impacto en la autoestima. (Lorraine, 1992)

2.3.1.3. Muerte del Hijo Recién Nacido

El momento del nacimiento, esperado con gran expectativa y emoción puede llegar a convertirse en una pesadilla cuando el hijo recién nacido necesita ser trasladado a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, donde muere.

Cuando una pareja y sus familiares tienen que asimilar de golpe que su bebé se ha convertido en un paciente en estado terminal, es una experiencia muy triste y devastadora para los padres. Sin embargo, si los padres tienen la oportunidad de conocer a su hijo (a), y posiblemente cuidarlo, bautizarlo y de expresarle su afecto

durante unos instantes, esto favorece la posterior elaboración del duelo, ya que les permite decirle adiós, al considerar que sus condiciones vitales son incompatibles con la vida. En estos casos suelen atenuarse los sentimientos de fracaso en la madre, pues siente que pudo ser madre, que pudo traer al mundo a su hijo.

Así mismo, es más probable que se le brinde apoyo familiar y social si “existió” el bebé. Generalmente estos bebés alcanzan a ser bautizados, lo cual valida su existencia, pero no es frecuente que a los padres se les favorezca el darle sepultura y el ofrecerle una ceremonia religiosa, como a cualquier otro difunto.

En estas circunstancias cuando la madre ha estado delicada de salud, es usual que si se celebra algún ritual ella no pueda participar activamente, lo cual, si no se maneja adecuadamente, puede posteriormente generarle dolor, culpa o celos hacia los que sí pudieron asistir, o también generarle la sensación de no haber tenido la capacidad de ofrecerle “algo” a ese bebé. (Jaramillo, 1999)

En conclusión, es importante tener en cuenta que permitir el reconocimiento del cadáver del hijo y el poder ofrecer algún tipo de servicio funerario o ritual a manera de despedida, facilita la elaboración de su duelo.

A veces este tipo de muerte puede producir reacciones patológicas, una de las posiciones más difíciles en que los padres ponen a los hijos supervivientes es en la de sustitutos del hijo perdido; en algunos casos puede dar lugar incluso tenga el mismo nombre o parecido al del hijo muerto. (Oconor, 1999)

2.3.1.4. Muerte por Aborto Provocado y el Significado para la Pareja

Entendemos por aborto provocado la situación en la cual la madre y /o la pareja deciden, por diferentes circunstancias, (comprensibles o no y que no es tema de esta investigación), no continuar con la gestación del bebé y poner fin al embarazo, por diferentes medios.

a) Significado para la mujer

Es frecuente que a la mujer se le explique el aborto como una intervención quirúrgica sencilla y rápida, pero no es usual que se le hable del significado emocional que le traerá esta decisión en su vida futura. La experiencia superficial después de un aborto es de alivio; sin embargo, una mujer que no elabora la pérdida puede experimentar el duelo en cualquier pérdida posterior. Es una de las pérdidas en que no se puede hablar y que se desearía olvidar. (Shiwiebwert, 2001)

Para la mayoría de las mujeres el hecho de abortar es un acto inmoral, que va en contra de sus principios morales y religiosos, que en ocasiones, les genera gran culpabilidad. La mayoría de las veces se convierte en un secreto doloroso, no compartido con nadie; es un duelo oculto, silencioso, que no puede hacerse público, pues el temor a ser juzgada, impide que este duelo se elabore sanamente. Según la Academia Obstétrica del Reino Unido, esta pérdida genera en el 59% de las mujeres problemas psicológicos permanentes y graves.

“Las reacciones más frecuentes en este tipo de duelo son culpabilidad, arrepentimiento, el sentir que son nada, que su autoestima se derrumba, sintiéndose vacías e insatisfechas con lo que son y con lo que realizan. A veces ante el vacío y la culpabilidad buscan quedar nuevamente embarazada de inmediato, o por no preocuparse por su estado físico adquieren infecciones que en ocasiones les producen esterilidad permanente”. (Jaramillo, 1999)

Para otras mujeres, el hecho de abortar les puede generar sentimientos de inadecuación, de que no son dignas de ser madres posteriormente y es posible que se presenten problemas futuros de infertilidad.

Para otro grupo de mujeres el aborto no rife con su sistema de creencias éticas o religiosas, pero aún así, es importante hacer un duelo por lo que se perdió, por lo que pudo ser y no solo registrar el alivio de lo que se liberó.

b) Significado para el hombre

Culturalmente se considera que la mujer es quién vive “en carne propia” la experiencia del aborto, pero actualmente el hombre, al asumir más activamente la paternidad, también se ve hondamente afectado por esta situación. Con frecuencia esta decisión no es compartida, por tanto, cuando el padre se entera, siente que no tuvo derecho a decidir sobre la vida de su hijo(a). Así, pues los hombres pueden sentir tristeza, frustración, vacío e impotencia por no haber participado de la decisión; su reacción puede llevarlos a agredir a su pareja, o generarles conflictos en su sexualidad y caer en la promiscuidad o la impotencia. (Oconor, 1999)

Como vemos, el aborto por ser generalmente una pérdida que no puede ser reconocida socialmente ni manifestada públicamente tiende a ocultarse y se convierte en un duelo no elaborado, con posibles graves consecuencias emocionales en el largo plazo, principalmente para la madre, pero muchas veces, también para el hombre.

2.3.1.4.1- Consecuencias de no elaborar el duelo por aborto

Cuando por diferentes circunstancias como las mencionadas anteriormente, la madre o la pareja no tiene la oportunidad de elaborar su duelo por aborto, suelen presentarse reacciones como:

- Nuevos embarazos inmediatos a la pérdida, con condiciones emocionales inadecuadas que pueden generar gran angustia y ser desfavorable para la gestación
- Dificultades en las futuras relaciones parentales, como sobreprotección o desapego hacia los otros hijos. También es frecuente establecer una relación paternal de “reemplazo” por el bebé abortado sobrecargando la relación con este nuevo ser.
- No permitirse nuevas gestaciones por temor a nueva pérdida.
- Recurrir a las drogas o al alcohol para “anestesiarse” el dolor
- Disminución de la autoestima
- Dificultades en la relación de pareja por incompreensión de las diferentes formas de reacción ante el duelo
- Caer en estados depresivos.

2.3.2. Negación Cultural del Duelo Perinatal

Generalmente, los padres que experimentan la muerte perinatal, son jóvenes e inexpertos en materia de pérdidas y de enfrentar la muerte. No disponen de patrones de comparación ni de parámetros que los orienten en cuanto a cómo enfrentar la muerte de un bebé. La situación se hace más difícil cuando las personas a su alrededor tratan de minimizar su pena o negarla, privándoles del derecho y de la oportunidad de vivir de su dolor. (Kirk, 2001)

Es un duelo subestimado y no reconocido, inexistente para la sociedad y la familia, por ello es invalidado, pues se considera que al no existir un cuerpo tangible al que se le pueda reconocer físicamente, bautizar, celebrarle honras fúnebres y entierro como los demás seres humanos, se supone que “no existió”, que “no hay porqué llorar”, llevar un luto y hacer un duelo.

Frecuentemente cuando un bebé muere, en cualquiera de las circunstancias que al principio describimos, la tendencia del medio inmediatamente más cercano (médicos, enfermeras, hospital, abuelos) es enviar el mensaje de “no valor” de tal muerte. Frases como: “*menos mal, fue un sabio acto de la naturaleza*”, o “*eso no tiene mayor problema: ustedes son jóvenes, pueden tener otros hijos*”, “*no hay por qué llorar, pues Dios se lo llevó como un angelito*”, “son problemas de la vida que no tienen la importancia ni la gravedad de otros, por lo tanto hay que hacerles frente con valor sin dejarse deprimir”.

Otros de los típicos comentarios son: “llorar en estos momentos es dañino para la salud física” “tienes un angelito en el cielo que ahora te va a proteger”, “no es necesario lamentarse o llorar por alguien que fue apenas un sueño, pues ni siquiera dejó recuerdos, que lo haría más difícil”. Pero los padres, con los brazos vacíos, en el fondo, se resisten a esos falsos consuelos, aunque pueden reconocer la buena intención de las personas, no les pueden llegar a su corazón. Por lo tanto, han tenido que guardar (sufrir) su pérdida en silencio y en secreto porque la sociedad no reconoce como una pena válida la muerte de un bebé.

De todos los sentimientos propios de un duelo por la muerte perinatal, se destacan tres que casi siempre están presentes, no importa las particularidades del caso: rabia, culpa y tristeza, acompañadas de una invalidante sensación de fracaso. No importa si era el primer bebé o el quinto, si tomó mucho tiempo o esfuerzo conseguir el embarazo, si era el único hijo, si se prevén problemas para un futuro embarazo o es factible la recurrencia de defectos genéticos, quedan latentes varias preguntas si respuestas *¿por qué? ¿por qué a nosotros? ¿por qué a mí? ¿por qué a mi bebé?* (Jaramillo, 1999)

En nuestro medio, enterrar a los bebés y celebrar rituales funerarios no es lo más frecuente y los padres que lo hacen, a parte del dolor intenso que sienten, reciben en algunas ocasiones “gangas” por parte de funcionarios de la funeraria o del cementerio, que manifiestan que por lo pequeño del ataúd, podrían utilizar el espacio de la tumba, sin ningún costo para cualquier otro familia que muera. Esta “ganga” es percibida por los padres como un atropello y falta de respeto hacia su hijo (a); ya que los centímetros utilizados por el ataúd no tienen relación con los sentimientos y

deseos de brindarle a su pequeño bebé una sepultura tan digna como la de cualquier otro ser querido especial.

“Los sentimientos como la tristeza, sensación de fracaso y frustración, rabia, culpa, depresión, desesperación, desesperanza y el aislamiento, son quizás los síntomas emocionales más frecuentes en ese momento, sin embargo el desconocimiento de lo que es natural dentro del período que sigue a la pérdida, y el no poder expresarlos ante una familia refractaria del dolor y sobrevaloradora de la entereza y el valor hacen que estos padres no elaboren adecuadamente la pérdida y por lo tanto resulte en un duelo complicado”. (Oconor, 1999)

A pesar de esta masiva negación cultural, para los padres la muerte de su bebé es una verdadera desgracia, una pérdida mayor que da lugar a un duelo y, con frecuencia a dificultades en la pareja. Para cada uno hay una pérdida simbólica y lo simbolizado es altamente individual, por lo que cada uno elabora un duelo de forma distinta y particular en estos casos el duelo es cualitativa y cuantitativamente diferente en el padre y la madre.

2.3.3- Significado de la Pérdida del Bebé para los Padres

Tanto el padre como la madre hacen duelo por la muerte de su bebé, pero cada uno tiene su propia manera de sentirlo y vivenciarlo. No es posible “medir” la intensidad del sufrimiento, asegurando que la “mamá sufre más” o “el padre se afecta menos”, sino que ambos sufren, cada uno según su propia historia de vida, su sensibilidad y su manera de entender la muerte.

En psicología el amor paternal o maternal es la revivencia del narcisismo primario, del amor hacia sí mismo, en el que a través del amor hacia el hijo se ama también a sí mismo “es un volver a nacer”, por ello cuando fallece el hijo al nacer o antes, es un golpe a la autoestima, a su propio ser; los padres sienten que la vida les ha quitado una parte de sí.

2.3.3.1. Significado para la Madre

Cuando una mujer asume que en su cuerpo habita también su hijo, significa que deja de ser ella sola para convertirse en una relación: madre- bebé. Su identidad como ser humano cambia: “ahora es madre”, su referencia consigo misma, se modifica. Ser madre significa ofrecer protección, dar afecto, hacerse responsable de cuidar. El hijo es percibido en esta primera etapa como una prolongación biológica y emocional de sí misma, algo así como una simbiosis psicológica. (Schwiebert, 2001)

En investigaciones con mujeres gestantes, se ha logrado establecer que a la décima semana de gestación la mayoría de ellas ya tiene una representación mental del embrión; a partir de ensueños y fantasías comienzan a construir mentalmente una imagen, una relación, y situaciones futuras con ese hijo (a). (Kirk, 2001)

Cuando ese bebé en gestación muere, esa identidad o rol se destruye, todas las fantasías e ilusiones maternas se van al traste, posiblemente generándole sentimientos de culpabilidad y reproche por su “incapacidad” de dar a luz un hijo; también puede sentir que su vida, su cuerpo y todo su ser no valen nada; y su autoestima queda vulnerada. (Oconor, 1990)

Así mismo pueden sobrevenir temores acerca del efecto que este doloroso hecho tendrá en la relación de pareja, o quizás sentimientos de subvaloración o rechazo consigo misma por no haberle “cumplido” a la pareja.

Algunas madres refieren sentimientos de culpa y autoreproches relacionados con ciertos momentos desagradables en la gestación, o por haber pensado y sentido en algún momento rechazo a la maternidad; los mareos, el vómito, el sobrepeso, pensamientos negativos causantes quizás de la muerte del bebé. Estas reacciones y sentimientos ambivalentes son normales y frecuentes durante la gestación y el parto, que cuando el bebé nace sano se olvidan inmediatamente; pero cuando fallece, son circunstancias que se rememoran con autoreproches por no haber hecho mejor las cosas: censurándose, la mamá busca en sí misma la culpa de lo sucedido.

Los primeros días luego de haber sufrido la pérdida del bebé, la madre puede sentir extrañeza y por momentos “oír” el llanto de un bebé, o sentir como si aún se encontrara en su vientre, negando por instantes la realidad. Luego pueden llegar momentos donde vivencia con rabia, frustración y tristeza el que sus senos produzca leche, no teniendo a quién amamantar y acunar en sus brazos; es un dolor sin sentido, una herida sin justificación; si las cosas estaban preparadas para recibirlo (a), la habitación, la ropita, etc., todo esto le produce infinito dolor y tristeza.

“Otro de los recuerdos traumáticos para estas madres, consiste en que esas horas siguientes a la muerte del nene tiene para ellas una representación de “paréntesis vacío”, donde nada pasó, pero pasó todo. Es una de las experiencias más demoledoras emocionalmente. El concomitante cambio físico de la pérdida representado en el inútil vacío corporal que deja la muerte del bebé junto con los cambios hormonales y malestares

que experimenta la madre (senos llenos de leche, el recuerdo vívido de ese ser en su vientre, dolores físicos, etc.), suelen aumentar la intensidad de la experiencia del duelo, haciendo casi imposible el poderla apartar (negar) de la conciencia por un período de tiempo". (Kirk, 2001)

Otras madres que han perdido han perdido a sus bebés durante la gestación sienten que su dolor no puede ser comprendido por nadie, ni siquiera por su pareja, y por ello se centran en sí mismas, sin tener con quien compartir su tristeza, su vacío, su pena. Consideran que su pareja, sus padres, familiares o amigos no pueden entender su profunda tristeza y dolor.

Otra idea muy frecuente es la de quedar nuevamente embarazada. Para unas mujeres esta posibilidad genera pánico, pues sienten que no podían asumir nuevamente el riesgo de otra pérdida y vivenciar nuevamente semejante dolor. Muchas veces este temor termina por afectar sus relaciones sexuales con la pareja. Otras, por el contrario, desean de inmediato quedar embarazadas, considerando que con ello su dolor desaparecerá, y esta búsqueda de un nuevo embarazo puede tomarse ansiosa y obsesiva.

Si la madre no tuvo la oportunidad de ver, identificar a su bebé, de tenerlo en sus brazos esta ausencia se llena con múltiples fantasías de reparación o negación. En algunos hospitales no le permiten a la madre ver a su bebé muerto, ni tampoco le entregan el cuerpo, entonces la madre se imagina que trajo al mundo un ser deforme, aunque le hayan dado el argumento de que era para evitarle el dolor de verlo muerto, pues creen que eso sería traumático. Algunas madres prefieren conocerlo, aunque tengan algún tipo de deformación, pues para ellas ese sigue siendo su bebé. Por tal

motivo es necesario dar un espacio y un tiempo para que la madre pueda sanar un poco su dolor, vivir su duelo y esto empieza por reconocer que su bebé ha muerto al observar su cadáver, por muy profundo y doloroso que significa la muerte de su bebé.

En la muerte perinatal la relación mamá-bebé es más potencial y simbólica que tangible y realizada, el vínculo es muy estrecho y el duelo puede ser intenso y complejo, máxime en aquellos casos en que la pareja no logra construir un espacio para vivirlo.

Los abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo son comunes debido a muchas razones desconocidas e inexploradas por la ciencia, y aparentemente según nuestros patrones culturales no deberían dar lugar a un duelo ni a la inquietante sensación de haber sido traicionadas por sus cuerpos, por lo tanto esos sentimientos deben permanecer ocultos. Por otro lado, para muchos incluido los médicos, sólo son restos de un producto biológico (grupo de células y tejidos), pero para las madres un aborto es un bebé, un hijo que murió, no importa que tiempo tenía.

En ocasiones cuando el bebé nace durante el segundo trimestre no se les permite observarlo por temor a su reacción emocional, aunque darles la posibilidad de conocerlo equivale a permitirles validar su fugaz existencia.

Cuando el embarazo alcanza el final de la gestación, usualmente el temor a la muerte del bebé desaparece y florece la ilusión. Sin embargo probablemente, problemas de la placenta o el cordón umbilical, infecciones o defectos congénitos ocasionan la muerte de muchos bebés “a término”, y estos duelos tampoco tienen

reconocimiento ni lugar en nuestra sociedad: no se acostumbra a realizar funerales, misas o ceremonias religiosas, poner avisos en la prensa, vestir de luto o hacer visitas de pésame.

No es frecuente que el obstetra o el especialista aconseje a los dolientes a buscar ayuda profesional, muy por el contrario, suelen recomendarle sobredimensionar el evento y más bien comprenderlo como un suceso que con un pronto y feliz embarazo quedará olvidado. Sin embargo, la realidad es otra, las personas no olvidan la muerte de su bebé. La guardan oculta y en silencio, sometiéndose a las expectativas y a los mandatos sociales predominantes.

En principio, por todo el trauma físico y emocional el que tuvo que pasar en el hospital. Son muchas las madres que se han quejado del trato, de ese trato en donde no se tomaron en cuenta sus necesidades emocionales; ese recuerdo torturante de todo lo que sucedió y dónde su opinión no era tomada en cuenta, ni se les daba la debida información. Algunas se preguntaban “¿qué pasó con mi bebé?”, “me lo quitaron”, “se lo llevaron”, “me han dicho que parí un monstruo y por eso no lo puedo ver” “no me informaron sino al día siguiente”.

La gran mayoría reclaman interminablemente la oportunidad de haber conocido a su bebé, de verlo, tocarlo, ponerle un nombre, hacerle un funeral familiar, etc., de decir “hola y adiós”, pero de haber podido decir algo, oportunidad que en muchos casos fue negada, por los familiares o el personal médico.

2.3.3.2- Significado para el Padre

En los últimos años, los hombres han venido participando más activamente en la consolidación de su familia y comparten con su pareja planes y fantasías de una futura familia. Durante la gestación muchas veces acompañan a su pareja a los controles médicos y observan las primeras imágenes del hijo en una ecografía. Otras veces asisten con ellas al curso psicoprofiláctico, quieren estar presentes en el parto y cuidar de su bebé cuando nazcan. Vemos así mismo cómo en muchos países se está legislando para que el padre también tenga derecho a la licencia de paternidad.

Usualmente, aunque de manera diferente, el hombre comienza una relación con ese hijo(a), bien sea porque lo desea o porque estará siempre presente en su vida. Cuando el bebé muere se produce un duelo diferente al de madre, no es corporal, quizás más intelectual y emocional. (Jaramillo, 1999)

De otra parte, la cultura nuestra considera que desde pequeño el hombre debe mostrar su virilidad no expresando sus sentimientos, ni llorando, ni dejando ver su dolor y tristeza cuando sufre, o ante la muerte de alguien muy significativo. Además, es común creer que ante una pérdida el hombre “debe ser fuerte” para poder apoyar a su pareja, pues ella es quien “verdaderamente” sufre por la muerte del bebé.

Para los papás, la situación es un poco distinta, se sienten obligados a asumir un rol de “comando de la situación”, teniendo que “guardarse” los propios sentimientos para poder manejar la exigente situación inmediata: confirmación de la muerte, decisiones pertinentes, preocupación por el estado de la madre, necesidad de

ser fuerte ante ella, pero a sí mismo sensible a sus necesidades, avisar a los parientes, realizar las diligencias funerarias y legales, etc.

“Algunos papás tienen cierta tendencia a intelectualizar la culpa y la aflicción, deseando otro niño con urgencia, para aliviar u olvidar esa tragedia lo más pronto posible. Esto ocurre con más frecuencia cuando el hijo fallecido es el primogénito, pues en su interior él anhelaba que este hijo prolongase su apellido y sus raíces. Otros no desean pasar por una situación similar y deciden no querer tener más hijos”. (Schwiebert, 2001)

Si el padre participó muy intensamente en el tiempo de embarazo y compartió la ilusión en forma cercana, la noción de pérdida será más dolorosa, que para los padres que aún no habían incluido ese bebé en su aspecto emocional.

Ante tantos imperativos sociales lo único que le queda al varón es esconder de alguna manera su tristeza y dolor, evitando hablar de sí mismo, de sus sentimientos, refugiándose en el trabajo sin descanso, o recurriendo a los medicamentos, al alcohol o las droga. A veces su rabia y frustración recaen en las fallas de los médicos, en Dios, o se reprocha a sí mismo el no haber prevenido las dificultades a tiempo.

2.3.4. La Familia y el Entorno

A través de todo el proceso para establecer el vínculo afectivo con ese bebé, que precede aún a su concepción, las fantasías del futuro llenan en la vida de cada papá y de cada mamá un importante espacio. Los padres se habían preguntado continuamente como sería ese bebé, anticipando mucho de los acontecimientos de la primera infancia: el primer diente que asoma, la primera palabra, el primer día del

jardín, etc. Cuando el bebé muere como no tuvieron oportunidad de conocerse muchas de esas fantasías se idealizan y quedan grabadas en la memoria, entonces se fantaseará con dar a luz a aquel bebé que crecerá sano, inteligente, creativo, valiente y siempre mejor que nosotros.

“Se pierde así no sólo al bebé real sino al de los sueños, el anhelado, el que me habría de convertir en mamá o papá, un diploma que me enorgullece y da sentido a la existencia. Cuando ese hijo o hija que se esperaba con anhelo se “pierde”: no vuelven a saber ellos ni saben a donde fueron a parar sus diminutos cuerpos de pocas semanas de existencia gestante, cómo eran, a quién se parecía, qué tenía o por qué no sobrevivieron, se pierden las esperanzas de futuro, se pierde mucho”. (Jaramillo, 1999)

Si el bebé era deforme los padres tienen que elaborar dos pérdidas, el hijo que pensaban que tenían y el hijo que realmente perdieron. Y por todo eso hay que hacer un duelo, un duelo que se enfrenta a una sociedad cerrada, a unos abuelos frustrados que exigen valor y resignación a la pareja, a un grupo de amigos que disfrutaban (ellos sí) del nacimiento, la lactancia y la crianza de hijos sanos. (Kirk, 2001)

Es importante reconocer que el sistema de soporte es bastante adecuado en los primeros días después de la pérdida (amigos, familiares, personal médico y enfermera), pero este grupo establece unilateralmente un límite de tiempo e intensidad para ese dolor y para el apoyo. Después de pasado ese tiempo, los padres vuelven a estar solos, sintiendo la desaprobación de la familia y de la comunidad ante su “duelo innecesariamente largo”. (Schiwiebert, 2001)

Ante la muerte de ese bebé que no alcanzó a nacer, es frecuente que no se brinde un apoyo familiar y social a la pareja, pues generalmente la gente cree que al no contar con una presencia física palpable, con un cuerpo en el cual reconocerlo y luego enterrarlo, consideran que no existió.

Indiscutiblemente la ausencia del cuerpo del bebé hace más difícil el aceptar su pérdida, y se pueden generar mayores confusiones emocionales y afectivas. Por ello, en estos tipos de duelo es importante considerar que la pareja, aunque no haya tenido la posibilidad de ver el cuerpo para reconocer a su hijo (a), sí deben realizar algunos rituales como por ejemplo darle un nombre para cuando se refieran a él o ella, y ojalá celebrar algún ritual funerario de despedida como una misa o acto litúrgico, una oración colectiva, sembrar un árbol en su nombre, que les permita de alguna manera decir adiós.

Algunos padres han manifestado que el dolor agudo tendía a ceder entre uno y dos meses, pero una gran mayoría han manifestado que al año y aún más el dolor era intenso en episodios y la experiencia continuaba muy presente en sus vidas.

2.3.5. Concepto Personal de “duelo apropiado”

La muerte de un bebé constituye un evento altamente traumático para sus padres y cada uno basándose en su historia de pérdidas pasadas y en su experiencia familiar posee una concepción de en qué forma se debe responder ante esa pérdida. Ello lleva a conflictos por las expectativas que el uno tiene del otro en cuanto al

manejo de las emociones, conductas aprobables o reprobables y duración e intensidad del dolor.

En ocasiones el uno “sugiere” o “impone” al otro lo que cree que es mejor, sin tomar en cuenta las necesidades y recursos del compañero. Todo esto junto a la invalidación que socialmente tiene el duelo por muertes perinatales contribuye a que no se elabore adecuadamente el duelo, y ambos o uno de los padres pueden desarrollar un duelo complicado.

2.3.5.1. Disparidad en el Duelo

Después de la muerte de un bebé surgen conflictos entre esposos provenientes básicamente de desacuerdos e incongruencias en la manera de cada uno de percibir y vivir su duelo. Se esperaría que habiendo sufrido la misma pérdida, experimentarían el mismo duelo, al mismo tiempo, como cada uno querría que el otro lo hiciera.

La disparidad es observable en:

- a) Elección de conductas adecuadas
- b) Interpretación de la conducta del otro
- c) Ritmo de la resolución
- d) Competencia entre los dos
- e) Manejo de la culpa
- f) Replanteamiento de metas e ideales familiares

2.3.5.2. Factores que reducen el riesgo de Conflicto Conyugal

Como es habitual, en nuestras culturas latinoamericanas, al hombre se le impone mantener bajo control la situación de crisis. Con la mujer se es más tolerante pero por pocas semanas, al cabo de las cuales se espera que ella reanude sus labores “como si nada” y que próximamente dé a luz un niño que ya viene al mundo señalado con una precisa misión: reparar la herida emocional de sus padres. (Jaramillo, 1999)

Esta arbitraria asignación de las respuestas afectivas por género, además de injusta impone a cada miembro de la pareja un molde que precalifica sus reacciones permitidas o prohibidas. Así, en determinada familia “los hombres no pueden llorar” no deben expresar su tristeza, pero sí manifestar directa o indirectamente su rabia a través de irritabilidad, conductas agresivas, conducir a velocidad, tendencia al alcohol y por ejemplo, la madre es autorizada para llorar más no para expresar rabia.

Para la inmensa mayoría de las parejas que han sufrido la muerte perinatal, el duelo no ha consistido tan sólo en asumir su dolor, sino también aprender a asumir el del otro. Es natural y esperable la aparición de conflictos provenientes de las diferencias tanto en las creencias y expectativas como a nivel de lo que es esperable en el duelo. (Oconor, 1999)

Dado el hecho de que la muerte de un bebé constituye un evento trágico para sus padres, es importante minimizar sus efectos negativos por un lado, validándolo como pena y creando un espacio propicio para que la pareja pueda vivir su duelo, así como

interviniendo acertadamente en la crisis para reducir sus efectos desequilibrantes.
(Cabodebilla, 1999)

Esto incluye proveer una oportunidad para la pareja, tanto individualmente como en común para discutir sus experiencias de pérdida y compartir las explicaciones de lo que ha pasado, información acerca de lo que pueden esperar e instrucción con respecto a las herramientas y destrezas útiles para poder resolver adecuada y sanamente su duelo.

Básicamente son seis factores positivos que dentro de la interacción de la pareja hacen que su duelo pueda evolucionar y resolverse en forma saludable, el séptimo factor es opcional para la pareja, pero muy positivo.

- 1- **Comunicación:** compartir la información, posibilidad de expresar emociones, capacidad de escuchar, disponibilidad de comunicación no – verbal, de códigos y señales.
- 2- **Compartir la pérdida:** disponibilidad para hacer el duelo juntos (contacto físico, hablar), privacidad – intimidad, respeto por el mundo propio de cada cual diferente al conyugal (trabajo, deportes), metas y valores comunes.
- 3- **Flexibilidad:** capacidad de cambiar cuando la necesidad así lo exige, capacidad de adaptación a las circunstancias, aceptación a las diferencias individuales, flexibilidad de roles.
- 4- **Sensibilidad** a las necesidades del otro demostrada en cosas pequeñas y detalles.
- 5- **Valoración positiva de sí mismo y de la pareja:** “la persona más importante para mí”, “una relación profunda y enriquecedora”, “agradezco tenerlo”, “hemos aprendido y madurado juntos”.

- 6- **Capacidad de replantear, de reevaluar el sentido de una experiencia:** útil habilidad para cambiar el punto de vista conceptual o emocional de los miembros de una familia para cambiar el significado de su conducta, sin cambiar la conducta.
- 7- **Capacidad de la pareja de encontrarle un sentido a la muerte de su bebé generalmente con bases religiosas.** Las creencias, la fe en Dios, ayuda a encontrarle significado a una experiencia aparentemente carente de él. La espiritual es de mucha ayuda.

2.4. ASESORAMIENTO PROFESIONAL EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO EN MUERTES PERINATALES

Si hay algo que resume el enfoque que debería tomar el profesional de la salud con un marido y una esposa que sufren este tipo de experiencias es reconocer que los padres han sufrido una pérdida real, una muerte. No hay que intentar minimizar la pérdida centrándose de manera optimista en el futuro y en las posibilidades de otros embarazos y de otros hijos. Aunque no es extraño que algunas parejas quieran iniciar un embarazo inmediatamente después de haber sufrido una muerte perinatal, hay que recomendarles que no actúen con precipitación. Es mejor esperar un tiempo, hasta que se ha elaborado el duelo por el niño que se ha perdido.

Aceptar y validar al interior de la relación de pareja y socialmente, el hecho de que esta pérdida de un hijo(a) en gestación o que tuvo apenas unas pocas horas de vida o no alcanzó a nacer, amerita un duelo, tristeza y dolor diferentes, de la misma manera que en el caso de la muerte de otro ser querido. Probablemente muchos de

estos momentos serán menos duraderos o intensos, pero siempre es importante que sean admitidos. (Carmelo, 2000)

La pareja debe comprender que ambos le otorgarán un significado y reaccionarán de manera diferente ante la muerte de su bebé, por lo tanto es necesario que sean flexibles, tolerantes y respetuosos de su sentir.

Es importante trabajar con los dos miembros de la pareja implicados en la pérdida, trabajar sus sentimientos respecto a la pérdida, especialmente sus sentimientos e miedo y culpa. El miedo a un futuro embarazo, el miedo al impacto de la pérdida en el matrimonio, y el miedo a fracasar como padre/madre. La culpabilidad puede llevar a culpar a otros o a sí mismos. Se debe explorar esas tendencias y su impacto en la autoestima. (Kirk, 2001)

Es conveniente examinar con los padres sus fantasías respecto al bebé que han perdido. Esto incluye ver el significado del embarazo; por ejemplo: ¿estaba planeado? ¿era deseado por ambos miembros de la pareja, o había ambivalencia respecto al mismo?, ¿era resultado de una terapia de infertilidad o un embarazo después de muchos años de matrimonio?. Si el hijo era deforme, los padres tiene que elaborar dos pérdidas, la del hijo(a) que pensaban que tenían, y el hijo que realmente perdieron.

Se puede ayudar a las familias a hacer la pérdida real animándoles a compartir decisiones sobre la disposición del cuerpo, a poner nombre al bebé y a participar en rituales como el funeral o el memorial. Existe una colección importante de objetos

relacionados con el bebé como sus fotos, el certificado de nacimiento, una huella, un mechón de pelo, el brasaete de enfermería y las tarjetas que envían los amigos que pueden ayudar a ser la pérdida real. (Schiwiebert, 2001)

Se puede usar el informe de la autopsia para confrontar con la realidad la causa de la muerte y para ofrecerles la oportunidad de que hagan preguntas. Tener la información suficiente sobre lo sucedido, sobre las causas del fallecimiento, es algo esencial para la sana elaboración del duelo.

“Cuando el hijo(a) ha muerto antes de nacer y no se tiene un cuerpo a quién se le pueda ofrecer un servicio o ritual funerario, es frecuente que la familia y los amigos no lo vivencien en su verdadera dimensión, por tanto permitirse como pareja darle un nombre y hacer un ritual simbólico que les permita reconocer el hecho de haber sido padres y poderse despedir de lo que representó para ellos, reservando un lugar especial para ese ser en sus corazones”. (Jaramillo, 2001)

Cuando el bebé ha nacido enfermo de gravedad, en el hospital, es necesario hacerse respetar espacios y momentos en él o ella para poder cuidarle y mimarle, para que en medio de la impotencia poder al menos ofrecerle afecto. Si es posible tomarle fotografías, para tener recuerdos de ese ser amado.

Tomar decisiones apresuradas como regalar inmediatamente su ropita, muebles y detalles que habían sido preparados para recibir al bebé pueden ser inoportunos; es recomendable esperar un tiempo para decidir que hacer con ellas. Se les debe recordar que la tristeza está en sus corazones, no en los objetos. (Carmelo, 2001)

No hay que olvidar a los hermanos si los hay, ellos también vivirán esta pérdida. La muerte perinatal puede ser una muerte invisible para los niños en casa. No se les debe engañar, los padres deben manifestarles su sentir, dejándoles saber su dolor, pues esto les enseñará a expresar sus sentimientos. No ver al hijo perdido hace la muerte menos real, una realidad que se disminuye incluso más, si los padres no reconocen la pérdida. Se les debe contar lo sucedido de una manera que puedan comprenderlo según su nivel de desarrollo cognitivo y emocional. Comprender la pérdida de manera inadecuada y el pensamiento mágico puede llevarles a creerse culpables de la pérdida o a culpar de la misma a los padres. (Oconor, 1990)

2.4.1. Tareas del Duelo en muertes Perinatales

De acuerdo al modelo de Worden (1982) son cuatro las tareas que deben ser asumidas para conseguir una saludable recuperación de cualquier duelo:

1. Aceptar la realidad de la pérdida
2. Experimentar el dolor
3. Ajustarse a un ambiente en el que falta quien murió
4. Retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones

A partir de la observación clínica, parece ser que si bien esta noción de tarea resulta extremadamente útil en la concepción del recorrido del proceso en muchos duelos, no es tan fácil aplicarla en el duelo por un bebé.

La primera tarea “aceptar la realidad de la pérdida”, pre requisito indispensable para que se inicie el proceso del duelo, se encuentra con un obstáculo en muchos

casos: la no disponibilidad de experiencia alguna que la facilite, sobretodo en la madre. El padre generalmente dispone del cuerpo del bebé; cuando no lo hace el Hospital puede considerarlo feto y no bebé. Pero la madre frecuentemente no lo ve, ni se le informa acerca de cómo era; no tiene oportunidad de tocarlo para registrar su existencia real, ni se facilita en muchos casos su presencia física o su capacidad de decidir sobre el funeral, entierro o cremación.

El carácter de estas experiencias fomenta la negación y eventualmente la supresión del duelo. La negación social de este tipo de pérdidas y la ausencia de soporte social tampoco colaboran para que se dé esta tarea.

La segunda tarea “experimentar el dolor por la pérdida” es bastante usual en el caso de la muerte de un hijo no bebé, dado el reconocimiento social que tal pérdida tiene. Pero, una vez más, cuando se trata de un aborto, pérdida prenatal o postnatal temprana, la sociedad urge a los padres a esquivar el dolor, a negarlo y en cambio a asumir la pérdida con entereza y valor, socialmente muy admirados. A la tristeza de la madre joven que vive la muerte de su nene, respondemos habitualmente con un extenso repertorio de frases de falso consuelo, que más que permitir el dolor de la madre, la llevan a ocultarlo con vergüenza.

La tercera tarea, o *“ajustarse a un ambiente en el cual falta quién vivió”* se dificulta, pues para efectos prácticos, el bebé no vivió dentro de un núcleo familiar, o si lo hizo, fue por un tiempo muy breve. Esta tarea exige al doliente, en otros duelo, replantear las funciones y reasignar flexiblemente los roles que deja vacantes quien murió, hecho que no tiene cabida cuando muere alguien que aún no había nacido.

Ahora bien, la presencia de los cambios físicos y hormonales en la madre, de la leche que debe secar con tristeza, le imponen una adaptación a la pérdida que el padre no comparte.

La última tarea, una combinación de deatexis y reinversión, es también difícil en este caso, dado que implicaría por ejemplo abandonar el rol parental, pero existen otros hijos previos y pueden venir otros hijos en el futuro. Deshacerse de las esperanzas, sueños y proyecciones propias ligadas al bebé es como perder una parte propia; es más una pérdida personal que cualquier otra. Es especialmente duro terminar, ponerle fin al duelo por un bebé y aceptar un nuevo embarazo sin ligar ambas experiencias emocionalmente.

Es por ello por lo que se hace necesaria la intervención individual y /o en grupo de un profesional de la salud mental que colabore a orientar saludablemente el proceso del duelo por la muerte de un bebé, adaptando flexiblemente las tareas tradicionalmente a este particular duelo.

2.4.2 Recomendaciones que el Equipo de Salud Mental o de Neonatología deben brindar a los Padres que han perdido a un bebé.

A continuación se sugerirán ciertos rituales que el equipo de ayuda pueda brindarles a los padres que han tenido la pena de sufrir por la muerte de su bebé. La experiencia de algunos profesionales, que han trabajado con estas pérdidas confirman la utilidad de permitirles a los padres vivir ese momento: de darles la información de una manera suave y honesta, de respetar sus reacciones y no imponerles "conductas

apropiadas" y de facilitar la iniciación del proceso del duelo con el establecimiento de rituales cargados con un gran significado emocional, y entre ellos están:

- Ver al bebé, conocerlo, tocarlo, acariciarlo, abrazarlo.
- Bañarlo y vestirlo con ropa elegida por la madre o por ambos.
- Si es aceptado por los padres tomarles unas fotos, para ser reveladas o imprimidas más adelante, cuando ellos lo juzguen conveniente.
- Registrar con tinta la huella plantar en un papel.
- Cortar un mechoncito de cabello (no todos nacen con cabello)
- Ponerle nombre, con o sin bautizo.
- El brasaete de identificación del hospital, el registro de peso y medidas, la primera manta que lo cobijó, etc. pueden ser recuerdos que pueda guardar.
- Si tienen otros hijos, incluir a los hermanitos en la experiencia. Permitirles conocer al bebé y decirle "adiós", quizás acompañando este gesto con un dibujo, una flor o un juguete que se quiera colocar en el pequeño ataúd.
- Rezar por el bebé en familia teniéndolo abrazado.
- Despedirse, decirle adiós, cantarle, hablarle lo que se sienta necesario y proceder a lo que la pareja de padres haya juzgado mejor: un entierro sencillo, una misa familiar o la cremación.

Es posible que algunas de estas sugerencias parezcan extrañas, pero son sólo sugerencias nada más. Los padres son los que deciden para sí mismos lo que les puede ayudar en el momento y para el futuro.

A veces estas actividades físicas pueden satisfacer deseos intensos de cuidar a su niño, los mismos deseos que anticipaban antes de la pérdida. La realidad de que el bebé esté muerto no disminuye la necesidad de acariciarlo y decirle palabras de amor.

Es importante que el equipo de Salud Mental creen en los padres la conciencia de que algo de control pueden tener en tan duro momento, pudiendo elegir entre varias acciones para actuar en esos momentos. Esa es una oportunidad con un tiempo limitado y que se debe tener presente que, intervenir de manera activa en esos momentos de crisis, tiene un gran valor preventivo de posibles patologías en la elaboración del duelo posterior. Es iniciar el proceso con clara, aunque triste conciencia de que sí existió ese bebé, se le conoció y se le pudo decir adiós. Es una experiencia real y no negada, validada como pérdida y tomada en serio por los demás.

También es útil el disponer de una relación con alguien que en ese momento pueda escuchar a los padres y compartir su dolor. Ellos con frecuencia necesitan un permiso explícito para llorar y expresar sus sentimientos y emociones. La tristeza, sensación de fracaso, frustración, rabia, culpa depresión desesperación, desesperanza y aislamiento, son quizás los síntomas emocionales más frecuentes en ese momento.

2.5. ELEMENTOS TERAPEÚTICOS EN EL PROCESO GRUPAL.

2.5.1. Características específicas de un Grupo de Duelo

Las terapias de grupo ofrecen elementos reparadores específicos que le confieren un potencial único. Constituyen la reproducción de un espacio pequeño y controlado de parte de lo que ocurre en la sociedad y como tales permiten reproducir ciertos procesos psicosociales.

A continuación explicaremos algunos factores terapéuticos generales de los procesos de grupo:

a) Universalidad: Sentimientos de experiencia compartida (*“no soy un bicho raro”*). Cada muerte es única, por lo que se vive desde la intimidad del proceso personal. En estos grupos se remuevan más profundamente la estructura global del funcionamiento de la persona y su manera de estar en el mundo; también se valida el sentimiento de que la muerte de un ser querido es único, pero a la vez, se enfatiza que es una experiencia compartida: se está tan sólo ante la muerte como lo están los demás.

Hablar con los demás del duelo permite recapitular la propia vida: prioridades, significado, valores, soledad, impotencia, etc. Además se evita el sentimiento de “victimización” del doliente, pues muchos llegan a los grupos detenidos en su rol de víctima, viven emparentados con el sufrimiento, buscando la conmiseración de los demás. El asumir pequeñas tareas en el grupo, el sentirse útiles a otros padres con su

mismo dolor, los ayudará a darse cuenta que es el compartir las emociones, el camino más corto para reconciliarse con la vida.

b) Explicitación: El dar un nombre al grupo, (ejemplo: Terapia de Grupo en duelo complicado por muertes perinatales), esto es en sí mismo terapéutico. Explicitar el duelo ayuda a resolver el aquí y el ahora de la realidad de la pérdida: estamos aquí porque alguien ha muerto.

c) Información: El grupo llega a ser fuente de educación para la salud de los pacientes. El terapeuta es depositario de una autoridad moral delegada por los demás que, adecuadamente usada, confiere valor terapéutico a sus palabras y consejos. Un factor positivo en estos grupos es la esperanza. Es posible afirmar que el 90% de las personas son capaces de integrar con el tiempo el dolor de una pérdida. Se aclara que el terapeuta sólo puede aportar lo que ha sido de ayuda a otras personas en otros grupos, pero en un contexto similar.

Se normalizan las reacciones (rabia, ira, desprecio, etc) en base a las experiencias con otras personas. En las sesiones se da información de las reacciones normales y de cómo pudo verse afectada la elaboración de un duelo normal, y se dan algunas sugerencias de cómo se puede vivir y superar la pérdida, aclarando que cada quién elabora el duelo distinto del otro.

d) Validación del sufrimiento: “Lo que me ocurre es relevante y merece que los demás le presten atención”. En los grupos se presta atención individualizada a cada uno de los miembros, y se deja un tiempo suficiente a cada uno para la narración

detallada de sus circunstancias, con la única limitación de intentar que puedan hablar todos. En los grupos se realiza la ruptura del tópico social "debes ser fuerte, la vida continúa", la ruptura de la imagen del duelo prolongado como signo de debilidad de carácter y reivindicación del derecho al dolor.

e) Se supera el proceso de desfase social: (Tras un primer momento en que el doliente recibe una enorme atención, aparece un segundo de evitación social del tema por miedo o aburrimiento, y en ocasiones un tercero de compasión o rechazo). Se debe evitar que los miembros del grupo puedan anclarse en la contemplación de la pena y el dolor, y en una comprobación por comprobar quien sufre más y en acaparar la atención del terapeuta.

f) Imagen positiva de cambio: La existencia de personas en diferentes estadios de cambios (shock- precontemplación, aproximación - contemplación, lucha - ambivalencia, decisión - acción, recurrencia - integración) permite dar esperanza de que es posible estar mejor. Se cuestiona el estereotipo social de que "determinadas muertes son insuperables". Se favorece la comparación positiva entre los diferentes momentos de cada uno de los miembros del grupo.

g) Socialización: Aprendizaje de tácticas que han sido útiles a los demás y elaboración colectiva de posibles estrategias ante situaciones complejas. Los miembros del grupo aportan estrategias y ejemplos más cercanos que los que puede sugerir el terapeuta.

h) Confiar y compartir con los demás: Más allá de la ventilación emocional, hay una reconstrucción narrativa. Se construye un nuevo relato más tolerable y tranquilizador. Se hace énfasis no sólo en el discurso racional (explicaciones detalladas de lo que ocurrió, visualizaciones controladas, ejercicios de focalización, etc.) se fomenta la expresión de sentimientos. A veces existe una presión social para que la persona mantenga su duelo, y esto alimenta formas de seudocatarsis (repetición de discursos estereotipados). El grupo permite romper esta dinámica. Cuando la expresión social impide la expresión del duelo, el grupo llega a ser un espacio de tolerancia al llanto y de descontrol emocional.

i) Empatía y cohesión: La creación de lazos emocionales facilita que el cambio y el insight no se queden sólo en un plano intelectual. Existe una comprensión y empatía por el dolor del otro. El terapeuta u otro miembro del grupo, pueden despertar patrones de interacción significativos, lo que permite analizar a través de un tercero los sentimientos que provoca y el modo de reaccionar ante ellos.

j) Contraste de creencias personales con la opinión del resto del grupo: Cada miembro del grupo suele ser ciego a las creencias irracionales propias, pero muy certero para las ajenas. En los duelos complejos subyace una especial irracionalidad de las creencias: vivencias de culpas por hechos a veces intrascendentes de los días antes, durante o después del fallecimiento, búsqueda obligada de culpables y necesidad de que “alguien pague por ello”, y sienten el alivio emocional como traición al fallecido.

El grupo puede darle un perdón simbólico y “autorizar” simbólicamente ciertas actividades culpógenas (por ejemplo, salir un fin de semana de excursión). Se reflexiona en el grupo su opinión sobre las culpas, culpables, actividades “correctas o incorrectas” y se analiza a profundidad cada una de ellas.

k) Retroalimentación del estilo de comunicación: Son muchas las expectativas sociales sobre cómo debe expresarse una persona que ha sufrido una pérdida; es por ello que en el grupo a través de dinámicas o ejercicios se trabaja el modo en cómo nos perciben los demás. El grupo permite la experimentación de algunos temas básicos: ser excesivamente prolijo puede provocar aburrimiento o rechazo, ser excesivamente lacónico, puede provocar incomprensión y aislamiento; repetir siempre la misma historia acaba por agotar a los demás.

l) Altruismo: Cada miembro del grupo cree saber que en otros contextos lo que el otro necesita y las formas de altruismo surgen con gran facilidad. La experiencia de ser importante para otros y ayudarles es terapéutico, porque es una forma de ayudarse a sí mismos. El devolver lo que cada miembro dice al resto del grupo, abre las posibilidades de ayuda, de sugerencias, consejos, de compartir experiencias, etc.

m) El grupo como origen de cambio social: En estos grupos se consideran detenidamente los aspectos humanistas y existenciales. Se aprende de la muerte para reorientar la vida. Se acepta que el sufrimiento existe y se recuerda la fragilidad de la vida, para a partir de ahí, buscar elementos por los que luchar. Se reconoce con comentarios cada cambio que uno de los miembros presenta (cambios de ropa, peinado, costumbres, etc.). Se fomentan actividades que lleven a compartir recuerdos,

objetos o fotografías que aunque las personas conservan tienden a evitar sistemáticamente.

2.5.2. Metas y Encuadre de la Terapia en el Duelo Complicado

La meta de la terapia en el duelo complicado, es resolver los conflictos de separación y facilitar las tareas correspondientes. En los procesos de duelo complicado el objetivo es identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan la realización de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado.

La resolución de estos conflictos implica experimentar pensamientos y sentimientos que el paciente ha estado evitando. El terapeuta proporcionará el sistema de apoyo necesario para todo trabajo de duelo exitoso y esencialmente da permiso al paciente para elaborar el duelo, permiso que el paciente en su medio social previo, no tenía. Obviamente dicho apoyo o permiso implica una alianza terapéutica adecuada. Una manera de intensificar esta alianza es reconocer y admitir la dificultad que pueden experimentar algunas personas cuando resucitan la pérdida pasada o si se quiere, cuando aceptan “reabrir el caso”. Cuanto mayor sea el conflicto subyacente, mas resistencia habrá a explorar pensamientos y sentimientos que anteriormente eran muy dolorosos.

No existen recetas para hacer una buena terapia, de la misma manera que tampoco las hay para pintar, sin embargo hacer una lista de procedimientos terapéuticos puede ayudar a recordarlas. La terapia en el duelo se realiza en el

contexto de una oficina o consultorio para atender al paciente de forma individual y el otro contexto es en una terapia de grupo. En duelos complicados es conveniente combinar las dos formas. El primer paso es establecer el contrato con el paciente. Generalmente la terapia de grupo se establece con un tiempo limitado, con un determinado número de sesiones, y las sesiones deben tener objetivos claros.

Hay varias consideraciones especiales que uno ha de tener en cuenta cuando hace terapia en procesos de duelo. La primera es la importancia de completar el trabajo del duelo de manera que el paciente no esté peor que antes de buscar ayuda. Si el problema subyacente al duelo no resuelto es un enfado no expresado, una vez que se ha identificado y se ha experimentado se ayude al paciente a ver que los sentimientos de enfado no excluyen los sentimientos positivos y viceversa. Si en la terapia se evoca simplemente los sentimientos de enfado sin resolverlos adecuadamente, el paciente puede quedarse peor que antes.

Segundo, el desbordamiento de las emociones reprimidas. Parkes habla de que la terapia en el duelo puede desencadenar material afectivo que es desbordante para el paciente. Según Worden aunque los pacientes pueden experimentar una tristeza y un enfado profundos e intensos durante la terapia, es raro que un paciente no pueda encontrar los límites necesarios para estos sentimientos y mantenerlos dentro de unos límites aceptables. Sin embargo esta dimensión debe ser supervisada, y está relacionada con la capacidad del terapeuta para tolerar los sentimientos intensos que surgen durante la terapia. Esta capacidad es, obviamente, la clave para hacer un buen tratamiento.

La tercera consideración es ayudar a los pacientes a afrontar la dificultad que experimentan durante la terapia. Si han sufrido una pérdida hace muchos años pero no la han elaborado de manera adecuada, y a través de ella empiezan a conectar las emociones del duelo normal que no habían experimentado previamente, van a sentir una tristeza reciente e intensa. Esto se puede hacer muy difícil en situaciones sociales.

Es importante advertir al paciente que las demás personas pueden pensar que se está comportando de una forma rara o inadecuada. Con el permiso del paciente se puede informar a los miembros de la familia con quién vive, de que se está haciendo una terapia a causa del duelo y que el paciente puede experimentar una tristeza intensa u otros sentimientos aún cuando la pérdida haya ocurrido hace mucho tiempo. De esta manera se alerta a los familiares de los posibles cambios de conducta y se evitan malos entendidos.

2.5.3. Procedimientos Terapéuticos en Procesos de Duelo Complicado

a) Descartar Enfermedades Físicas: Si el paciente se presenta con síntomas físicos, es importante descartar la existencia de enfermedades físicas. Aunque algunos síntomas aparecen equivalentes al duelo, no ocurre con todos ellos y no se debería empezar nunca una terapia en un duelo en el que el síntoma físico sea el factor más destacado a no ser que se pueda excluir plenamente que hay una enfermedad física detrás del síntoma.

b) Establecer el Contrato y la Alianza Terapéutica: El paciente está de acuerdo con volver a explorar su relación con la persona o personas implicadas en la pérdida

previa. El terapeuta refuerza la creencia del paciente de que esto será beneficioso, y coincide con él en que ésta es un área que vale la pena explorar. El objetivo es específico, las relaciones pasadas se exploran sólo si afectan directamente a la respuesta al duelo actual.

c) Revivir recuerdos del Fallecido: En las primeras sesiones se dedica un tiempo considerable a hablar del fallecido, particularmente de las características positivas, cualidades y actividades agradables que el superviviente compartía con él. Gradualmente se habla de algunos recuerdos más “mezclados” y finalmente, se anima a la persona a comentar recuerdos llenos de dolor, enfado y desilusión.

Si el paciente viene a buscar tratamiento consciente sólo de los sentimientos negativos, el proceso se hace al revés y se revisan los recuerdos positivos y las emociones sólo si son pocos. En caso de muertes perinatales, se revisan de igual manera los aspectos tanto positivos como negativos que se tenía en relación al bebe. Si hay múltiples pérdidas se ha de trabajar con cada una separadamente.

d) Evaluar cuáles de las cuatro tareas no se han completado: Si no se ha completado la tarea I, y el paciente se dice a sí mismo “ No está muerto, sólo está ausente”, la terapia se centra en el hecho de que la persona está muerta y en que el superviviente va a tener que aceptar la realidad y dejar que la persona se marche.

Si la dificultad se produce en la tarea II, y el paciente acepta la realidad sin el afecto, la terapia se centra en el hecho de que es normal sentir emociones positivas y negativas respecto al fallecido, y que se puede llegar a un equilibrio entre ambas. Si

la dificultad es en la tarea III, la parte más importante de la terapia es la solución de problemas: se enseña al paciente a vencer su impotencia ensayando nuevas habilidades, desarrollando roles nuevos y, en general se les anima a volver a la vida.

Finalmente, si la tarea sin completar es la IV, el terapeuta ayuda al paciente a emanciparse de un apego agobiante con el fallecido y, por lo tanto a sentirse libre para cultivar nuevas relaciones y continuar con la vida. Esto implica dar al paciente permiso para dejar de sufrir, ayudarlo a sentirse capaz de tener relaciones nuevas y a explorar las dificultades que implica decir un adiós definitivo.

f) Afrontar el afecto (las emociones) o la ausencia del mismo que provocan los recuerdos: Cuando un paciente está haciendo terapia por un duelo y empieza hablar de la persona que ha muerto, muchas veces la descripción que hace del fallecido es superlativa “la mejor persona del mundo”, y es importante permitirle al paciente describirlo de esa manera al inicio, pero generalmente cuando se habla así, suele haber un enfado no expresado, que se puede trabajar explorando los sentimientos más ambivalentes y, finalmente, ayudando al paciente a estar en contacto con sus sentimientos de enfado.

Una vez se han identificado los sentimientos de enfado, se ha de ayudar al paciente a que éstos no destruyeron los sentimientos positivos y, en efecto, están ahí porque le importa el fallecido.

Otro afecto que puede surgir cuando se estimulan los recuerdos del fallecido es la culpa. Una vez se identifica la culpa, es importante ayudar a la persona a

confrontarla con la realidad. Generalmente gran parte de la culpa es irracional y no se aguanta al confrontarla con la realidad. En caso de que la culpa sea real para la persona, se debe incluir en la terapia la concesión del perdón entre el fallecido y el paciente. Son útiles en estos casos técnicas como role playing y de imaginación. Se pueden trabajar otras emociones que para el paciente le impidan resolver el duelo, como la tristeza, ansiedad, miedos, etc.

g) Explorar y desactivar objetos de vinculación: Los objetos de vinculación juegan un papel en la irresolución del duelo. Estos son objetos simbólicos que guarda el superviviente y le permite mantener externamente la relación con el fallecido. Es importante ser conscientes y entender el concepto que hay detrás de este fenómeno porque los objetos pueden dificultar la realización satisfactoria del proceso del duelo. Después de la muerte, se puede investir algún objeto inanimado con un simbolismo que establece un vínculo entre la persona en duelo y el fallecido. La mayoría de las personas en duelo son conscientes de que han otorgado un simbolismo al objeto y también de algunos aspectos del mismo sin comprender quizás todo lo que simboliza.

Para la persona que posee un objeto de vinculación es importante saber dónde está dicho objeto en todo momento. El objeto de vinculación puede ser entre otros, alguna pertenencia del fallecido, una representación del fallecido como una fotografía, algo con que la persona fallecida amplió sus sentidos, como una cámara; algo que tenía a mano cuando se recibió la noticia de la muerte o cuando vio el cuerpo del fallecido. Los objetos de vinculación son similares a los *objetos transicionales* como los que guardan los niños cuando crecen lejos de sus padres.

A medida que se hacen mayores pueden guardar una manta, un animal disecado, o cualquier objeto que les haga sentir más seguros y protegidos durante la transición entre la seguridad y la protección asociada con los padres y su propia necesidad de crecer y desvincularse de su familia y convertirse en ellos mismos. En la mayoría de los casos los objetos transicionales se abandonan a medida que los niños crecen.

Los objetos de vinculación son diferentes de los recuerdos. La mayoría de las personas cuando muere alguien, guarda algo como recuerdo o conmemoración. Sin embargo, los objetos de vinculación están investidos de mucho más significado y causan mucha más ansiedad cuando se pierden. Es importante preguntar al paciente qué cosas han guardado después de la muerte y, si se determina que están usando algo como objeto de vinculación, se debe trabajar en eso.

h) Reconocer la finalidad de la pérdida. Aunque la mayoría de las personas lo logra durante los primeros meses después de la pérdida, hay quien mantiene mucho tiempo después que no es un final, que la persona volverá en una forma u otra. Es importante ayudar a dichos pacientes a evaluar por qué no pueden reconocer el final de su pérdida, que significaría para ellos reconocerla.

i) Tratar las fantasías de acabar el duelo. Un procedimiento útil al hacer la terapia, es hacer que los pacientes exploren sus fantasías sobre cómo sería acabar el duelo o qué implicaría para ellos. ¿Qué perderían al acabarlo? ¿Que ganancia secundaria obtienen para no acabarlo? Aunque es un procedimiento bastante simple, ofrece resultados fructíferos.

j) Ayudar al paciente a decir un adiós final. Decir adiós a un ser querido fallecido puede ser algo confuso para algunas personas. Suponen que decir adiós significa olvidar a la persona que se ha ido, pero no es así. Es la recolocación del fallecido en la propia vida, de manera que el superviviente pueda continuar con su vida. Decir adiós es algo que pueda hacerse gradualmente durante el curso de la terapia. En cada sesión se anima al paciente a decir un adiós temporal al fallecido, “adiós por el momento” que finalmente lleva al punto de decir un adiós final cuando la terapia llega a su fin.

Es importante dejar al paciente tomar la iniciativa en este proceso preguntándole si está preparado para decir adiós. Cuando se completa el asunto pendiente, el paciente sabrá que está preparado. Esto es algo que pasan muchas veces por alto los profesionales que hacen asesoramiento o terapia de duelo.

2.5.4. Evaluación de los Resultados en la Terapia de Duelo

Normalmente hay tres tipos de cambio que nos ayudan a evaluar los resultados de la terapia:

a) Experiencia Subjetiva: Las personas que completan una terapia a causa de un duelo informan de que subjetivamente están diferentes. Hablan de un aumento de sentimientos de autoestima y de reducción de la culpa. Hacen comentarios como “el dolor que me destrozaba se ha ido”, “creo que le he dicho adiós para siempre”, “puedo hablar sin llorar”. Otra experiencia es el aumento de sentimientos positivos

respecto al fallecido y relacionar sus sentimientos positivos con experiencias positivas.

b) Cambios Conductuales: Muchos pacientes experimentan cambios conductuales observables. Empiezan a socializarse, a formar nuevas relaciones, los que evitaban antes las actividades religiosas vuelven a ellas, los que evitaban visitar el cementerio ahora lo hacen sin que se les sugiera, los que habían dejado la habitación intacta del fallecido hacen cambios, etc.

c) Alivio de Síntomas: Los pacientes presentan menos dolores corporales y reducción del síntoma que les hizo buscar tratamiento. Son muchos los síntomas (pérdida de apetito, insomnio, etc.) que se reducen con la terapia de duelo, que muestran la eficacia y la efectividad del tratamiento.

CAPITULO III
METODOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las pacientes con duelo complicado, debido a la muerte perinatal de un hijo(a), logran disminuir los síntomas de depresión y ansiedad luego de participar en una Terapia Grupal?

3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Objetivos Generales

1. Reducir los niveles de depresión y ansiedad de las pacientes con duelo complicado asociado a muertes perinatales, mediante una terapia grupal.
2. Evaluar los resultados de la intervención con formato de grupo.

3.2.2. Objetivos Específicos

1. Describir y comprender el estado afectivo y mental de las pacientes con duelo complicado asociado a muertes perinatales.
2. Evaluar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con duelo complicado asociado a muertes perinatales
3. Describir el proceso de intervención Psicológica grupal que se le brindará a los individuos con duelo complicado.
4. Relacionar la historia presente y pasada de cómo el sujeto vivenció sus pérdidas.

5. Identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan a los individuos a la resolución adecuada del duelo.
6. Determinar la efectividad de la Intervención Terapéutica Grupal en las pacientes con duelo complicado; desde el punto de vista subjetivo del paciente, del alivio de los síntomas y de los cambios conductuales.

3.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con duelo complicado, por muerte perinatal?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad (Rasgo y Estado) de las pacientes con duelo complicado, por muerte perinatal?
3. ¿Se aliviarán los síntomas de depresión y ansiedad, de los pacientes con duelo complicado que reciban la terapia grupal?
4. ¿Lograrán las personas hacer una resolución adecuada de su duelo, luego de recibir la terapia grupal?

3.4. HIPÓTESIS

3.4.1. Hipótesis Conceptual

1. El Nivel de Depresión presentado por los sujetos que reciben la intervención terapéutica grupal luego de concluida ésta, será menor que al inicio de la misma.

2. El nivel de Ansiedad situacional (estado) presentado por los sujetos que reciben la intervención terapéutica grupal luego de concluida la misma, será menor que al inicio de la misma.

3. El nivel de Ansiedad como condición de carácter o (rasgo) presentado por los sujetos que reciben la intervención terapéutica grupal luego de concluida la misma será menor que al inicio de la misma.

4. Los pacientes con duelo complicado asociado a muertes perinatales que participen en la terapia grupal reportarán satisfacción y mejoría en sus malestares subjetivos, alivio de síntomas y su conducta.

2.4.2. Hipótesis Operacional

1. Las puntuaciones en la Escala de Depresión de Zung serán significativamente menores al concluir el tratamiento grupal que al iniciar el mismo.

2. Las puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad Estado, (IDARE, SXE) serán significativamente menores al concluir el tratamiento grupal que al iniciar el mismo.

3. Las puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad Rasgo, (IDARE; SXR) serán significativamente menores al concluir el tratamiento grupal que al iniciar el mismo.

3.4.3. Hipótesis de Trabajo o Alterna

1. El nivel de Depresión observada después del tratamiento será menor que al inicio de la misma.
2. El nivel de Ansiedad estado observada después del tratamiento será menor que al inicio de la misma.
3. El nivel de Ansiedad rasgo observada después del tratamiento será menor que al inicio de la misma.

3.4.4. Hipótesis Nula

1. El nivel de Depresión observada después del tratamiento será igual o mayor que al inicio del mismo.
2. El nivel de Ansiedad estado observada después del tratamiento será igual o mayor que al inicio del mismo.
3. El nivel de Ansiedad rasgo observada después del tratamiento será igual o mayor que al inicio del mismo.

3.5. VARIABLES

3.5.1. Variable Independiente: Intervención Terapéutica Grupal

3.5.2. Variables Dependientes: Depresión y Ansiedad

3.5.3. Definiciones Conceptuales

Intervención Terapéutica Grupal

Intervención Psicoterapéutica en contexto de grupo que se muestra como un coadyuvante poderoso a otras terapias, pues ofrecen elementos reparadores específicos que le confieren un potencial único. Constituyen la reproducción en un espacio pequeño y controlado de parte de lo que ocurre en la sociedad y como tales permiten reproducir ciertos procesos psicosociales. Entre los factores terapéuticos de los procesos de grupo están: universalidad o sentimiento de experiencia compartida, explicitación o darle nombre a lo que ocurre, información o fuente de educación, validación del sufrimiento, imagen positiva de cambio, socialización, empatía, comprensión, cohesión o sentimiento de pertenencia, confiar y compartir con los demás, retroalimentación del estilo de comunicación, contraste de creencias, fomenta apoyo mutuo y establecer redes de apoyo, altruismo, fuente de compromiso para el cambio, discusión colectiva de los componentes existenciales asociados al tema del grupo, y el grupo como origen del cambio social. El formato utilizado ha sido elaborado por la investigadora en base a la teoría y con el asesoramiento de especialistas en la materia.

Depresión: La depresión es un trastorno del humor caracterizado por retraso psicomotor, anhedonía, apatía, tristeza, debilidad, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza, falta de motivación, etc.

Según Grimberg, L. (1994) la Depresión está estrechamente ligada con el concepto de duelo y forma parte del proceso psicopatológico que le ocurre a la persona como consecuencia de la pérdida de un objeto valorado o amado. Para el individuo que sufre esa pérdida implica que se enfrentará simultáneamente con la amenaza de las funciones y partes del self (sí mismo) depositadas en dicho objeto. La depresión está constituida por una serie de manifestaciones dolorosas complejas desencadenadas por el significado que la experiencia de pérdida pueda tener para cada persona.

Ansiedad: Estado emocional displacentero, cuyas fuentes son a menudo difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga, o incluso al agotamiento.

Según Worden (1997) la ansiedad en el doliente puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuánto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. La ansiedad proviene normalmente de dos fuentes: la primera es que el doliente teme que no podrá cuidar de sí mismo ni vivir sin el fallecido; la segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido. Llevada al extremo esta ansiedad puede transformarse en una verdadera fobia.

3.5.4. Definiciones Operacionales

Intervención Terapéutica Grupal

1. 15 sesiones de 2 horas, por lo general una por semana
2. Sesión de seguimiento dos meses después
3. Anamnesis completa

Depresión

Trastorno del estado de ánimo que se diagnosticará al paciente con duelo complicado a través de la evaluación clínica de acuerdo a los criterios del DSM –IV y la Escala de Depresión de Zung. Que es una escala breve de 20 items, en lenguaje sencillo, diez de los items son positivos y los otros diez negativos. Durante la administración se le pide a los sujetos que relacionen cada uno de los items con su situación personal dentro de un período específico, usualmente durante las últimas dos semanas. El sujeto tiene la oportunidad de escoger una de cuatro opciones: Nunca o muy pocas veces; Algunas veces; Muchas veces; casi siempre o siempre.

Ansiedad

Estado emocional displacentero que se tratará de detectar a través de la Evaluación Clínica, y el Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado.

3.6. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

3.6.1. Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

Esta investigación se realizará en dos etapas. En su primera etapa es un tipo de estudio descriptivo, tipo no experimental transversal, en la que se observarán, describirán y analizarán el tipo de duelo que posee el paciente, se relacionará la incidencia de pérdidas presentes y pasadas. La segunda etapa es preexperimental Tipo Estudio de Caso de Intervención / Terepéutico, en el cual se tratará de establecer una relación funcional entre el tratamiento y la mejoría de los síntomas del paciente.

3.7. CONCEPTOS DE POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Población Objetivo: Pacientes Diagnosticados con Duelo Complicado o no Resuelto asociados a muertes Perinatales.

3.7.2. Población Muestral: Pacientes Diagnosticados con Duelo Complicado que solicitaron atención en la Policlínica del Seguro Social en el Corregimiento de Bethania

3.7.3. Muestra: Pacientes diagnosticados con duelo complicado que solicitaron atención en la Policlínica Don Alejandro de La Guardia, Hijo, en el corregimiento de Bethania, que fueron remitidos al equipo de Salud Mental y a la terapia de estrés, y que desearon participar en esta investigación.

3.8. MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

3.8.1. Criterios de Inclusión

Los participantes en este estudio deben reunir los siguientes criterios:

- Pacientes con síntomas depresivos y/o de ansiedad por duelo complicado o no resuelto, asociado a muertes perinatales.
- Presentar estados de ansiedad y depresión que no requieran hospitalización
- Que haya pasado por lo menos dos años de la pérdida de ese ser querido
- Pacientes con edad entre 18 a 50 años
- Anuentes a participar voluntariamente en el estudio y a cumplir con las condiciones que el tratamiento exige.

3.8.2. Criterios de Exclusión

Los siguientes son los criterios de exclusión de participantes para el estudio:

- Padecer de otro trastorno mental
- Padecer de Trastornos de ansiedad y de Depresión de Tipo Psicopático.
- Faltar a 4 sesiones seguidas, en cualquier etapa de la investigación.
- Que haya pasado menos de dos años de la pérdida perinatal.

3.9. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Entrevista Psicológica
- Cuestionario para evaluar el Duelo Complicado
- Escala de Depresión de Zung
- Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)

Entrevista inicial

Se realizó con el fin de determinar las características generales de las pacientes y para obtener datos relacionados con los tipos de pérdidas. Pérdidas reales e imaginarias que el paciente con duelo complicado ha tenido a lo largo de su vida (pérdida de ideales, sueños, materiales, de trabajo, pérdidas económicas, de autoimagen, muerte de mascotas, de amigos o familiares, o de personas cercanas, etc., las cuales serán reportadas por el mismo al preguntársele.

Cuestionario de Duelo Complicado

El Duelo anormal o patológico aparece en varias formas (crónico, retrasado, exagerado, y enmascarado). El Duelo Complicado crónico retrasado y exagerado se detectó a través del Cuestionario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R) de H. Prigerson, S. Kasl & S. Jacobs (2001) y adaptado al español y validado por el Dr. J.J. García García, Landa Prigerson, Echeverría Grandesy Mauriz Andolo. (Madrid, España. 2002). Cuestionario de 37 preguntas con respuestas tipo Likert, dicotómicas o abiertas, cuyo marco teórico de referencia son los criterios de Duelo Complicado de H. Prigerson et al (1999). Con

Fiabilidad Alfa Crombach de 0,95 y test – retest de 0.80. Validez concurrente (con dos medidas de duelo: una de depresión y una de calidad de vida) y Factorial (un factor). El Duelo enmascarado se detectó a través de la Historia Clínica de las pacientes pues no era reflejado en este cuestionario.

Escala de Depresión de Zung

El Trastorno del estado de ánimo se diagnosticó con la Escala de Depresión de Zung, que es una escala breve de 20 ítems, en lenguaje sencillo, diez de los ítems son positivos y los otros diez negativos. Durante la administración se les pidió a los sujetos que relacionarán cada uno de los ítems con su situación personal dentro de un período específico, usualmente durante las últimas dos semanas. El sujeto tuvo la oportunidad de escoger una de cuatro opciones: Nunca o muy pocas veces; Algunas veces; Muchas veces; casi siempre o siempre.

Escala de Ansiedad IDARE

Estado emocional displacentero que se detectó a través del Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado. Que es un inventario de autoevaluación elaborado por C.D. Spielberger, A.Martínez Urrutia, F. González, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero, que consta de 40 ítems, 20 ítems cada escala. Cada escala con respuestas tipo Likert. La escala de Ansiedad Estado mide lo que el sujeto siente en el mismo momento en el que está realizando la prueba. La Escala Ansiedad Rasgo mide cómo el sujeto se siente generalmente.

3.10. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.10.1 Estadístico

Las pruebas utilizadas será la de rangos señalados de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica para medidas relacionadas, y la Prueba de los signos, que también es una prueba no paramétrica utilizada para analizar grupos pequeños, se basa en distribuir en categorías discretas la dirección de los signos derivada de la resta de la primera medición de la segunda medición. Los resultados de las pruebas objetivas serán sometidos a una prueba de hipótesis con un alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias significativas.

3.10.2. Tipo de Datos

Este estudio está basado en un análisis cualitativo en su esencia, o sea cada participante es evaluado en el curso del tratamiento de forma clínica individualmente, sin embargo, a la vez utilizaremos una escala y realizaremos un análisis cuantitativo del grupo como tal, para tratar de evaluar el tratamiento en el grupo.

En cuanto a nuestra intervención, según Worden W (1997), normalmente hay tres tipos de cambios que nos ayudan a evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico. Estos cambios son:

1. La experiencia Subjetiva: las personas que completan su tratamiento informan de que subjetivamente están diferentes.

2. **La Conducta:** Muchos pacientes experimentan cambios conductuales observables, empiezan a volver a socializar, a formar nuevas relaciones, a cuidar de sí mismos, etc.
3. **Alivio de Síntomas:** Cuando se ha completado el tratamiento la mayoría de los pacientes reportan la reducción del síntoma o síntomas que señalaron que tenían al inicio del mismo.

En vista de lo anteriormente expuesto, para la evaluación de los resultados del tratamiento al finalizar el mismo, a cada sujeto se les harán preguntas con respecto a los cambios que se produjeron en las áreas antes mencionadas.

4. DISEÑO OPERATIVO

4.1. Responsable del Proyecto

Nazareth del Carmen Polo

4.2. Organización del trabajo de Campo

Para llevar a cabo esta investigación se contó con la colaboración de la Licenciada Maritza de Palacios, Psicóloga Clínica de la Caja de Seguro Social, junto con otros profesionales del equipo de salud de la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, Hijo, que fueron los responsables de referir a los pacientes al programa de intervención Terapéutica Grupal. Además, se contó con el apoyo del equipo de profesionales de la Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz, Organización no Gubernamental sin fines de lucro que ofrece asesoramiento individual y grupal a las

personas que sufren la pérdida de un ser querido; y que brinda capacitación educativa a Profesionales de la Salud Mental con respecto a este tema.

Por ahora esta Organización ofrece asesoramiento con grupos abiertos a las personas que han sufrido pérdidas de un ser querido (padres, hermanos, hijos, esposos), y asesoramiento con grupo cerrados a niños y adolescentes; pero no cuenta por el momento, con el apoyo a los que han sufrido pérdidas por muertes perinatales, por lo tanto luego de concluir esta investigación, nuestro aporte a esta organización sería poner la terapia a su disposición.

4.3. Requerimiento de Operaciones:

4.3.1. Recursos Humanos

La selección de sujetos que reunían los criterios de inclusión de la muestra estuvieron a cargo de los profesionales idóneos de la Salud Mental que trabajan en la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, Hijo., de la Caja de Seguro Social.

Contamos con el apoyo del asesor de tesis, con la Psicóloga Clínica de la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, Hijo., con el asesoramiento del profesional de Salud Mental de la Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz y la responsable de la investigación.

4.3.2. Recursos Materiales

- **Salón para la terapia de grupo.** Se realizó en la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, Hijo, en el corregimiento de Bethania.
- **Materiales proporcionados por el Programa de Recuperación Emocional (Intervención Terapéutica Grupal).**

4.3.3. Procedimiento

Fase I: Una vez especificado el tema de investigación y el diseño metodológico, procedimos a buscar y examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema.

Fase II: Con el material Bibliográfico, se llevó a cabo la construcción del marco teórico y los temas de las sesiones de la terapia de grupo.

Fase III: Llevamos a cabo entrevistas con profesionales familiarizados y expertos en el tema, que sirvieron como jueces en la evaluación de los temas a tratar en las sesiones de la terapia.

Fase IV: Solicitamos permiso a las autoridades de turno de la Policlínica Don Alejandro de la Guardia, Hijo., para realizar la terapia en sus instalaciones.

Fase V: Se entrevistó a las pacientes para determinar si cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación y para darles información sobre la terapia de grupo en las que ellas participarán.

Fase VI: Se Aplicaron las Pruebas de Depresión y de Ansiedad (Rasgo y Estado) a cada paciente.

Fase VII: Procedimos a la aplicación del Tratamiento en formato de grupo a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Fase VIII: Realizamos una anamnesis completa de las pacientes y registramos los resultados de las sesiones de la terapia.

Fase IX: Finalizada la terapia de grupo se evaluó objetiva y subjetivamente los resultados de la terapia y dos meses después se realizó una sesión de seguimiento.

Fase X: Los resultados son analizados e interpretados estadísticamente.

Fase XI: Se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS

RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivo de las Pacientes

CUADRO No I

DESCRIPCIÓN DE LAS PACIENTES CON DUELO COMPLICADO

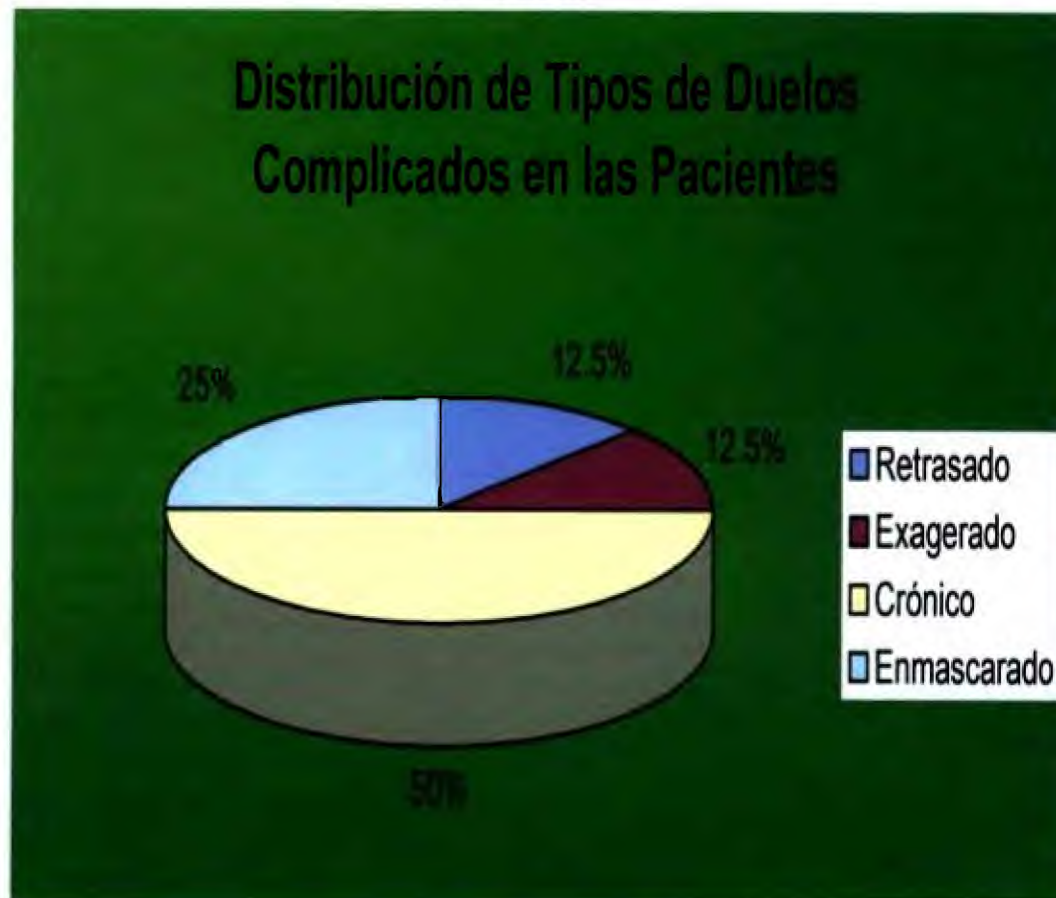
Pacientes	Edad (años)	No de Pérdidas	Tiempo de la Pérdida (años)	No de Hijos Vivos	Tipo de Duelo
Rosa	32	1	4	2	Retrasado
Carolina	36	2	12--2	0	Enmascarado
Ana Cecilia	43	1	2	3	Crónico
Gladys	42	3	11--10--8	2	Enmascarado
Victoria	27	1	2	0	Exagerado
Lucy	39	2	7--4	0	Crónico
María	33	1	16	3	Crónico
Daniela	42	2	8	1	Crónico

En este cuadro se describen los aspectos más relevantes de las pacientes que decidieron voluntariamente participar en la Terapia de Grupo, para disminuir los niveles de depresión y ansiedad asociadas a muertes perinatales. Las edades de las pacientes oscilan entre los 27 años y los 43 años de edad. En cuanto al número de pérdidas perinatales podemos percatarnos que el 50 % de las pacientes han tenido una sola pérdida, el 37.5 % han tenido dos pérdidas y 12.5 % ha tenido tres pérdidas perinatales.

Los años que han transcurrido desde la pérdida que las llevó a buscar ayuda profesional son los siguientes: 37.5% dos años, 25 % cuatro años, 25% ocho años y 12.5 % dieciséis años. Los años transcurridos en aquellas pacientes que han tenido más de una pérdida, oscilan entre los siete y doce años. En cuanto al número de hijos vivos de las pacientes tenemos los siguientes porcentajes: 37.5% de las pacientes no tienen hijos vivos y el 62.5% si los tiene.

Recordemos que el duelo complicado o no resuelto puede aparecer de varias formas: duelo crónico, que es aquel que tiene una duración excesiva y no llega a una duración satisfactoria. Duelo retrasado, que a veces se llaman inhibidos, suprimidos o pospuestos, es aquel donde se tuvo una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente y en un futuro se experimentan los síntomas. Duelo Exagerado, es donde existe una respuesta exagerada de los síntomas y duelo enmascarado, en donde la persona no es consciente que sus síntomas y conductas desadaptativas que están relacionadas con las pérdidas.

Gráfica No.1



4.2 Resultados Individuales de los Niveles de Depresión y Ansiedad

CUADRO No II

RESULTADOS INDIVIDUALES DE LA PRUEBAS APLICADAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Pruebas	Escala de Depresión		Escala de Ansiedad E		Escala de Ansiedad R	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Rosa	63	51	62	52	50	46
Carolina	55	58	60	38	58	50
Ana Cecilia	58	40	63	30	60	52
Gladys	56	52	50	62	48	54
Victoria	68	52	65	38	47	42
Lucy	54	42	62	35	47	38
María	50	56	70	41	62	50
Daniela	59	47	48	48	47	47

En este cuadro se presentan los resultados de las pruebas aplicadas antes y después de la Terapia de Grupo.

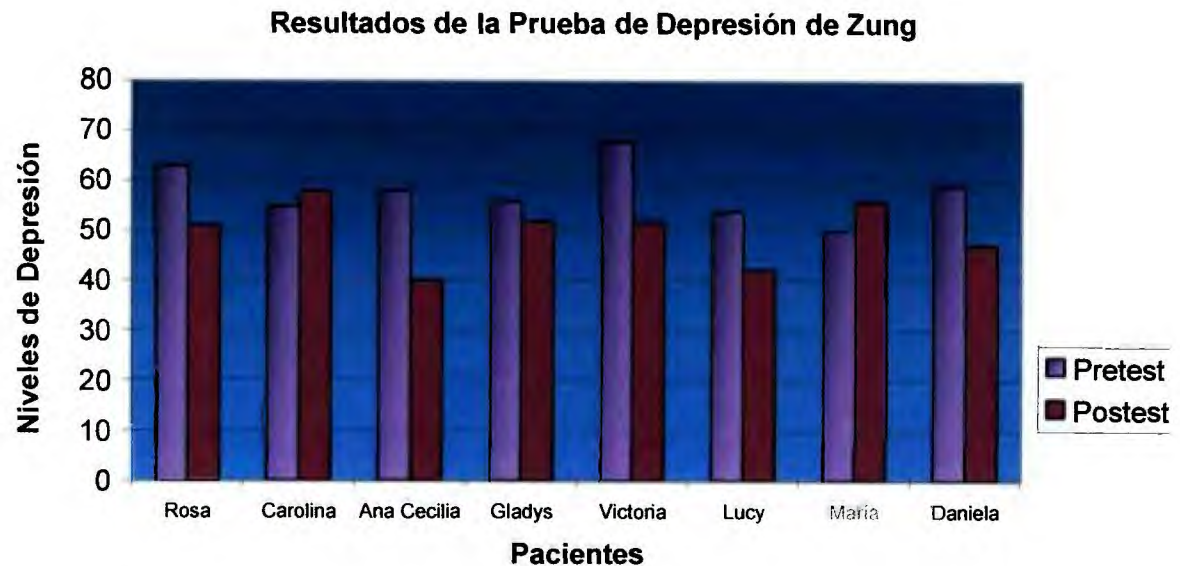
En cuanto a la escala de Depresión podemos observar que en su totalidad las pacientes presentaban un nivel significativo de Depresión, luego de recibir la terapia los niveles de Depresión disminuyeron en un 75% de los casos y el 25% restante aumentó levemente, aumento que clínicamente es significativo pues eran pacientes que emocionalmente se resistían a vivir el dolor propio de un trabajo de Duelo.

En cuanto a la Escala de Ansiedad, podemos notar que los en las dos escalas los niveles de ansiedad que presentaban las pacientes eran altos; siendo los niveles de ansiedad estado más alto que los niveles de ansiedad rasgo, debido a que las pacientes aún estaban afectadas por las manifestaciones dolorosas de las pérdidas de sus bebés,

manifestaciones que no había podido manejar y que todavía se mantenían. Por las características de la ansiedad estado los niveles disminuyeron significativamente luego de concluida la terapia de grupo en un 75% de los casos, un 12.5% aumentó significativamente sus niveles de ansiedad y el otro 12.5% se mantuvo igual los niveles de ansiedad.

En cuanto a la Escala de Ansiedad Rasgo, los niveles disminuyeron en un 75% de los casos, 12.5% aumentó y el otro 12.5% se mantuvo igual. Aunque hubo una disminución en los niveles de ansiedad, no fueron tan significativos como en el caso de la ansiedad estado, pues para que exista una disminución significativa, la terapia de grupo se tendría que acompañar de una larga psicoterapia individual. Es importante señalar que ambos casos en que los niveles de ansiedad estado y rasgo se mantuvieron se trataba de la misma paciente, de igual forma para los niveles de ansiedad estado y rasgo que aumentó después de la terapia se trataba también de una misma paciente.

Gráfico No 2



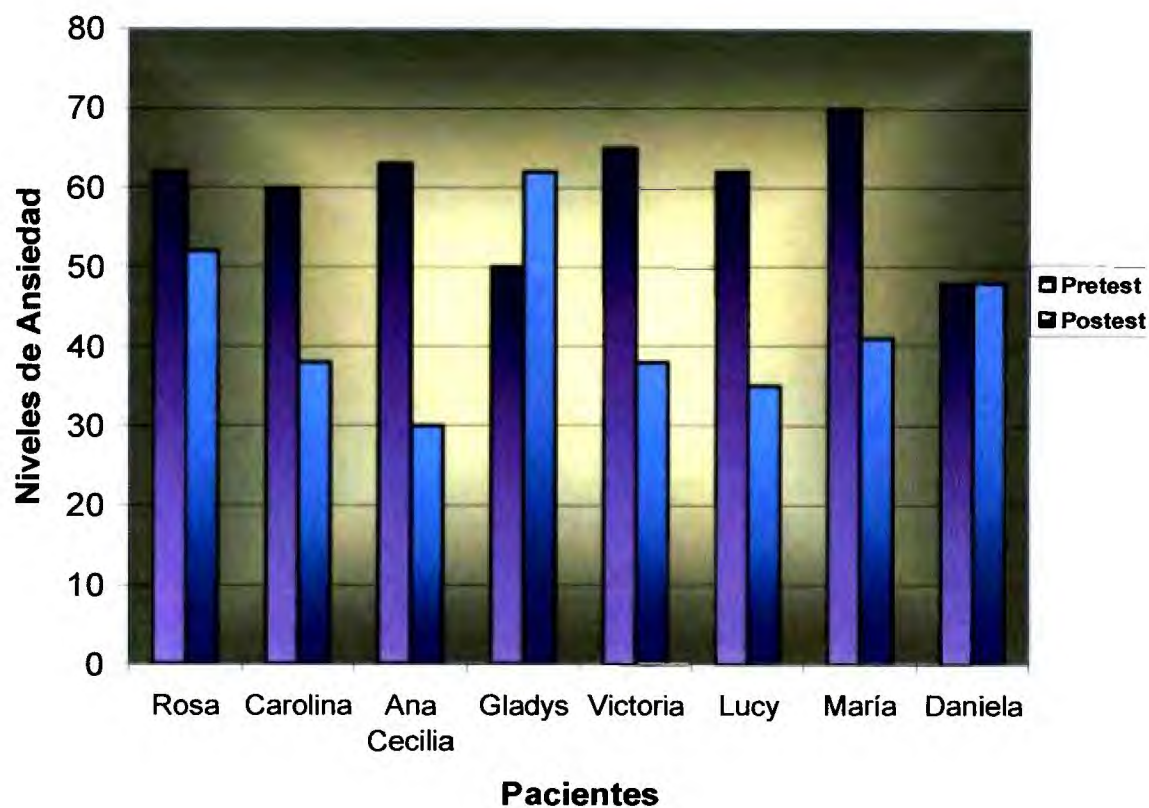
Fuente: Escala de Depresión de Zung

En esta gráfica podemos observar los niveles de depresión de las pacientes antes y después de recibir la terapia de grupo, y las variaciones que cada una tuvo. Antes de la terapia, la distribución de las pacientes de mayor a menor nivel de depresión era la siguiente: Victoria (68), Rosa (63), ambas con niveles de depresión de moderada a marcada, Daniela (59), Ana Cecilia (58), Gladys (56), Carolina (55), Lucy (54), María (50) todas éstas con niveles de depresión de mínima a leve.

Luego de recibir la terapia de grupo la distribución de las pacientes según la variación en los niveles de depresión (de mayor a menor) fue: Ana Cecilia, Victoria, (Rosa, Daniela y Lucy con la misma variación), Gladys. María y Carolina en lugar de disminuir los niveles de depresión, éstos aumentaron levemente, aumento que clínicamente es significativo, pues eran pacientes que antes de la terapia no se habían permitido sentir el dolor por la pérdida.

Gráfico No 3

Resultados de la Escala de Ansiedad-Estado

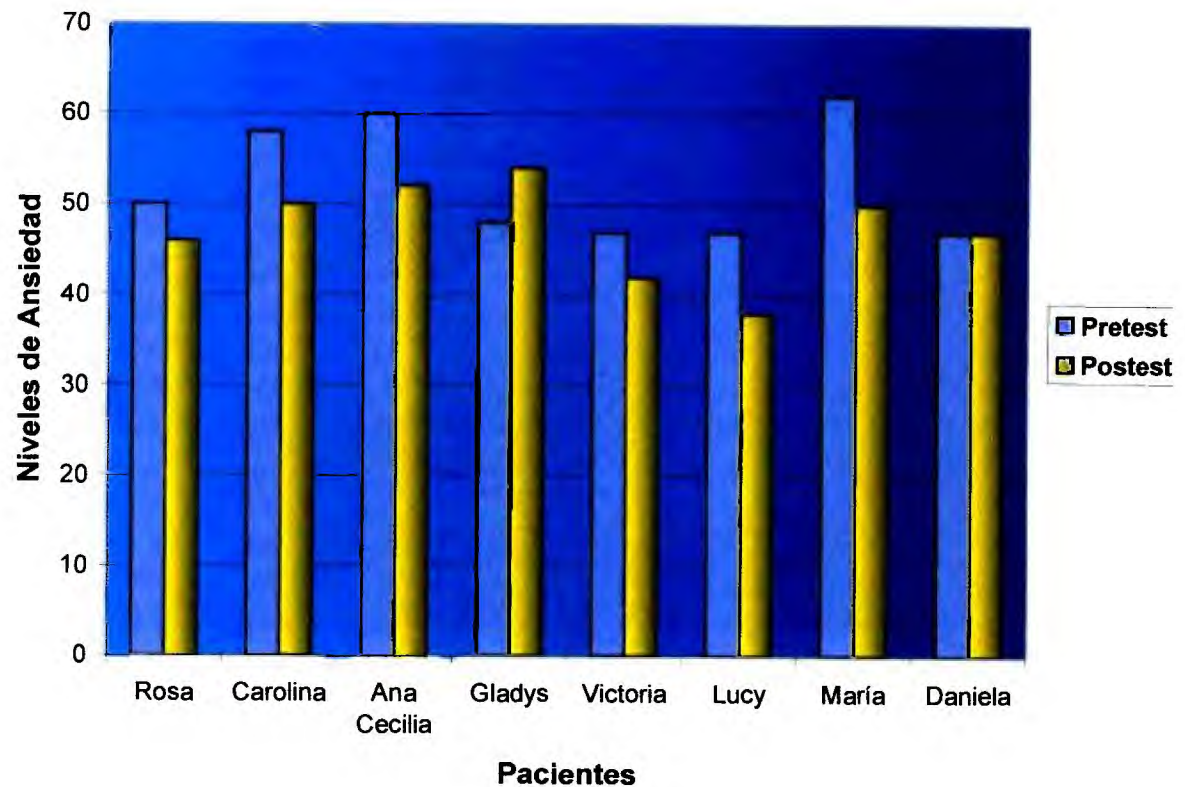


Fuente: Escala de Ansiedad IDARE

En esta gráfica se puede distinguir las variaciones significativas en los niveles de ansiedad estado que presentaron las pacientes antes y después de la terapia de grupo. Antes de la terapia los niveles de ansiedad que presentaban las pacientes de mayor a menor se distribuyen de la siguiente manera: María (70), Victoria (65), Ana Cecilia (63), Lucy y Rosa (62), Carolina (60), Gladys (50) y, Daniela (48). Luego de la terapia los niveles de ansiedades situacional disminuyeron significativamente en casi todas las pacientes, excepto en Gladys que aumentó y en Daniela que se mantuvo igual.

Grafica No 4

Resultados de la Escala de Ansiedad-Rasgo



Fuente: Escala de Ansiedad IDARE

Podemos apreciar en esta gráfica que los niveles de ansiedad rasgo en las pacientes, disminuyeron después de la terapia de grupo. Cabe destacar que su disminución fue menor que la que presentaron en la escala de ansiedad estado. Los niveles de ansiedad rasgo antes de la terapia, en un orden de mayor a menor, era el siguiente: María (62), Ana Cecilia (60), Carolina (58), Rosa (50), Gladys (48), Victoria, Lucy y Daniela con (47). Luego de concluida la terapia los niveles disminuyeron de la siguiente manera (de mayor a menor): María, Ana Cecilia, Carolina, Rosa, Lucy y María. Gladys aumentó y Daniela no tuvo variación.

4.3 Resultados Grupales de los Niveles de Depresión y Ansiedad

CUADRO No III

RESULTADOS GRUPALES DE LAS VARIABLES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN FORMATO DE GRUPO

Pruebas	Escala de Depresión		E. de Ansiedad E.		E. de Ansiedad R.	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	57.87	49.75	60.00	43.00	52.38	47.37
Desviación-E	5.60	6.34	7.42	10.37	6.48	5.32
Signos Positivos	6		6		6	
Signos Negativos	2		1		1	
Signos Iguales	0		1		1	
N	8		7		7	
Prueba de los Signos	0.005 (3)		0.045 (2)		0.045 (2)	
Prueba Wilcoxon	Wo=4, Wc=6		Wo=2, Wc=4		Wo=3, Wc=4	

Con los resultados presentados en este cuadro, analizaremos sí dos de las tres hipótesis que se habían formulado en esta investigación se aceptan o se rechazan. En cuanto a los niveles de Depresión, podemos observar que hubo una disminución de los síntomas después del tratamiento, según los dos estadísticos no paramétricos: la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, y la prueba de los Signos. Recordemos que en estas pruebas no paramétricas cada sujeto sirve como su propio control, y lo que se analiza no es la diferencia de los puntajes t , como en la técnica paramétrica usual, sino los signos; es decir, son puntajes clasificatorios que nos dicen la dirección y la magnitud de las diferencias.

La prueba de Wilcoxon para los Niveles de Depresión de la Escala de Zung, arroja una W observada de 4, que es menor que 6 (valor crítico de la tabla, con un

nivel de significación de 0.05 para una cola), por lo que podemos confirmar que nuestra hipótesis se acepta; es decir, que los Niveles de Depresión en pacientes con duelo complicado, asociados a muertes perinatales, disminuyeron luego de concluido la terapia de Grupo.

En cuanto a la prueba de los Signos, la probabilidad acumulada es de 0.05 que corresponde al número de éxitos (signos positivos) de 3, en consecuencia nuestra hipótesis se acepta, pues el número de signos positivos que tenemos (6) es mayor de tres, por lo que se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa.

La prueba de Wilcoxon para los Niveles de Ansiedad Estado y Niveles de Ansiedad Rasgo, revelan un puntaje estadísticamente significativo: $W_o = 2$, $W_c = 4$ para la Escala de Ansiedad Estado y $W_o = 3$, $W_c = 4$ para la Escala de Ansiedad Rasgo, que nos indican que hubo disminución en los síntomas de ansiedad en las pacientes, luego de concluida la Terapia de Grupo. De igual manera la prueba de los signos arroja un puntaje estadísticamente significativo de 0.045 tanto para la Ansiedad Estado, como para la Ansiedad Rasgo, que corresponde a un nivel de signos positivos de 2; esto indica que: en seis de las ocho pacientes se disminuyeron los síntomas de ansiedad.

4.4 Resultados Cualitativos Grupales de la Terapia de Grupo

CUADRO No IV

RESULTADOS DE LA PRIMERA SESIÓN (INTRODUCTORIA) DE LA TERAPIA DE GRUPO

Objetivos	Dinámicas	Mensaje de Cambio	Comentarios - Tareas
<p>Explicar los objetivos de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir los niveles de ansiedad y depresión de las pacientes con duelo complicado, asociado a muertes perinatales, mediante una terapia grupal 	<p>Con una exposición dialogada la terapeuta explicó a las pacientes, que cada una de ellas presentaba síntomas de depresión y ansiedad, relacionados a un duelo no resuelto, asociados a las pérdidas de sus bebés.</p>	<p>Las pérdidas significativas nos vuelven distintos: algo ha concluido, algo comienza; pero nos hacen crecer, pues el crecimiento está ligado a la capacidad de superar constructivamente las pérdidas</p>	<p>En esta sesión las pacientes con duelos enmascarados y retrasados no estaban muy convencidas que sus síntomas se debieran al duelo no resuelto, las demás si estaban conscientes de su problemática.</p>
<p>Establecer las reglas básicas</p>	<p>Se informaron sobre los requisitos para participar en la terapia como lo fueron: puntualidad, discreción, confidencialidad, respeto, tiempo para cada una de las intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros del grupo no deben dar consejos y no se deben solicitar tampoco. • Destacar que ninguna experiencia de nadie, es más o menos importante que la del otro. 	<p>Las ocho participantes que se presentan en esta investigación cumplieron con estas reglas. Las dos participantes que no cumplieron no fueron tomadas en cuenta, una por impuntualidad y la otra porque consideraba que su problema no se debía a un duelo no resuelto.</p>
<p>Integrar y motivar al grupo a trabajar en su recuperación emocional, proporcionándoles un espacio privado para trabajar el</p>	<p>Se dictó una pequeña conferencia sobre el duelo, para facilitarles una mejor comprensión del tema y de sus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración del duelo es un largo proceso al que no se le puede fijar un tiempo cronológico, 	<p>Las pacientes se motivaron y pudieron integrarse. Muchas de ellas, expresaron su satisfacción por encontrarse por primera vez en un</p>

dolor	emociones. Se les advirtió sobre la posibilidad de al inicio, sentirse peor como consecuencia de haber escuchado las diferentes experiencias de duelo, de las otras y revivir las suyas; pero que era necesario para iniciar el camino hacia la recuperación.	pero es evidente que ese tiempo no puede perpetuarse <ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar una terapia de grupo supone ya una decisión y es una decisión valiente, porque supone enfrentar el miedo al dolor. 	ambiente que las aceptaba y las comprendía. También pudieron encontrar en el grupo futura redes de apoyo.
-------	---	--	---

CUADRO No V

**SÍNTESIS DESCRIPTIVA DE LA SESIÓN No 2
INICIAR LAS TAREAS Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN
ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA**

Vivencia de lo Ocurrido	Descripción grupal del proceso catártico
<p>¿Dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió?</p>	<p>Cuatro de las participantes perdieron a sus bebés en sus vientres y se dieron cuenta cuando sus médicos al examinarlas no sintieron los latidos cardiacos de sus bebés, noticia que las tomó por sorpresa y que fue de un fuerte impacto emocional.</p> <p>Todas ellas coincidieron en manifestar su malestar, al escuchar a estos profesionales referirse a sus bebés como "productos"; además, de no brindarles el apoyo o una orientación emocional, sólo se preocuparon por su bienestar físico, sin darle tanta importancia a su sufrimiento.</p> <p>Dos de las pacientes tuvieron bebés prematuros y murieron poco tiempo después, ellas se aferraron mucho a Dios, con la esperanza que sus bebés pudieran mejorarse, al no suceder de esa forma, sintieron mucha rabia hacia ese Ser Supremo, por darles una esperanza y luego quitárselas.</p> <p>Una de las pacientes tuvo una pérdida que no sabe el origen de la misma, pues está muy confundida, no sabe si fue un asesinato o una muerte de "cuna" y esto la angustia demasiado, anhela que en sueños se revelara la verdad, para ella estar más tranquila, pues de alguna manera se siente responsable.</p> <p>Otra paciente refiere que uno de sus bebés murió en su vientre y el otro nació vivo, pero murió poco tiempo después.</p> <p>Algunas pacientes han tenido más de una pérdida y en la sesión hablaron de ellas. Una de las pacientes tuvo una pérdida por aborto provocado y tuvo la valentía de poder hablar también de esta pérdida.</p>
<p>¿Se realizaron ritos funerarios? ¿Se asistió a esos ritos?</p>	<p>Para los bebés que nacieron vivos se realizaron los ritos funerarios, pero sólo dos de ellas asistió a los mismos y el resto no asistió.</p> <p>Para las pacientes, cuyos bebés murieron en sus vientres en el 75% de los casos se realizaron ritos funerarios y el 100% de las pacientes no asistieron, pues además de estar delicadas físicamente, la sugerencia de sus familiares más cercanos era</p>

	<p>que se quedaran en casa para que pudieran recuperarse lo más pronto posible.</p> <p>El otro 25% de las pacientes no se realizaron ritos, ya que sus bebés se quedaron en el hospital, para observación y estudio, previo consentimiento de ellas.</p>
<p>¿Se ha conservado todo a través del tiempo (ropa, objetos, habitación, etc.) generando la ilusión de nada a cambiado?</p>	<p>El 37.5 % de las pacientes aún conservan intacto todo lo referente al bebé, aún cuando ha pasado más de dos años, en todas ella esperando tener un bebé que pueda usarlas, pues ninguna ha tenido hijos vivos.</p> <p>Dos de ellas con la esperanza de tener un bebé, una por adopción y la otra de forma natural, la tercera aún no está segura de querer tener otro bebé, pero sigue conservando todo igual.</p> <p>El 12.5% regaló todo inmediatamente regresó a casa, después de haber salido del hospital. El 50% lo conservaron por un tiempo no mayor de seis meses, luego lo guardaron y después lo utilizaron con sus otros hijos.</p>
<p>¿Tras la pérdida el comportamiento ha sido como si nada hubiese pasado, sintiendo incluso cierto bienestar?</p>	<p>En el 25% de las pacientes el comportamiento tras la pérdida es como si nada hubiese pasado, presentando ella un duelo enmascarado, con conductas inadecuadas que está afectando su vida.</p> <p>El otro 75% sus vidas sí ha cambiado tras la pérdida, algunas de manera crónica y otras con cierto retraso, pero su funcionamiento normal se ha visto afectado.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Se reflexionó sobre la convicción que nuestra cultura tiene, de que los hechos dolorosos sólo le ocurren a los demás. El compartir esta creencia, perpetúa la negación de que haya ocurrido algo tan terrible como la muerte de un bebé.</p> <p>Lo importante en esta sesión era asumir la pérdida como definitiva, pues es comprensible que cuando se pierde un ser querido, aunque la muerte sea esperada hay una sensación de irrealidad. La primera tarea era llegar a una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad: esa personita ha muerto y no volverá; en ese vientre existió un ser especial y ya no está, y no pensar que la concepción nunca ocurrió.</p> <p>La corta edad de quien fallece hace más doloroso el duelo, pues el ciclo biológico se invierte ante la pérdida de un hijo, y que se requiere de un gran esfuerzo personal para su resolución.</p> <p>El duelo constituye un proceso que fluctúa entre el sentir y el hacer, y que se complica cuando se queda estancado en reflexiones interminables sumergidas en el sufrimiento o</p>

	cuando se evita el dolor de manera prolongada dedicándose a cuanta actividad se pueda.
¿Cómo se sintió durante la sesión?	<p>El 87.5% de las pacientes manifestaron haberse sentido muy conmovidas, al haber revivido todo lo referente a sus pérdidas, a lo que hicieron y lo que dejaron de hacer.</p> <p>Algunas manifestaron que al escuchar el relato de las demás, les ayudó a recordar ciertos episodios que tenían olvidados o bloqueados. A pesar de su dolor y tristeza manifestaron que era la primera vez que se atrevían a contar todo lo que sucedió o lo que recordaban, que aunque era muy doloroso sintieron "como si se hubiesen quitado un peso de encima".</p> <p>Sólo el 12.5% manifestó haberse sentido relativamente tranquila durante la sesión, fue la única que no lloró durante su relato, ni durante la sesión.</p>

CUADRO No VI

**SÍNTESIS DESCRIPTIVA DE LA SESIÓN No 3
REFLEXIONAR SOBRE LAS EMOCIONES Y REACCIONES POR LAS QUE
SE PASA EN UN DUELO.**

Proceso Afectivo normal ante las pérdidas	Descripción Grupal
Ayudar a las pacientes a identificar y expresar sentimientos	<p>Para lograr este objetivo, se pidió a las pacientes que escribieran una carta al bebé o a los bebés que perdieron y en la que debían expresar todo lo que piensan y sienten con respecto a su pérdida. Al inicio fue difícil para ellas empezar a escribir las primeras líneas, pero luego de un ejemplo, pudieron escribir aquella carta.</p> <p>Se pudo observar cómo los sentimientos de tristeza emanaban a través de las lágrimas de las pacientes, mientras escribían. Excepto una paciente no mostró signos visibles de tristeza. La sugerencia de verter los propios sentimientos en una misiva que no llegará nunca a su destinatario, tiene una gran potencia terapéutica a pesar de su sencillez y esto se logró durante la sesión pues las pacientes lograron identificar una gama de sentimientos y emociones.</p>
Reflexionar sobre la respuesta emocional ante la pérdida.	<p>Luego que se identificaron las emociones o los sentimientos tras la pérdida de un bebé, se logró que las pacientes reflexionaran sobre las mismas, resaltando que esos sentimientos no son ni buenos ni malos, y que son únicos en cada individuo. En esta sesión se pidió a las pacientes que identificaron sus pensamientos y emociones y las aceptaran para luego en futuras sesiones trabajarlas.</p> <p>La mayoría de las pacientes señalaron el aturdimiento como la primera sensación tras la muerte. En el momento actual algunas enfatizaban la pena y el dolor, otras la rabia, la culpa y el remordimiento, algunas un poco de indiferencia y otras el miedo y hasta deseos de venganza.</p> <p>Lograron comprender que es importante para la recuperación el sentir estas emociones y luego trabajarlas, que estas emociones no son eternas y que sí tienen límites.</p>
Mensaje de cambio	Se explicó que sentir dolor después de una pérdida es normal. El miedo, la tristeza, la rabia y la culpa son parte de ese dolor y que sentirlo es el punto de partida para la recuperación; pero se aclaró que la vocación permanente al sufrimiento no es sinónimo de superación. Que se deben aceptar estos sentimientos, pero no invitarlos, atenderlos pero no habitar con ellos.

	<p>Estos sentimientos son un huésped normal, aceptable y tolerable, pero poco saludable cuando la visita es por mucho tiempo. Tampoco se debe seguir siendo "el fuerte" o sobrecargarse en actividades para no dar espacio a las emociones. Enfrentar el dolor es el mejor camino a la recuperación, no se debe huir de él.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>La gran mayoría manifestó sentirse un poco desconcertadas al inicio de la sesión, no sabían cómo empezar y qué escribir, que no tenía sentido, que era una locura y una injusticia por parte de la terapeuta pedirles que identificaran y expresaran sus emociones a través de una carta. Pero finalizada la sesión, comprendieron lo importante y terapéutico que fue para ellas esta actividad y que lograron identificar emociones y sentimientos que no pensaban que tenían, y de sentir que de alguna manera, se estaban comunicando y tenían un contacto con sus bebés.</p>

CUADRO No VII

**SÍNTESIS DESCRIPTIVA DE LA SESIÓN No 4
ACEPTACIÓN Y MANEJO DE LOS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA**

Aceptación y Manejo de la Tristeza	Descripción Grupal
¿Sintieron y expresaron su tristeza?	<p>Sólo el 25% de las pacientes sintieron y expresaron su tristeza inmediatamente sus bebés murieron.</p> <p>El 50% de las pacientes sintieron tristeza un poco después de sus pérdidas, pero trataron de seguir adelante ignorando ese sentimiento.</p> <p>El otro 25% manifestaron que no pudieron sentir este sentimiento, que posiblemente no se dieron esa oportunidad, que lo que ellas sentían era sólo un gran vacío, que en ocasiones deseaban llorar, pero no podían.</p>
¿Qué pensaron e hicieron al sentir la tristeza?	<p>Las que sintieron y expresaron la tristeza, manifestaron que lo que ellas pensaban, era lo ilusionadas que estaban con sus bebés, todo lo que habían planeado para ellos y que su ilusión se "vino abajo", en un instante, pensaban una y otra vez en todo lo que ellas hicieron y dejaron de hacer y que de alguna manera contribuyó a la muerte de sus bebés.</p> <p>Lo que ellas hicieron fue llorar y llorar, y apartarse de la gente que no podían comprender lo que ellas estaban sufriendo, y su vida cambió drásticamente, pues ya todo lo demás que en un tiempo disfrutaban, dejó de tener sentido para ellas.</p> <p>El resto de las pacientes manifestaron que pensamientos e imágenes de lo ocurrido venían a sus mentes en momentos en que no lo esperaban y como sabían que eso las afectaría mucho, trataban de ocuparse en muchas actividades, con tal de no darle cabida. Que desde que murieron sus bebés esto ha sido una lucha constante hasta la fecha.</p>
Mensaje de cambio.	<p>Se explicó que la tristeza es el sentimiento más común que se ha encontrado en las personas en duelo, y que este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar.</p> <p>Es frecuente que las personas se nieguen a llorar delante de los demás, por miedo a abusar o a incomodarlos o de alguna manera perderlos. La tristeza sirve mucho siempre y cuando no se convierta en una constante auto-lástima o una entrega total a la pena.</p> <p>Llorar no es suficiente, se necesita ayuda para identificar el</p>

	<p>significado de las lágrimas, y este significado se entiende a través del análisis de los pensamientos. En lugar de quitarse de la cabeza cualquier pensamiento sobre la pérdida, es mejor dar sentido a la pérdida, permitiendo trabajar esos pensamientos, pues al intentar desterrar las imágenes dolorosas, sólo se consigue darle más poder. Mantenerse triste y deprimido durante un largo tiempo, no es una prueba de amor, no es una prueba de nada.</p>
<p>A partir de esta sesión se inicia la Lectura del Credo hasta finalizada la terapia de grupo.</p>	<p>A partir de esta sesión hasta finalizada la terapia, como cierre de cada sesión, todo el grupo rezó el credo de la terapia de duelo, que es un credo similar al de alcoholicos anónimos y que fue una herramienta muy útil para la recuperación emocional de las pacientes. (Ver credo en anexos)</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>La gran mayoría se sintió muy satisfechas por haber comprendido todo lo que le pasaba en relación con la tristeza y manifestaron que habían estado equivocadas en la forma en cómo habían manejado este sentimiento.</p>

CUADRO No VIII

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 5
CANALIZANDO LOS SENTIMIENTOS DE IRA, ENFADO O RABIA**

Canalizando la Rabia	Descripción Grupal
<p>¿Se sintió enfadada? ¿Con quién se enfadó en el momento de la pérdida?</p>	<p>La gran mayoría refirió haberse enfadado con ellas mismas y con el doctor que las atendía. Tres de las pacientes manifestaron haberse enfadado con sus maridos. Todas manifestaron haberse enfadado con Dios, pues si era tan bueno porque hacía "eso" con sus bebés, que no tienen culpa de nada.</p>
<p>¿Se siente actualmente enojada? ¿Con quién se encuentra muy enojada?</p>	<p>Dos de las tres pacientes continúan enojadas con sus maridos, una manifiesta odiarlo tanto, que de estar muerto su marido desea "se esté pudriendo en el infierno", pues considera o sospecha que él asesinó a su bebé.</p> <p>La otra se divorció de su pareja y lo culpa porque de manera indirecta contribuyó a la muerte de su bebita, pues dudaba de su paternidad y seguramente Dios decidió llevársela para que no viniera a sufrir. La otra paciente manifiesta no sentir enojo hacia su marido.</p> <p>Cuatro de las pacientes aún continúan enojadas con Dios y manifiestan que desde la muerte de sus bebés no han asistido a la iglesia y no quieren ni pensar en Él, pues ha sido injusto con ellas, tres de ellas porque no les ha dado la oportunidad de poder tener hijos y la otra porque no ha podido tener hijos sanos.</p> <p>Algunas manifestaron que en ocasiones se sentían molestas o enojadas con las mujeres embarazadas que veían por la calle o con las madres que tenían hijos de la edad aproximada que podrían tener sus hijos si vivieran.</p> <p>La gran mayoría de las pacientes aún continúan enojadas consigo mismas, pues se sienten de alguna forma responsables por la muerte de sus bebés.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Se les transmitió que es normal que la mayoría de las personas sientan rabia ante una pérdida, rabia consigo misma, con la naturaleza, con los médicos, con la falta de comprensión de otros, con la suerte, la injusticia, la situación actual y hasta con Dios. Que la mejor forma de canalizarla es aceptándola, hablando de ella en el grupo.</p> <p>La ira o rabia provienen de dos fuentes: una la frustración, y la otra, una sensación de impotencia regresiva. Sea cual fuere la fuente, si la ira se desplaza hacia sí mismos va disminuyendo la autoestima, las personas tienden a</p>

	<p>deprimirse o a ponerse muy ansiosas y en casos extremos el enfado vuelto hacia dentro se puede convertir en una conducta suicida, ya sea en pensamiento o en acción.</p> <p>La violencia física y verbal con las otras personas puede momentáneamente descargar frustraciones, pero desarraiga y aleja al doliente de un contacto humano más sanador. Que comprendan que han sufrido suficiente y no conviene dar y recibir más sufrimiento.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Las pacientes comentan que durante la sesión se sintieron un poco incómodas, pues tuvieron que revivir esos sentimientos de rabia y de ira.</p> <p>Algunas manifestaron que si esa terapia de grupo en realidad las iba ayudar o a empeorar, que ellas pensaban que lo que la terapeuta les iba a recomendar en esa sesión, era que trataran de no "odiar a nadie" y no de hablar abiertamente sobre la rabia, pues era como "tiznar el fuego" o "despertar al gigante dormido".</p> <p>Otras manifestaron que era bueno hablar sobre la rabia, pues al hacerlo se sentían más aliviadas y se sentían libres de expresarlo sin censura.</p>

CUADRO No IX

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 6
COMPRENDIENDO Y MANEJANDO LOS MIEDOS Y LA ANSIEDAD**

Comprensión y manejo de miedos y ansiedades	Descripción Grupal
<p>¿Tuvo miedos y/o experimentó ansiedades durante el primer año de la pérdida? ¿Los manejó de alguna manera?</p>	<p>Todas las pacientes manifestaron sentir miedos y síntomas de ansiedad durante el primer año de la pérdida. Tenían miedo de que otros miembros queridos de la familia murieran, pues no sabían cómo iban a poder tolerarlo. Tenían miedo que pudiera ocurrirles algo malo, incluyendo la propia muerte.</p> <p>Algunas sintieron que su vida no tenía sentido, que no servían para nada, que no servían como mujeres, pues no pudieron traer saludablemente a sus bebés. Que de alguna manera sus bebés las rechazaron como madres. Cualquier cosa les daba pánico, sentían que no podían hacer nada bien.</p> <p>La mayoría de las pacientes manifestaron que aunque sintieron mucho miedo por un tiempo, trataron de hacerle frente y manejaron estos miedos y ansiedades ocupándose en cuanta actividad pudieran realizar, ocupando su mente y sus cuerpos, para estar lo suficientemente ocupadas y cansadas.</p> <p>Dos de las pacientes manifestaron que buscaron ayuda psiquiátrica para que las medicara y así aliviar algunos síntomas que las incapacitaba en su trabajo y familia.</p> <p>Algunas pacientes manifestaron que tenían tanto miedo de recordar que alguna vez estuvieron embarazadas y que trataban de esquivar todo aquello que pudiera recordárselos y hacerse la idea de que nunca lo estuvieron.</p>
<p>¿Actualmente tiene miedos y experimenta síntomas de ansiedad? ¿Cómo los está manejando?</p>	<p>Actualmente la mayoría de las pacientes son conscientes de sus miedos y de los síntomas de ansiedad que experimentan.</p> <p>Miedo a que les vuelva a ocurrir algo similar, para aquellas que no tienen hijos y están programando tenerlos. Miedo a que sus seres queridos mueran, en especial otros hijos.</p> <p>Miedo de no poder superar el duelo y el vacío que sienten.</p> <p>Miedo de olvidar a ese ser querido, algunas piensan que el elaborar el duelo es renunciar a ese ser querido, es no ofrecerle tributo a ese bebé.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Como hemos manifestado en otras sesiones, la convicción de que los hechos dolorosos sólo le ocurren a los demás, es</p>

	<p>frecuente, pero el destino se encarga de demostrarnos el error de esa convicción; entonces todos los miedos y todas las aprehensiones surgen a la vez, en el intento de evitar futuras desgracias; y se transforman en pensamientos catastróficos, en controles, prohibiciones o sobreprotección, generando una gran cuota de angustia y miedo.</p> <p>Esto paraliza también a los seres que aman, en primer lugar a los hijos vivos que se sienten responsables por las preocupaciones de los padres y que para aliviarlos sienten que deben cumplir con sus expectativas, limitando así su libre albedrío.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Las pacientes se sintieron complacidas en comprender en esta sesión, que en esta vida no hay garantía ni seguridad de nada, que no debían contaminar con sus miedos a sus seres queridos, ni limitar, por el temor el derecho que tienen de elegir libremente su vida, y que debían cambiar sus miedos por los cuidados y prudencias razonables.</p>

CUADRO No X

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 7
EXPLORACIÓN Y MANEJO DE SENTIMIENTOS DE CULPA**

Comprensión y manejo de la Culpa	Descripción Grupal
<p>Explorando los sentimientos de Culpa: ¿Se siente culpable? ¿Por qué se siente culpable?</p>	<p>Todas las pacientes manifestaron sentirse culpables en mayor o menor grado por la muerte de sus bebés. Consideran que no fueron lo suficientemente responsables y precavidas con su embarazo o con el cuidado de sus bebés.</p> <p>Que debieron tener más cuidado con la elección de su médico o del hospital, que debieron prestarle mayor atención a los pequeños detalles, que se confiaron en sus cuerpos eran jóvenes o en su experiencia previa.</p> <p>Que esperaron demasiado para tener bebés, teniendo como prioridad su desarrollo profesional. Algunas manifestaron que su embarazo las tomó por sorpresa y que en un inicio tal vez no lo desearon, pero que posteriormente sí, y se sienten muy culpables por haber rechazado a sus bebés aunque fuera por unos instantes.</p> <p>Una de las pacientes manifestó que sentía culpable, porque por su cobardía de enfrentarse a su marido su bebé murió y eso no se lo podía ni "debía" perdonar.</p> <p>Otra expresó que se sentía muy culpable pues la muerte de su bebé se debió a que ella, no le comunicó a su doctora que había tenido un aborto anterior, pues le apenaba decirle que había sido provocado; esta paciente considera que la muerte de su bebé era un castigo de Dios por lo que en su juventud había hecho, además se sintió culpable por no haber sido lo suficientemente valiente de tener un hijo sin haberse casado y por el temor al "que dirán".</p>
<p>Ejercicio de Reconciliación y perdón consigo mismo y con los demás.</p>	<p>Además de lograr que las pacientes identificaran y hablaran sobre sus emociones, era importante ofrecerles una herramienta, con la que ellas pudieran mitigar el dolor.</p> <p>Para lograr este objetivo se realizaron ejercicios con la finalidad de reconciliarse consigo misma, de pedirle perdón a su bebé fallecido y de perdonar a los demás. Se utilizaron las técnicas de visualización y relajación, la técnica del espejo y de la silla (Cuna) vacía.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Sentirse culpables es una reacción normal, hasta puede servir para no caer en los mismos errores en un futuro. Pero dejarse dominar por este sentimiento impedirá la recuperación y les hará mucho mal. Culpar a los demás y así mismo no devuelve</p>

	<p>al fallecido, ni reduce el dolor, sino todo lo contrario. La mayoría de las veces la culpa es irracional, lo que pasó no fue ningún castigo para nadie.</p> <p>Tras un por qué (¿por qué a mí? ¿por qué no tomé precauciones?, etc.) siempre hay otros por qué, es una búsqueda imposible y basada en suposiciones e imaginaciones en donde no hay respuesta, ni alivio.</p> <p>En esta sesión, se partió del hecho de la aceptación de nuestras limitaciones, de nuestra humanidad falible, del humilde reconocimiento de nuestras equivocaciones y al reflexionar sus vínculos a la luz de esta realidad, y a través de las técnicas mencionadas, se pudo ir mitigando el dolor de las pacientes.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Todas las pacientes manifestaron haberse sentido muy emocionadas al realizar los ejercicios y sintieron un gran alivio emocional, espiritual y hasta físico. Una de las pacientes que en otras sesiones no expresaba ninguna emoción pudo expresarla en esta sesión.</p>

CUADRO No XI
SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 8
COMPRENDIENDO EL DUELO PROPIO Y EL DE LOS DEMÁS

Comprendiendo el Duelo propio y el de los demás	Descripción Grupal
<p>¿De que manera reaccionaron sus familiares y amistades con relación a la pérdida? ¿Cómo se sintió usted con esa reacción?</p>	<p>La gran mayoría manifestó que sus familiares en los primeros días de la pérdida las apoyaron, pero minimizando la pérdida, preocupadas por su recuperación física, más que por la emocional. Recalcándoles que tenían un angelito que las cuidaría, que tenían que velar por sus otros hijos, que eran jóvenes y podían tener otros hijos, que tenían que recuperarse físicamente, que no debían llorar pues su bebé "penaría", que hay que aceptar la voluntad de Dios, etc.</p> <p>Ante estas reacciones ellas se sintieron apoyadas en un inicio, pero después no se sentían comprendidas, pensaban que muchas de esas expresiones las decían por cumplir, por quedar bien o porque era la costumbre, que nadie podía comprender lo que ellas estaban viviendo.</p> <p>Por otro lado, este apoyo fue sólo por un pequeño tiempo, pues después cada uno se ocupó de su vida y no hablaban al respecto, es más trataban de esquivar cualquier tema que se relacionara con la pérdida.</p>
<p>¿El grupo familiar y sus amistades hablan sobre la muerte del bebé? ¿De que forma se le recuerda? ¿Lo visitan al cementerio? ¿Celebran su Aniversario?</p>	<p>Actualmente en muy pocas ocasiones los familiares y amistades hablan sobre la muerte del bebé, según expresaron las pacientes.</p> <p>Las dos pacientes que cedieron sus bebés al hospital, dijeron haberse arrepentido de esa decisión, pues no tienen un lugar donde visitarlo, las consuela el hecho, de que por medio de su estudio otros bebés resulten beneficiados, pero cada vez que pasan por el Complejo Hospitalario de la C.S.S. es como si pasaran por su sepultura.</p> <p>Sorprende el hecho que sólo una paciente visita la cripta de su bebé y esta misma celebra su aniversario. Las demás pacientes por diferentes razones no visitan la sepultura de sus bebés, ni celebran su aniversario. La paciente que tuvo sus dos pérdidas durante el primer trimestre manifestó que desearía tener un lugar donde rendirle homenaje y afecto a sus hijos pero que lastimosamente no lo hay y no quiere ni pensar a dónde fueron a parar los restos de sus bebé.</p>
<p>¿Cambió la relación familiar después de</p>	<p>En todas las pacientes su relación de pareja se vio afectada. Dos de las pacientes se divorciaron a raíz de la pérdida. Una</p>

<p>la pérdida?: ¿Se modificó la relación de pareja y en qué sentido? ¿Cambió la relación con los demás hijos? ¿Cuáles son los miedos y aprehensiones de los miembros de la familia?</p>	<p>de las pacientes se sintió aliviada por la desaparición física (muerte) de su marido, pero está presentando conflictos conyugales con su actual pareja, por la no resolución adecuada del duelo.</p> <p>Las demás pacientes están presentando serias dificultades con sus parejas, una de ellas desea tener otro bebé y su esposo no, la otra tiene miedo de tener otro hijo y su esposo desea tenerlo.</p> <p>Otra no desea casarse con su pareja por no poder darle hijos. Las otras dos pacientes tienen dificultades en las relaciones sexuales con sus parejas.</p> <p>Para las que tienen hijos, la relación con ellos cambió, tienden a estar muy agresivas, controladoras, poco afectivas o con cierta preferencia por unos, especialmente los que de alguna manera le recuerdan a su bebé perdido.</p> <p>Según las pacientes los miedos o aprehensiones que tienen los miembros de la familia, es que no puedan superar la muerte de sus bebés y hagan algo que las pueda afectar más a ella y a sus familiares.</p> <p>Las pacientes expresaron su desilusión por la poca comprensión que sus esposos, hijos y demás familiares tenían sobre su dolor. Algunas pacientes llegaron a manifestar que nadie más que ellas, podían sentir tanto dolor por las pérdidas de sus bebés, pues fueron ellas las que lo llevaron en sus vientres.</p>
<p>¿Su vida social y sus aspiraciones personales se modificaron después de la pérdida? ¿En qué sentido? ¿Cuáles son sus creencias y la de sus amistades con respecto a una vida después de la muerte?</p>	<p>Todas las pacientes manifestaron que sus aspiraciones personales y su vida social se modificó después de la pérdida.</p> <p>Para unas, acrecentándose y para otras disminuyendo. Algunas se dedicaron a su trabajo profesional, a estudiar y capacitarse, además de una agenda social activa. Otras se dedicaron de lleno a los quehaceres del hogar, olvidándose de su crecimiento personal y profesional; descuidando sus relaciones con sus familiares y amistades.</p> <p>Una de las pacientes manifestó haber tomado un Post Grado en Prevención Prenatal de enfermedades congénitas, para poder entender en que falló y ayudar a otras madres a evitar dificultades y enfermedades que pudieran afectar al bebé o a ellas mismas.</p> <p>Todas manifestaron creer en una vida después de la muerte, y eso era uno de los elementos que las confortaban y que esas creencias eran compartidas por sus amistades.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Se resaltó el hecho de que cada persona reacciona de maneras</p>

	<p>diferentes ante una pérdida. Cada quien elabora o vive el duelo de una forma particular y distinta. Ni mejor ni peor que otras.</p> <p>Dentro del mismo grupo familiar, y con respecto a la misma pérdida, suelen existir notables diferencias en las manifestaciones de las vivencias. Esto es motivo de silencios y reproches en el ámbito familiar, también de conclusiones equivocadas al calificar el dolor de los demás, al observar sus actitudes.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Durante esta sesión las pacientes se sintieron tranquilas, sugirieron de que esta terapia se realice durante el primer año de la pérdida, para evitar tantos malos entendidos y conflictos familiares.</p> <p>La mayoría se sintió agradecida, pues estaban conociendo y comprendiendo ciertos elementos claves para comprenderse a sí mismas y a sus familiares, además de poder en situaciones similares ayudar a otros, siendo agentes multiplicadores.</p>

CUADRO No XII

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 9
ADAPTARSE A UN MEDIO EN QUE EL FALLECIDO ESTÁ AUSENTE**

Preguntas de reflexión	Descripción Grupal
<p>¿Qué sentido ha tenido y va a tener esa pérdida en su vida? ¿Cambiaron sus valores después de la pérdida?</p>	<p>La gran mayoría manifestó en un inicio que no le han podido encontrar ningún sentido a la pérdida de sus bebés, que esperan luego concluida la terapia tener los recursos para poder encontrarle un significado a tan terrible pérdida.</p> <p>Dos de las pacientes manifestaron que a pesar del dolor que las embargaba, y de lo arrepentida que a veces se sienten de haber cedido al hospital a sus bebés, ha servido para que otros niños se beneficien del estudio de sus cuerpecitos.</p> <p>Una de las pacientes manifestó que Dios no le ha regalado el privilegio de engendrar un bebé en su vientre, pero que le está regalando el privilegio de engendrarlo en su corazón, pues el decidirse adoptar un o una bebé, ha entendido la cantidad de niños que esperan que se les de una familia, la cantidad de niños que esperan cariño y atención, por lo tanto ella está participando en esta terapia, para estar emocionalmente preparada para ser madre y dar lo mejor de sí a ese bebé.</p> <p>Otras de las pacientes manifestaron que a raíz de lo que le sucedió en sus embarazos, se motivó a conocer más acerca de la fisiología del embarazo y optó por especializarse a través de un Post Grado sobre la forma de prevenir enfermedades congénitas durante el período prenatal. Posteriormente dará a la embarazadas que acuden a su la Policlínica donde labora, charlas orientadas a prevenir dificultades y enfermedades durante el embarazo y los cuidados que deben tener con el bebé, luego de nacido.</p> <p>Expresaron que sus valores cambiaron drásticamente, en un inicio de forma negativa para ellas y para los demás; pero luego de estar asistiendo a la terapia sus valores se han vuelto a modificar, esta vez de forma positiva.</p>
<p>¿Qué nuevos recursos ha encontrado en sí mismos y en la orientación de su vida luego de la pérdida?</p>	<p>Las pacientes manifestaron que a lo largo de la terapia de grupo, han encontrado y esperan encontrar los recursos para reorientar sus vidas.</p> <p>Han aprendido a relajarse, a compartir sin imponer, a escuchar a los demás, a identificar y expresar sus emociones. Muchas señalaron que uno de los recursos que más apreciaron fueron aprender a perdonar y a pedir y pedirse perdón. Sobre todo han</p>

	aprendido a tener prioridades y que la prioridad fundamental es que ellas emocionalmente estén bien, para luego proyectarlo.
Mensaje de Cambio	Las pérdidas a causa de una muerte pueden cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno, valores y creencias influidas por nuestras familias, nuestros pares, la educación, y la religión, así como las experiencias vitales.
¿Cómo se sintió durante la sesión?	<p>Expresaron sentirse muy reconfortadas al tratar de encontrarle un sentido a la pérdida de sus bebés. Reconocer que aunque vinieron por poco tiempo a sus vidas, cada uno vino con una misión específica y que en ellas estaba descubrir que cual era dicha misión.</p> <p>Manifestaron que nunca se pusieron analizar la muerte de su bebé desde esta perspectiva, viéndolo así, todo tiene un nuevo sentido.</p>

CUADRO No XIII

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 10
EXAMINAR DEFENSAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

Estilos de afrontamiento	Descripción Grupal
<p>¿Utiliza drogas, alcohol, cigarros o medicamentos para disminuir la ansiedad y eliminar la rumiación del pensamiento con respecto a la pérdida?</p>	<p>Dos de las pacientes manifestaron que desde la muerte de sus bebés hasta la fecha han estado tomando pastillas para dormir.</p> <p>Tres de las pacientes tras la pérdida de sus bebés empezaron a fumar, una de ellas empezó también a tomar bebidas alcohólicas, con tal de divertirse y no pensar en lo sucedido, tratando de relajarse para poder quedar embarazada.</p> <p>Otra paciente utilizó en los primeros años de la pérdida medicamentos para la depresión, recetados por su doctor.</p> <p>Ninguna de las pacientes ha utilizado otro tipo de drogas para disminuir la ansiedad.</p>
<p>¿Evitan ver fotos del bebé o tener algo a la vista que lo recuerde? ¿Qué relación se guarda con lo que le perteneció? ¿Se evita hablar del tema? ¿De qué manera se le recuerda?</p>	<p>La gran mayoría no tiene fotos de sus bebés pues murieron de forma repentina y dentro del vientre de sus madres. Para las que lograron sacarles a sus bebés algunas fotografías, sólo dos de las pacientes se regocijan al ver las fotos de sus bebés aunque esto le cause mucha tristeza.</p> <p>Otra de las pacientes que tiene fotos de su bebé cuando vivía, manifestó que las tiene escondidas para que nadie las vea.</p> <p>Tres de las pacientes aún conservan la recámara y las pertenencias de sus bebés de manera intacta. Dos de ellas esperando que estas pertenencias las puedan usar los bebés que esperan tener, una por adopción y la otra con la esperanza de poder engendrar.</p> <p>La otra paciente manifiesta tener mucho miedo de tener otro bebé, pero que no ha podido ni ha dejado que muevan nada de la recámara de su bebé.</p> <p>La gran mayoría de las pacientes evitan hablar del tema y de recordarlo. Una de las pacientes manifestó que una manera de recordar a su bebé es por medio de su hijo de 16 años que era el gemelo de éste, que en ocasiones quisiera "clonarlo" para poder borrar de su</p>

	<p>memoria, aquella terrible noche en que su bebé murió.</p>
<p>¿Cómo vive las fiestas especiales: cumpleaños, Navidades, día de la Madre, del Padre, etc.? ¿Celebran el aniversario de la muerte del bebé?</p>	<p>Todas las pacientes manifestaron que las fechas especiales les causan mucho malestar, que de ser posible les gustaría saltarse esas fechas del calendario o irse a un lugar donde no celebren esas fiestas o acontecimientos.</p> <p>Algunas expresaron que hacen un esfuerzo muy grande para celebrarlo y compartir con sus hijos y familiares, que aunque por fuera expresen alegría, por dentro sienten un gran vacío y una gran tristeza.</p> <p>Algunas dijeron que para esas fechas les da la sensación de ser muy aburridas para las demás personas, se consideran "unas aguafiestas".</p> <p>Sólo una de las pacientes celebra el aniversario de su bebé, realiza una misa y le lleva una ofrenda floral a la cripta. Las demás lo recuerdan, pero desean que ese día pase lo más rápido posible y se ocupan para no pensar en la muerte de su bebé.</p>
<p>¿Qué pensamientos tiene con relación a la pérdida? ¿Con qué frecuencia los tiene? ¿Le causan malestar físico y emocional esos pensamientos?</p>	<p>La gran mayoría de las pacientes manifestó tener pensamientos demandantes e irracionales con relación a la pérdida.</p> <p>Entre los pensamientos demandantes estaban: "eso no debió ocurrirme a mí", "no es posible que me pasara esto", "yo soy una especialista de la salud, cómo no pude prevenirlo", etc.</p> <p>Entre los pensamientos irracionales están: "no volveré a engendrar otro bebé porque me pasará lo mismo", "mi vientre no es sano, está maldito, por eso es que no puede engendrar un bebé", "mi bebé sabía que no iba a ser buena madre, por eso me abandonó", etc.</p> <p>La gran mayoría tenía esos pensamientos con mucha frecuencia, por lo que optaban por buscar mecanismos para disminuirlos o desaparecerlos.</p> <p>Para ayudar a las pacientes a manejar estos pensamientos, durante la sesión se utilizó la reestructuración cognitiva para reducir el malestar y los sentimientos disfóricos, contrastando la realidad, con sus pensamientos irracionales y demandantes.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Se les explicó sobre la manera en cómo nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo nuestros pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Si</p>

	<p>cambiamos nuestros pensamientos nuestros sentimientos y conducta cambiará; pero si utilizamos drogas, medicamentos y alcohol para disminuir y eliminar la rumiación del pensamiento, es un estilo de afrontamiento poco sano, que va en perjuicio de su salud física y mental.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Las pacientes se sintieron contentas y satisfechas por haber aprendido a identificar y trabajar sus pensamientos demandantes e irracionales.</p> <p>Manifestaron que muchos de sus malestares se debían a sus creencias irracionales y que al saber esta realidad, se han sentido muy aliviadas.</p>

CUADRO No XIV

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 11
RESOLVIENDO ASUNTOS INCONCLUSOS O PENDIENTES**

Asuntos Inconclusos o Pendientes	Descripción Grupal
<p align="center">¿Qué cosas consideran haber hecho y no hicieron o viceversa?</p>	<p>La gran mayoría de las pacientes manifestaron que fueron muchas las cosas que quedaron pendientes y que no hicieron tales como: no conocer a su bebé, no asistir a su funeral, no ponerles nombre, no haber podido conservar ningún recuerdo (mechones de pelo, fotografías, huellas de sus pies, etc.) y no visitar su sepultura.</p> <p>Una de las pacientes dijo que ella había actuado de forma precipitada al regalar inmediatamente su bebé murió, todo lo que le pertenecía y se lamenta no poseer nada en la actualidad que la recuerde, pues hasta las fotos donde aparecía embarazada de ella, las quemó; además de impulsivamente habérsela cedido al hospital para su estudio.</p> <p>Me sorprendió que en esta sesión las pacientes hablaran de sus sueños o pesadillas con relación a los asuntos que quedaron pendientes y que de alguna manera sus bebés, según ellas, les están reclamando. Cinco fueron las pacientes que narraron sus sueños. A continuación enunciaré dos de los sueños que pudieron interpretar las pacientes.</p> <p>Una paciente comentó que frecuentemente sueña con un bebé que juega a las escondidas con ella, pero no deja mostrar su rostro, sólo parte de su cuerpo, sus sueños varía en ocasiones y narra textualmente: "a veces lo veo desnudo, de espalda jugando o volando por el aire con otros tres bebés, uno de ellos tiene una varita con la que toca las hojas de un árbol y éstas caen, después ese bebé toca con esa varita el hombro de mi bebé y éste cae, yo salgo a rescatarlo para que no caiga en el piso, pero cuando llego es tarde, pues el bebé no respira, lo tomo en mis brazos y cuando deseo mirarlo a la cara, él desaparece...</p> <p>La paciente interpretó el sueño de la siguiente manera: "yo no quise verlo o conocerlo cuando nació, pero accidentalmente lo vi rápidamente cuando la enfermera lo llevaba a limpiar, tampoco fui a su funeral y nunca e ido a su sepultura, seguramente quiere que lo vaya a</p>

	<p>conocer, a visitar o que le vaya hablar, que aunque esté muerto él necesita de mi, que yo lo reconozca y acepte como mi hijo, que no tenga miedo de él, que no me sienta culpable, que nadie tiene la culpa de su muerte, que él estaba y está con los ángeles".</p> <p>Otra paciente sueña, que en horas de la tarde acercándose el anochecer, en una piscina llena de muchas mujeres y del fondo de la misma sale algo que tiene mucha luz, todas se van hacia la orilla y están esperando ver que es aquella luz, una de las mujeres dice: es un cocodrilo y ella se asusta y grita "le tengo miedo a los cocodrilos" y poco a poco la luz se va acercando a la superficie y aparece un hermoso bebé, el bebé se detiene en el medio de la piscina y mira a todas las demás mujeres, todas se asombran y se miran unas a otras esperando a ver que pasa, entonces el bebé empieza a nadar hacia donde ella está y ella muy asombrada lo toma en brazos y las demás mujeres aplauden...</p> <p>La paciente comenta tristemente que no sabe como interpretar este sueño y mucho menos cómo relacionarlo con algún asunto pendiente, que posiblemente signifique que su bebé le esté diciendo en sueños que no tenga miedo de tener otro bebé, pues todo saldrá bien. O seguramente como no le puse nombre, no tiene identidad, pero que él sabe que me pertenece, que soy yo su madre y no las otras mujeres que están en la piscina, y desea que le ponga uno, puede ser que quiere que lo vaya a visitar, en lugar de mis primas, mi madre y demás familiares del sexo femenino, que vendrían a representar las otras mujeres de la piscina.</p>
<p>¿Qué tareas le quedan por cumplir? ¿Qué dificultades encuentran en el cumplimiento de esas tareas? ¿Es capaz de cumplirlas? ¿Quién podría ayudarla respetando su propio ritmo?</p>	<p>La gran mayoría manifestó que entre las tareas que quedan por cumplir es ponerles nombre y visitar su sepultura.</p> <p>Algunas manifestaron que tendrían que modificar el nombre que le iban a poner a su bebé, para que éste tuviese una identidad propia, pues dicho nombre fue utilizado en otro miembro de la familia.</p> <p>Otras se mostraron motivadas en buscar un lindo nombre para sus bebés y una de ellas, que tuvo tres pérdidas, manifestó que no estaba interesada en buscar nombres para sus "fetos".</p> <p>En cuanto a visitar la sepultura, muchas consideraron</p>

	<p>que aunque pareciera sencilla esta actividad es difícil ir solas a visitarlos, pero que es factible, si alguien de confianza las acompañaba. Durante esta sesión muchas de ellas se apoyaron una a otras y decidieron acompañarse a realizar esta actividad.</p> <p>Otras manifestaron que para ellas, era imposible visitar su sepultura, pues en algunos casos los cuerpecitos de sus bebés no se los entregaron y no saben a donde fueron a parar y en otros que sus bebés fueron donados al hospital; pero estas pacientes decidieron acompañar a las que sí tenían donde visitar.</p>
Mensaje de Cambio	<p>Cuando quedan asuntos inconclusos se hace muy difícil la resolución adecuada del duelo. Es importante ir resolviendo dichos asuntos para ir gradualmente diciendo un adiós a nuestro ser querido.</p>
¿Cómo se sintió durante la sesión?	<p>Algunas pacientes expresaron su gratitud por el apoyo que recibieron de sus compañeras de terapia, para poder resolver algunos asuntos inconclusos.</p> <p>Otras manifestaron que se sintieron satisfechas de haberse aproximado a interpretar o darle sentido a sus sueños que las inquietaban y de darse cuenta que no eran las únicas que tenían sueños o pesadillas.</p> <p>Otras dijeron que tenían el reto de ir deshaciéndose poco a poco de las pertenencias de sus bebés, estas mismas pacientes manifestaron que la sesión les sirvió para no cometer el error de ponerles el nombre de su bebé muerto al que desean tener.</p>

CUADRO No XV

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 12
TRABAJAR LAS FANTASÍAS DE ACABAR EL DUELO**

Fantasías	Descripción Grupal
<p>¿Qué implicaría para usted acabar el duelo? ¿Qué perdería al acabarlo? ¿Qué ganancia secundaria obtiene para no acabarlo?</p>	<p>Para todas las pacientes el acabar el duelo implicaría mejorar su calidad de vida, dedicarse a ellas mismas y a sus familiares, aumentar su productividad en el trabajo, en conclusión: ser felices.</p> <p>Algunas manifestaron que acabarlo implicaría liberar el alma de su bebé, para que no estuviese "penando".</p> <p>La mayoría no pudo identificar o decir que ganancia secundaria obtienen para no acabarlo, incluso se sintieron ofendidas con tan solo sugerirles esta reflexión.</p> <p>Sólo una de las pacientes manifestó que muchas veces había pensado que su matrimonio desde antes de salir embarazada estaba en una gran crisis y que de alguna manera, ha utilizado la muerte de su bebé para distanciarse de su esposo y de la familia de éste y lograr que su familia la comprendiera y apoyara si decidía divorciarse de él.</p>
<p>¿Cuáles son sus fantasías y miedos?</p>	<p>Muchas manifestaron que sentían miedo de no poder superar el dolor por la muerte de sus bebés, pero al mismo tiempo sentían miedo que ellas, sus familiares y amistades los olvidaran completamente.</p> <p>Algunas temen que al intentar tener otro hijo pueda ocurrirle lo mismo o que esta tragedia le pueda ocurrir a cualquier otro ser querido.</p> <p>Algunas manifestaron la fantasía o la creencia que el alma de sus bebés haya reencarnado en alguno de sus familiares e incluso en alguno de sus otros hijos nacidos después de la muerte del bebé o que pueda reencarnar en sus nietos.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Algunas personas conscientes o inconscientemente no resuelven adecuadamente el duelo por la pérdida de un hijo, porque obtienen una ganancia secundaria, puede ser mayor atención de su esposo, de sus otros hijos, de sus padres o de cualquier otro ser querido entre otros.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>La gran mayoría dijo haberse sentido asombradas de que alguien pudiera utilizar la muerte de un ser querido y en especial de un bebé para obtener ganancias secundarias y durante esta sesión se sintieron un poco incómodas.</p>

CUADRO No XVI

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 13
EXPLORAR Y DESACTIVAR OBJETOS DE VINCULACIÓN**

Objetos de Vinculación	Descripción Grupal
<p>¿Qué entiende por objetos de vinculación? ¿Sabe la diferencia entre un objeto de recuerdo y uno de vinculación?</p>	<p>La gran mayoría no sabían que eran objetos de vinculación, por lo tanto no pudieron diferenciarlo de un objeto de recuerdo. Se les pidió entonces comunicaran cuáles eran los recuerdos que guardaban de su bebé.</p> <p>Teniendo identificados los recuerdos, según ellas, se procedió a explicarle en que consistía un objeto de vinculación y uno de recuerdo; se les pidió entonces que analizaran si lo que tenían eran recuerdos u objetos de vinculación. Algunas manifestaron que ellas no tenían objetos ni de recuerdos, ni de vinculación.</p>
<p>¿Posee usted objetos de vinculación? ¿Cuáles son esos objetos?</p>	<p>Sólo unas cuantas pacientes pudieron identificar algunos objetos de vinculación y entre ellos están: Una de ellas dijo que tenía unas medias que su esposo le había puesto al bebé, pero que después decidió ponerle otras, esas medias las tiene guardada en su cartera y cada vez que cambia de cartera las guarda en uno de los bolsillos de la nueva cartera y si por algún motivo se le olvida no puede sentirse tranquila.</p> <p>Otra manifestó que aún conserva una de las tarjetas de invitación del Baby Shower de su bebé y la tiene guardada en su album de fotografías de su boda y con frecuencia revisa para ver si está allí. Cada vez que la ve se pone muy triste, pues considera o tiene la fantasía de que la bebé que está pintada en la tarjeta es su bebé, es como si fuese la fotografía de ella, pues tiene características físicas muy similares a las de su bebé.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Los objetos de vinculación son objetos simbólicos que guarda el superviviente y le permite mantenerse aferrado con el fallecido, y que pueden dificultar la realización satisfactoria del proceso de duelo.</p> <p>El objeto de vinculación puede ser entre otros, alguna pertenencia del fallecido, una representación del fallecido como una fotografía o algo que se tenía a mano cuando se recibió la noticia de la muerte, o cuando vio el cuerpo del fallecido, etc.</p> <p>Las personas, cuando un ser querido muere guardan algo para recordarlo, esos son objetos de recuerdo. Los</p>

	<p>objetos de vinculación son diferentes de los recuerdos, porque están investidos de mucho más significado y causan mucha ansiedad cuando se pierden o no se tienen cerca, pues estos objetos les da seguridad y protección. Y la persona necesita saber dónde está dicho objeto en todo momento.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Se sintieron satisfechas de recibir información novedosa para ellas, y que ha contribuido a comprender todo lo relacionado con el tema del duelo y, en especial sobre todo lo relacionado a la muerte de un bebé, lo que puede agilizar o bloquear la resolución del duelo.</p>

CUADRO No XVII

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN No 14
RECOLOCACIÓN EMOCIONAL DEL FALLECIDO Y CONTINUAR
VIVIENDO**

Tara para ayudar a decir un adiós final	Descripción Grupal
<p>Escribir un poema, una carta o un pensamiento al bebé que murió, manifestándole un adiós final</p>	<p>Las pacientes realizaron esta actividad con mucha emoción. Se pudo observar la tranquilidad y la facilidad con la que escribían.</p> <p>La mayoría lloraba mientras escribían, pero se notaba que la intensidad y la tristeza eran diferentes que en la sesión donde se les pidió que realizaran una actividad similar. El contenido de las cartas no se compartían con el grupo, pero dichas cartas se iban a guardar para ser utilizadas en la última sesión.</p>
<p>Traer a la sesión objetos de recuerdos y compartirlo con el grupo. De no tenerlo, fabricar o comprar uno para que quede como recuerdo</p>	<p>En la sesión anterior se había solicitado traer algún recuerdo (no de vinculación) para compartir con el grupo y en el caso de no tenerlo, confeccionar o fabricar algo para recordar a ese ser querido. Todas las pacientes llevaron objetos de recuerdos y los compartieron con el grupo.</p> <p>Para las pacientes que habían tenido más de una pérdida, ellas confeccionaron un recuerdo para cada uno. Sólo una paciente que tuvo más de una pérdida (tres) confeccionó un recuerdo para los tres.</p> <p>La gran mayoría de los recuerdos consistían en peluches, juguetes, angelitos, zapatitos, medias, etc.</p>
<p>Motivarlos a establecer planes o metas</p>	<p>Se motivó a las pacientes para que escribieran algunos planes o metas realistas a corto, mediano y largo plazo en donde se refleje la recuperación emocional obtenida en la terapia.</p>
<p>Mensaje de Cambio</p>	<p>Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismas, de no querer nunca más. Se quedan bloqueadas y más tarde se dan cuenta, de que su vida en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida.</p>
<p>¿Cómo se sintió durante la sesión?</p>	<p>Las pacientes se sintieron muy emocionadas de poder escribir un poema, pensamiento o carta a sus bebés para decirles adiós, para comunicarles lo mucho que los querían y que les prometían recuperarse y volver a vivir. También manifestaron sentirse muy contentas en poder compartir con el grupo, los recuerdos que tenía o confeccionaron en tributo a sus bebés fallecidos.</p>

CUADRO No XVIII

**SÍNTESIS GRUPAL DE LA SESIÓN NO 15
CIERRE DE LA TERAPIA DE GRUPO**

Actividad	Descripción Grupal
<p>Cierre de la sesión y de la terapia con una actividad de relajación y visualización llamada la Barca y luego se sigue con el acto simbólico de los globos</p>	<p>Como cierre de la terapia se decidió realizarla en horas de la tarde en la Calzada de Amador (Cost Way), en ese lugar se hizo una relajación y visualización, que de forma sintetizada, consistía en imaginarse que eran una barca anclada en el mar, estancada por mucho tiempo desde la muerte de sus bebés y que ahora decidían soltar las anclas, para continuar con su viaje.</p> <p>Posteriormente las cartas o poemas de despedida escritas en la sesión anterior se colocaban en el globo y se procedió a soltar en el mar todos los globos a la vez, diciéndoles un adiós a ese ser querido.</p>
<p>Evaluación Objetiva de la terapia</p>	<p>Luego de las actividades simbólicas se procedió a aplicar los instrumentos de medición que se utilizaron al inicio de la terapia, como lo fueron La Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad Estado - Rasgo. Los resultados de las mismas ya se mostraron en los cuadros descriptivos, dichos post test mostraron que hubo efectividad en la terapia, pues se logró disminuir los niveles de depresión y ansiedad.</p>
<p>Mensaje Final</p>	<p>El duelo ha acabado cuando pueden pensar en el bebé fallecido sin dolor, aunque siempre habrá una sensación de tristeza, es un tipo de tristeza diferente, no tiene la cualidad de sacudida que tenía previamente.</p> <p>Se destacó que el duelo es un proceso a largo plazo, y su culminación no será un estado como el que se tenía antes del mismo. Y que debían tomar en cuenta que aunque el duelo progrese habrá malos días, pues no se trata de un proceso lineal: puede aparecer algunos síntomas y se tendrá que volver a trabajar.</p>
<p>Evaluación subjetiva de las pacientes a través de sus opiniones de cómo se sintieron antes, durante y después de finalizada la terapia</p>	<p>Las pacientes informaron que al inicio de la terapia, no sabían que iba a pasar o de que manera se iba a abordar el problema. Sintieron que la terapia en un inicio fue "un poco cruda" pues era como remover tanto dolor, que de alguna manera habían querido reprimir, algunas manifestaron que pensaron en retirarse, pero que algo interno las mantuvo asistiendo.</p> <p>Durante la terapia se sintieron motivadas a saber que temas se iban a tratar en las próximas sesiones, además</p>

	<p>de haber encontrado a un grupo que las apoyaba y entendía.</p> <p>Finalizada la terapia manifestaron que la misma las había ayudado mucho y que debía implementarse en todos los lugares de salud. Expresaron además, su incomodidad o tristeza de que la terapia hubiese culminado y sugirieron que se podía continuar con la misma.</p> <p>Se les aclaró que la terapia era de 15 sesiones solamente y que la próxima reunión que se tendría y que se esperaba la asistencia de todas era en dos meses. Se les sugirió que ellas podían reunirse en algún lugar privado para compartir sobre sus experiencias, pero que ya no era responsabilidad de la terapeuta.</p>
--	---

CUADRO No XIX

EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA TERAPIA DE GRUPO
DOS MESES DESPUÉS

Evaluación	Descripción Grupal
Experiencia subjetiva	<p>Las pacientes informaron sobre cambios significativos en la forma de ver la vida. Habían disminuido los sentimientos de culpa, de rabia, ya no juzgaban a sus seres queridos por la forma en que manejaban lo referente a la pérdida de sus bebés.</p> <p>La gran mayoría manifestó que se habían reconciliado con Dios. Se sentían en capacidad de ayudar a otras personas que estuviesen atravesando por el doloroso camino del duelo.</p> <p>Lograron mantener contacto entre ellas (las pacientes del grupo) para apoyarse, aunque en sólo una ocasión pudieron reunirse todas, pero con frecuencia se están comunicando.</p>
Cambios conductuales	<p>La gran mayoría expresó que entre los cambios conductuales más significativos estaba la forma distinta y positiva con la que estaban relacionándose con sus seres queridos, en especial con sus hijos. Las pacientes manifestaron los siguientes cambios:</p> <p>Victoria: que aunque había disminuido su miedo de volver a tener otro bebé, todavía no se sentía preparada para tenerlo, pero que la comunicación con su esposo había mejorado y le prometió tener un bebé pero, no por el momento. También disminuyó la ingesta de dulces.</p> <p>Lucy: que se sentía emocionalmente preparada para adoptar a un bebé y que había iniciado nuevamente los trámites para tal fin.</p> <p>María: que está tratando de no hacer diferencias en el trato que tiene con sus hijos y que no está justificando ni patrocinando conductas inadecuadas en su hijo mayor.</p> <p>Rosa: contrató a una empleada doméstica para que le ayudara con el aseo de la casa y con los niños, y poder tener más tiempo libre para ella misma y para su familia.</p> <p>Daniela: ha empezado a asistir a la iglesia y se ha</p>

	<p>reconciliado con Dios, ve con ojos diferentes a su hija discapacitada, le tiene más paciencia.</p> <p>Gladys: ha tratado de agilizar más su trabajo, su jefa la felicitó por el cambio en la tramitación de expedientes.</p> <p>Carolina: junto con su esposo está visitando la cripta de su bebé.</p> <p>Ana Cecilia: ha empezado a realizar ejercicios aeróbicos y ha tratado de compartir más tiempo con sus hijas.</p>
Alivio de síntomas	<p>Todas las pacientes comunicaron que muchos de los síntomas físicos y emocionales que las afectaban habían disminuido:</p> <p>Victoria manifestó que su ansiedad había disminuido y sus sueños es un más reparador, por lo tanto no se siente tan cansada.</p> <p>Rosa que sus sentimientos de angustia e incertidumbre habían disminuido y que se sentía muy contenta con la evolución de su embarazo, que aunque a veces se inquieta un poco por la salud de su bebé, ya es menos que al principio y con relación a sus otros dos embarazos anteriores.</p> <p>María que sus dolores de cabeza han disminuido, porque ahora piensa en la posibilidad que su bebé haya muerto debido a la "muerte de cuna" y no porque su ex marido lo hubiese asesinado.</p> <p>Carolina: que su obsesión por tener un bebé disminuyó un poco, que lo desea intensamente, pero que hará todo lo posible de su parte y el resto se lo deja a Dios.</p> <p>Ana Cecilia: que el enojo y la hostilidad que sentía hacia los demás, en especial con sus hermanos disminuyó notablemente. Sin embargo la rabia y el odio hacia su esposo todavía no ha logrado disminuirla, pero que está trabando en ello.</p> <p>Gladys: el "nerviosismo que tenía cuando la presionaban en el trabajo disminuyó un poco.</p> <p>Lucy: su obsesión que le regalen un bebé y fingir un embarazo desapareció por completo.</p> <p>Daniela: el cansancio o agotamiento crónico que siempre tenía disminuyó un poco.</p>

4.5 PRESENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

A continuación se presentan las historias clínicas de las pacientes que acudieron a la Terapia de Grupo, en donde se resalta los diversos tipos de pérdidas que han tenido a lo largo de su vida.

Caso No 1

Problema Actual o Queja Principal

"Vengo porque me siento confundida, tengo sentimientos encontrados con respecto a mi embarazo, tengo 8 semanas y no sé que siento en realidad, quiero sentirme feliz y aunque trato de demostrar tranquilidad y regocijo, en el fondo me siento angustiada o indiferente, en realidad no sé cómo me siento, lo único que sé es que cómo estoy, no es adecuado para el bebé. Además, he tenido problemas con mi esposo y él me ha dicho que debo reconocer que estoy deprimida y, que debo buscar ayuda".

Información General

Nombre:	Rosa
Edad:	32 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	16 de marzo de 1971

Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Casada
Dirección:	Vista Hermosa
Ocupación:	Ama de casa
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual:

Rosa reporta que desde hace mucho tiempo y en especial las últimas semanas ha enfrentado los siguientes problemas:

- Se despierta constantemente en horas de la madrugada, sin razón aparente.
- Nota que se enfada a menudo con los demás, especialmente con sus niños.
- Se siente muy inquieta, ella cree que siente a veces deseos de llorar, pero inmediatamente se ocupa en algo para no pensar.
- Hay días en que se siente como vacía, se ocupa de los niños y de su esposo como en forma mecánica, pues no siente placer en lo que hace, todo le parece tan rutinario. Manifiesta que no tiene tiempo para estar desocupada o para pensar, pero tampoco desea tener tiempo libre y no sabe por qué. Cada vez que tiene un espacio libre se siente inquieta, improductiva y busca algo que hacer.
- No desea salir a pasear a solas con su esposo, no desea tener relaciones sexuales con él y lo esquiva cada vez que puede. Reporta que no tiene deseos sexuales de ningún tipo.

- Aunque tiene dos niños pequeños, uno de un año recién cumplido y otro de tres, se le hace muy difícil recordar escenas cuando ellos eran bebés, tienen que recurrir a las fotos, para recordarlos. Y todo lo que es de bebé le resulta indiferente, ella siente que algo no está bien, pues no desea sentirse así.
- Siente que es otra persona, no logra definir que la hace sentir diferente, pero no siente que es la misma. No busca trabajo, no sabe si es porque no desea trabajar y tiene como excusa esperar que sus niños sean más grandes o es porque en realidad desea quedarse a cuidar a los niños.
- Hace mucho tiempo que no visita a su familia y dejó de llamar y frecuentar a sus amistades, ella es consciente de sus cambios, pero no logra definir porqué se siente así. Algo internamente le dice que no esta bien y que su comportamiento no es beneficioso para sus niños, ni para el bebé que espera.
- Comenta que ella era muy celosa y demandante del tiempo de su esposo, y actualmente no le importa y no le interesa lo que él haga. Sabe que todo su comportamiento está de alguna forma afectando su relación de pareja y que en ocasiones se sorprende a sí misma, pues esta situación parece no importarle.
- Con la noticia de su embarazo, siente una mezcla de emociones: miedo, incertidumbre, esperanza, indiferencia, alegría, ansiedad, entre otros. Cuenta que se siente "desbordada", que su nuevo embarazo ha sido la gota que ha derramado el vaso de agua, que emocionalmente se siente muy mal y por eso busca ayuda.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas.

Según Rosa durante su infancia y adolescencia nunca fue tratada por ninguna enfermedad psicológica. Su infancia fue un poco difícil porque pasaron muchos problemas económicos, pero su madre siempre tenía la fórmula para ofrecerles lo mínimo necesario, pero siempre de forma optimista y por eso considera que en medio de las carencias fue una niña feliz.

Durante la Adolescencia aunque lo económico mejoró un poco, porque ella y sus hermanos tenían becas escolares, su madre trabajaba lavando y planchando para ayudar a la economía del hogar, eso la deprimió por un tiempo pues veía cómo su madre con mucho amor daba el todo por el todo, para que ellos estudiaran y no pasaran trabajo en un futuro. Además notaba como sus otros familiares con una posición económica bastante cómoda, abusaban del trabajo de su madre, de ella y el de sus hermanos y eso la molestaba mucho.

Por mucho tiempo en la adolescencia guardó rencor por sus familiares y por su padre, que era muy irresponsable. Después de terminada la secundaria superó un poco este sentimiento, pues ya trabajaba y podía ayudar a su madre. Cuenta que erradicó estos sentimientos de enojo y resentimiento pues la carrera que eligió (Psicología) y su grupo de metafísica facilitó el proceso de comprensión y de perdón.

Hace 4 años la muerte de su bebé con 39 semanas de gestación la desgarró emocionalmente, pero según ella, sus conocimientos en la metafísica y sus creencias religiosas la ayudaron a afrontar tan terrible pérdida.

Anamnesis Somática

Rosa manifiesta que nunca ha sufrido de ninguna enfermedad que la obligara a estar hospitalizada, que ha sido una persona sana. De niña sólo le dieron las típicas enfermedades virales como la varicela, las paperas y los resfriados. Fue una niña muy activa, con frecuencia se caía cuando subía árboles, manejando bicicleta y patinando, sin embargo, nunca se quebró ningún miembro, sólo se raspaba, según ella su angelito de la guarda la cuidaba.

En su adolescencia y juventud muy poco se enfermaba, pues llevaba siempre estilos de vida saludables. Comía a tiempo de forma balanceada, hacía ejercicios todos los días, practicaba yoga, dormía adecuadamente, no fumaba, ni tomaba, y le encanta cultivar el espíritu a través de la meditación y así ha sido hasta que perdió a su primer bebé a las 39 semanas de gestación.

Comenta Rosa, que desde antes de quedar embarazada se había preparado psicológicamente y físicamente para ese evento, para que su cuerpo estuviera en óptimas condiciones, y no sabe de qué forma su cuerpo le falló. Al realizar los estudios pertinentes, los médicos no encontraron ni en el bebé ni en ella, las causas para que se diera la muerte de su bebé.

Durante sus otros dos embarazos no tuvo problemas; sin embargo, a las 32 semanas de gestación de su tercer embarazo estuvo hospitalizada bajo observación, pues ella manifestaba no sentir en su vientre al bebé, pero los análisis manifestaban

que todo estaba bien. Esta condición se debió al fuerte impacto que tuvo en ese momento, la muerte súbita o de cuna de su sobrina de tres meses de nacida.

Historia de la Pérdida

Rosa manifiesta que tenía todo preparado para la llegada del bebé. Al cumplir las 39 semanas visita a su doctor para un chequeo de rutina y éste le manifestó que todo marchaba bien y que debía estar preparada para iniciar la labor de parto en cualquier momento.

Al día siguiente en horas de la madrugada, ella no puede explicar si era que se sentía mal o era que soñaba que se sentía mal. Lo que sí recuerda es que tuvo una pesadilla con respecto a su bebé, en la que el bebé moría. Luego se levantó exaltada y se dio cuenta aliviada de que fue un mal sueño. Minutos después rompe fuentes y empieza a sentir un dolor en el abdomen, por lo que pensó era el inicio de la labor de parto.

Su esposo se encontraba de turno en el hospital y decide llamarlo, éste llega minutos después y emocionado la lleva al hospital, al examinarla se dan cuenta que el bebé está muerto. Esta noticia fue desgarradora, ella quería pensar que todavía estaba dormida y todo era otra pesadilla más, que lo que estaba ocurriendo no era cierto.

Lo más difícil para ella fue parir a su bebé muerto, cuenta que le pedía a Dios que la hiciera dilatar para que no le tuvieran que hacer cesárea, manifiesta que esos momentos fueron muy duros tanto física como emocionalmente. Luego de parirlo, no

sabe por qué no quiso verlo, pero sin querer lo vio de una manera rápida cuando lo llevaron a limpiar: **"era un hermoso varoncito tan blanquito, largo, delgado y con una espesa cabellera negra, sentí que el corazón me lo arrancaban de mi pecho y traté de pensar que eso no me estaba ocurriendo y que despertaría nuevamente de otra terrible pesadilla"** comenta con mucha nostalgia Rosa.

Rosa nos dice que trató de poner su mente en blanco, así que no pensaba en nada que le recordara que estuvo embarazada. Le pidió al personal del hospital que para su recobro la pusieran en otra sala, pues no podía soportaba ver a otras mujeres con sus bebés en brazos y amamantándolos.

Su esposo, vistió al bebé y posteriormente lo sepultaron, pero ella no quiso asistir al cementerio. Al llegar a su casa se encuentra con la casa toda arreglada y dándole la bienvenida al bebé, pues su vecina pensando que todo marchaba bien quiso darle esa sorpresa. Con tanto dolor por lo sucedido su esposo no le avisó a ningún familiar ni a ninguna amistad sobre lo sucedido. Comenta que trató de recuperarse rápidamente, pues si Dios así lo quiso, ella no tenía nada que objetar, y pedía a las personas que no tocaran el tema, pues ella no quería hablar al respecto.

Estando en la casa se puso a observar todo lo relacionado a su bebé y según ella descubrió muchos detalles que le llamaron la atención: el moisés que le habían regalado era de color morado, dicho moisés comenta ella, le impactó desde el momento que se lo obsequiaron por el color tan peculiar que tenía, en ocasiones llegó a pensar que el moisés parecía un ataúd, pero esos pensamientos los erradicaba rápidamente. El color de las cortinas que decoraban el cuarto del bebé tenía alegorías

de color morado, gran parte de la ropita que le habían regalado en el Baby shower tenía aplicaciones de color lila. En fin, trataba de descubrir detalles que le explicaran la muerte de su bebé.

Sus familiares la apoyaron mucho, en especial su mamá, pero se sintió muy molesta con sus cuñadas y algunas amigas por los comentarios que sugerían que de alguna manera ella tenía la culpa, le hacían comentarios tales como "¿estabas comiendo bien? ¿no sentistes ningún malestar, pues como todo dolor lo minimizas? ¿no te habrás puesto hacer ejercicios? ¿no debías haber estar sola en casa, por qué no le pediste a tu mamá que te acompañara?, etc. Pasada dos semanas fue a la Universidad a terminar su Post Grado con tal de ocupar su mente y continuar con su vida. Le molesta que sea cuestionada por no haber visitado nunca la sepultura de su bebé. Según ella, no es necesario pues su bebé vive en su corazón.

Cuatro meses después queda embarazada y a excepción de su esposo, optó por no decirle a nadie de su nuevo embarazo, pues según ella, no quería dar "falsas expectativas". Aunque trataba de estar tranquila, para darle ánimo a su esposo y para el bienestar de su bebé, sentía cierto miedo, pero trataba de no pensar eso. Cuando tenía 36 semanas de gestación, su esposo la internó en el hospital para observación hasta que llegara el momento del alumbramiento; pues como en su anterior embarazo no encontraron las causas del aborto, en esta ocasión querían tener mayor precaución.

El bebé nació sin ninguna dificultad, y le puso el mismo nombre que iba a ponerle al primero. Reconoció su obsesión en el cuidado del bebé, pues tenía mucho

miedo que le ocurriera algo. Al igual que en su embarazo anterior, no tuvo problemas médicos durante su estado de preñez, ni siquiera los trastornos comunes del embarazo.

Un año después queda embarazada nuevamente, situación que lo toma con agrado, pero sin tanta emoción ni tanta ansiedad. Lleva un embarazo normal, sin ningún tipo de dificultad, con este embarazo se sentía más tranquila, según ella, las travesuras de su niño pequeño y el cuidado que tenía que darle no permitían que pensara en otra cosa y menos si eran tristes.

Cuando tenía ocho meses de gestación, su sobrina de tres meses de nacida muere por muerte súbita o de "cuna", situación que la puso muy mal y tuvo que permanecer en el hospital por dos semanas, pues aunque todo estaba bien, ella manifestaba que no sentía al bebé. Esta situación inquieta a su esposo y él por "seguridad" acepta que le practiquen una cesárea, pues el niño ya estaba en condiciones apropiadas para nacer.

El niño nació sin complicaciones, pero ha sido un bebé un poco difícil en el sentido que no quería comer, no quiso ser amamantado, lloraba mucho y regularmente se enfermaba de enfermedades propias de los lactantes (cólicos frecuentes, reflujos, resfriados, diarreas, problemas para dormir, etc.). Es un niño normal pero según ella ha sido más difícil que el "primero" (se refiere a su segundo bebé).

Cuando iba a realizar los trámites para no tener más hijos, se da cuenta que estaba embarazada de 5 semanas, comenta que esta ocasión no sabe que sintió, ella no logra definir el cúmulo de emociones que experimentó. Su esposo está muy contento,

pues como tienen dos varones, tiene la esperanza que sea una niña. Emocionalmente se ha sentido tan confundida, que ha buscado ayuda profesional, pues no desea que su estado de ánimo perjudique la salud del bebé.

Historia Personal

Rosa es la número cinco de seis hermanos. La única mujer, cuenta que por vivir con cinco hermanos varones tuvo que aprender a sobrevivir, porque todos querían que ella "les sirviera de empleada", pero su madre la apoyaba y no permitía que esto ocurriera. Aunque nunca tuvo problemas con su identificación sexual, cuenta que su apariencia de niña no era la más femenina, su madre a veces la vestía con ropas que sus hermanos mayores dejaban pues no había dinero para "esos lujos". La ropa femenina que usaba era la que sus primas le regalaban, pero de niña su apariencia era lo que menos le importaba, ella era feliz con lo que tenía.

Según ella, tuvieron muchas carencias económicas, pero su madre supo inculcarles valorar cada cosa que tenían y enfatizó siempre el amor y el apoyo que se tenían que dar como hermanos; por lo que siempre tuvieron una actitud positiva hacia la vida. Sus hermanos la querían y la protegían, le enseñaban a cómo defenderse, razón por la cual nadie se metía con ella; sus amiguitas y primitas la buscaban para que ella las protegiera y eso la hacía sentir muy bien.

De niña era muy traviesa, le encantaba jugar al aire libre, ella considera que era como un ave silvestre, como no tenían muchos juguetes ella y sus hermanos se divertían creando sus propios juegos. Insistía mucho que para ser feliz no se necesitan

cosas materiales, pues en medio de tantas carencias materiales ella y sus hermanos eran felices.

Fue desde la primaria una excelente estudiante, su buen rendimiento académico fue reconocido y recibió una beca para terminar sus estudios secundarios. Luego de culminado su bachiller, ingresó a la Universidad Nacional de Panamá a estudiar Psicología. Para poder sufragar sus gastos empezó a trabajar desde los 18 años. Vivía en la capital con unas amigas, en un apartamento donde compartían los gastos del mismo. Cuenta que trabajaba en un pre escolar en las mañanas, en las tardes en un gimnasio como instructora de aeróbicos y en las noches asistía a la Universidad. Manifiesta que al igual que su niñez, tuvo una juventud feliz, trabajaba, estudiaba y se divertía sanamente.

Luego de terminado sus estudios universitarios contrajo matrimonio con su novio, con el que llevaba 8 años de relación. Después de un año de casada, renunció a su trabajo en el pre escolar, para dedicarse a conseguir trabajo de Psicóloga, para ese momento se da cuenta que está embarazada y esto la emociona mucho Percibe esta situación como una oportunidad para dedicarse en exclusiva a su esposo y a disfrutar plenamente su embarazo.

Tiene un embarazo normal, sin complicaciones. Como todo se desarrollaba de forma normal, decide tomar un Post Grado en la Universidad, y empieza a tramitar un nombramiento como Psicóloga, para empezar a trabajar tan pronto saliera su nombramiento; sin embargo, la terrible pérdida de su primer bebé cambió el rumbo de su vida profesional.

Historia Familiar

La familia nuclear de Rosa está compuesta de sus padres y seis hijos. Son cinco varones y ella que es la única mujer. Según Rosa, su familia materna no los trataba con cariño, pues nunca aceptaron que su madre siendo una mujer muy blanca se casara con un hombre de raza negra y como ellos salieron "café con leche" no eran bien vistos. Eran tratados como los "bichos raros" de la familia, pues todos los demás miembros eran muy rubios; además, eran los miembros más pobres, situación que la familia materna utilizó para "explotarlos", pues cuando eran niños, ella y sus hermanos tenían que limpiarles el patio, el jardín, lavar los pisos, limpiar la casa, hacer los mandados, etc.

Esta situación la hacía sentir mal y con mucha rabia, porque además de ser explotados, recibían burlas e insultos de manera directa o indirecta; pero su madre siempre tenía algo positivo que decirles y les inculcaba valores; razón por la cual ella y sus hermanos pudieron superar esta situación y lograron ser niños bien portados y excelentes estudiantes. Actualmente todos son profesionales exitosos y han formado familias muy sólidas. Considera que si no hubiesen tenido esos obstáculos, jamás hubiesen apreciado las cosas que más valor tienen, como lo es el amor y la unión familiar.

La familia de su padre económicamente ha estado muy bien, y aunque los ayudaban en ocasiones, éstos manifestaban que su padre tenía que hacerse responsable y que no podían estar asumiendo responsabilidades de otro. En

conclusión, su madre era la que tenía que asumir toda la responsabilidad de alimentación y educación.

La relación con sus hermanos ha sido muy buena, manifiesta que con ellos reza el lema "uno para todos, y todos para uno". A pesar del rechazo y de la explotación que fueron objetos por parte de sus familiares cuando ella y sus hermanos eran chicos, actualmente llevan una buena relación con estos familiares. Comenta que con su buen comportamiento y con los deseos de superación lograron poco a poco ganarse el respeto y la admiración de sus familiares.

Ha vivido momentos muy agradables con sus hermanos, pues comparten en familia todo tipo de acontecimientos; pero también le ha tocado sufrir con ellos. Informa que han tenido dos pérdidas de bebés en la familia y con el de ella son tres. La esposa de uno de sus hermanos perdió hace 5 años a su bebé con ocho meses de gestación, la esposa de su hermano menor pierde por muerte de cuna a su niña de tres meses de nacida. Ella manifiesta que toda esta situación las ha tratado de superar de manera estoica.

En cuanto a su vida de pareja, no logra definir cómo es la relación actual con su esposo, manifiesta que su noviazgo de ocho años fue muy bueno, su primer año de matrimonio fue excelente, pero después de su primer embarazo han pasado tantas cosas, que no sabe como se siente con respecto a él. Considera que después de la muerte de su bebé de alguna forma la relación se ha fortalecido en algunos aspectos, pero considera que en otros se ha debilitado.

Reconoce que su esposo la ha apoyado mucho, pero aún así se siente vacía. Comenta que con todo lo que ha transcurrido luego de esa **pérdida**, y de una manera tan rápida no ha tenido tiempo para analizar o reflexionar sobre su relación matrimonial, su vida social, personal, ni profesional. Según ella durante todo este tiempo ha vivido sólo el momento sin recordar el pasado, ni planear para el futuro.

Examen del Estado Mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa. Había momentos en que notaba muy tranquila y en otros oscilaba en una actitud **indiferente** y una actitud de preocupación, incertidumbre y de mucha ansiedad.
- Aspecto General de la Persona: Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona. Según ella, su actual apariencia no es ni la sombra de lo que ella proyectaba antes de tener hijos. Pues se consideraba una mujer muy bien arreglada y atractiva, y que ahora no quiere ni mirarse al espejo, pero que eso no le preocupa.
- Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones oscilaba entre una leve inquietud y una actividad lenta.
- Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, confusión y una ligera tristeza.
- Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones una mímica acentuada.
- Valoración cuantitativa del discurso: normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: Incongruentes, pues en ocasiones sus expresiones eran acentuadas y en otras muy reducidas.

- **Manifestaciones de ansiedad:** manifestaba una ansiedad moderada, pues le preocupaba mucho su situación de incertidumbre, causándole ansiedad por el bienestar del bebé.
- **Orientación:** no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- **Organización estructural de la comunicación:** coherente, lógica y formal.
- **Transformación patológica de la realidad:** mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- **Obsesiones y Fobias:** no se observaron
- **Sentimientos de despersonalización:** no se observaron.
- **Orientación del estado del ánimo:** ligera tristeza, pues considera que su comportamiento de alguna forma está afectando a su esposo y a sus hijos y ella no desea sentirse así.
- **Memoria:** normal.
- **Atención:** normal.
- **Conciencia de la enfermedad:** Incongruente, pues ella sabe algo en su salud mental no está bien, pero no logra identificar la causa de su padecimiento. Pues no considera que la muerte de su primer bebé sea la causa de su malestar, considera que esto la afectó pero que ella lo superó.

Caso No 2**Problema Actual o "Queja Principal"**

"Me siento muy mal, tengo serios problemas con mi esposo, pues yo deseo tener otro bebé y él no quiere; como él tiene un hijo no le importa, pero yo no tengo ninguno. Todavía no sé si es factible que yo pueda salir embarazada, o mejor dicho que mi embarazo pueda llegar a un feliz término, pero se puede hacer el intento nuevamente; él no entiende que por mi edad yo no puedo esperar más tiempo, vengo porque me siento desesperada".

Información General

Nombre:	Carolina
Edad:	36 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	20 de agosto de 1967
Escolaridad:	Tercer año de Universidad
Estado Civil:	Casada
Dirección:	Villa Lucre
Ocupación:	Secretaria
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Carolina se queja que durante los últimos meses ha tenido muchas dificultades:

- Tiene constantes peleas con su esposo hasta el punto de estar pensando en el divorcio, según ella su esposo no la quiere ni la comprende, pues no la apoya con la decisión de tener otro bebé.
- Se siente desilusionada y triste de su esposo, por la forma en que la trata. La acusa de no haber querido suficiente al bebé que perdieron, pues ella ni siquiera va a visitarlo a la iglesia donde tienen su cripta. Y mucho menos ha guardado el luto apropiado; que después de que el bebé murió actúa como si nada hubiese pasado y según ella eso no es cierto, pues no hay que ir a visitarlo ni vestirse de negro para demostrar lo mucho que le ha dolido la muerte de su bebé. Considera que es injusto que los demás la juzguen de esa manera y menos su esposo.
- Cada día que pasa se siente angustiada, pues quiere concebir lo más pronto posible y su esposo no la apoya. Ella cuenta que es él, quien se cuida para no tener bebés usando preservativos, por lo tanto la situación se hace más difícil. Manifiesta que si su esposo no cambia de decisión, ella se verá obligada a divorciarse y a tener un hijo con cualquier otro hombre. No le importa si el "otro" hombre quiera o no reconocerlo, pero lo único que ella desea es tener un hijo.
- Cuenta que esta idea la ha ocasionado muchos problemas, pues sus familiares y amigos la han criticado, porque consideran que por estar obsesionada con la idea de tener otro bebé ha descuidado sus estudios universitarios, pues se matricula un cuatrimestre y a la mitad del mismo no asiste y así va repitiendo el patrón. Esto

también le ha traído problemas con su esposo, porque está según él, malvar atando el dinero.

- Ella comenta que se siente triste, pues pareciera que nadie comprende su deseo de ser madre, y según ella, una mujer no puede sentirse completa sino tiene un hijo, que sería como un árbol sin sombra.
- Manifiesta que no puede dejar de ver y "envidiar sanamente" a cada mujer embarazada que ve y a cada madre que ve con un bebé. Cada vez que ve a un bebé se le acerca para conocerlo, preguntar cómo se llama y cuántos meses tiene, y siente un deseo profundo de quedarse contemplando a ese bebé. Sin embargo, paradójicamente, cuando sus familiares o amistades la invitan a cumpleaños y bautizos de niños, ella no asiste y no sabe por qué actúa de esa manera.
- Confiesa que en ocasiones se ha puesto un poco agresiva con las demás personas, especialmente con su suegra, con su hijastro, con su madre y con sus compañeros de trabajo, pues ellos siempre la están criticando y cuestionando por sus deseos de ser madre.
- Se ha disgustado con sus amigas por haberle sugerido que en caso de no poder tener un hijo propio pudiera adoptar uno; y ella manifiesta que no quiere pensar en esa posibilidad, pues ella luchará hasta conseguir tener su propio bebé, por que si otras han podido, ella también puede, con o sin la ayuda de su esposo.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Manifiesta que nunca ha sido atendida por problemas psicológicos. No obstante considera que fue una adolescente con problemas, pues tenía muchas

dificultades con los profesores y con sus padres. Fue una alumna regular, pero constantemente tenía problemas con los profesores, no por su mal comportamiento, sino porque a ella le gustaba defender los derechos de los demás y se involucraba en problemas por esa razón.

Comenta que las dificultades con sus padres, consistían en que a ella no le agradaba la forma en cómo conducían el hogar. Su madre se dejaba manipular de su padre y esto le molestaba mucho y cómo su madre no reclamaba sus derechos, ella era la que tenía que hacerlo, trayéndole dificultades con los dos. Su padre es un hombre muy estricto y un poco agresivo, todo lo que él decía tenía que hacerse de esa forma, sin derecho a protestar, razón por la cual ella tuvo que revelarse.

Comenta que durante la primaria tenía su autoestima baja, pues desde niña siempre era la más grande de estatura y esto la hacía sentir incómoda y tendía a encogerse. Según ella se sentía "el patito feo" y era más bien tímida; pero luego en la adolescencia se dio cuenta de los "atributos" que la naturaleza le dio y le sacó provecho, pues tenía muchos pretendientes y llegó a tener muchos novios y según ella, siempre eran chicos muy guapos.

Como era muy popular siempre estaba invitada a fiestas y su padre no quería darle permiso, comenta que se escapó varias veces a escondidas, pero sólo en unas ocasiones su padre se dio cuenta y le pegó. Al llegar a los 18 años su padre aún quería controlarla, diciéndole que mientras ella vivía en esa casa tenía que seguir sus reglas, así que decidió buscar trabajo e irse a vivir con unas amigas en un apartamento.

Anamnesis Somática

Carolina manifiesta que durante su infancia fue una niña muy sana, nunca tuvo que ser hospitalizada, muy poco se resfriaba, ni siquiera le han dado las enfermedades virales típicas de la niñez.

Durante su adolescencia comenta Carolina sufría de “rabia crónica” pues las gran mayoría de las personas no respetan y hacen las cosas sin pensar, y eso le molestaba hasta el punto de disgustarse tanto que después sufría de dolores de cabeza crónicos, que ni las pastillas se lo quitaban.

A los 23 años de edad queda embarazada de su novio y por no encontrarse preparados para ser padres decide abortar aproximadamente a los tres meses y medio de gestación. Comenta que después del aborto no tuvo ningún tipo de complicación, pero con cada período menstrual sufría de cólicos muy fuertes que duraban de cinco a siete días y las pastillas y los té que tomaba no lograban aliviarlos.

A los 30 años que decide con su esposo tener un bebé, se da cuenta de manera sorpresiva que tiene dificultades para quedar embarazada. Con tratamiento médico, a sus 33 años queda embarazada, pero cuando tenía 6 meses de gestación tuvo una ruptura del útero, y le tuvieron que practicar un cerclaje (coser el útero), pero no funcionó, practicándole entonces una cesárea de urgencia.

Historia de la Pérdida

A los seis meses de gestación tuvo una ruptura del útero, le practicaron un cerclaje y su bebé nació vivo pero con muchas complicaciones. Ella se culpa de esta situación por no decirle a tiempo a su ginecóloga que estaba teniendo secreciones abundantes con unas pequeñas manchas rojas y amarillas desde hacía una semana, comenta que no le dio importancia. Además de mentirle a su doctora, pues al preguntársele si había tenido un aborto, ella contestó que no.

La realidad es que se practicó un aborto a los 23 años, pero según ella, no podía decir la verdad pues a su lado estaba su esposo. Comenta que sólo una amiga y su antiguo novio saben de este aborto.

Aunque no planificó su primer embarazo, éste aconteció sin ningún problema hasta que decidió abortar aproximadamente a los tres meses y medio de gestación. Para poder quedar nuevamente embarazada tuvo que hacerse tratamientos y su embarazo no llegó a feliz término. Carolina se siente culpable, pues considera que todo lo que le ha ocurrido es un castigo de Dios por lo que hizo. Comenta que mientras le estaban cosiendo el útero y después la cesárea no dejó de pensar y revivir aquel momento cuándo se practicó el aborto.

Era según ella, la primera vez que recordaba ese incidente. Comenta además, que el día que se practicó el aborto, en horas de la noche estaba en una discoteca con su novio. Durante esos 10 años después del aborto los vivió como si nada hubiese pasado y que actualmente no deja de pensar en ese incidente y en su bebé que perdió.

Considera que la muerte de su segundo bebe, ha sido castigo de Dios por lo que hizo con el primero. Manifiesta que si Dios la quería castigar debió hacerlo con ella y no con su bebe, o porqué no castigó a su antiguo novio, pues fue él quien sugirió lo del aborto. Se cuestionaba la justicia de Dios, pues ¿por que castigó a su bebé y no a los de su antiguo novio? Reconoció que las hijas de su ex novio no tienen la culpa, pero él como responsable de esa terrible decisión también debió ser castigado por eso y no ella únicamente. Sugirió que hasta Dios era sexista.

Culpó también al doctor que le practicó el aborto por no haberla orientado, pues comentó que una amiga de ella, se fue a practicar un aborto con el mismo tiempo de gestación que ella tenía y el doctor la orientó, por lo tanto su amiga no abortó y actualmente se encuentra feliz con su hija. "¿Por qué corrí con tan mala suerte?" se pregunta Carolina.

El bebé nació muy delicado, tuvo en cuidados intensivos por tres meses aproximadamente. Comenta que iba casi todos los días a la iglesia a rezar y pedirle a Dios que le diera una oportunidad a su hijito. Sufrió mucho verlo tan lleno de aparatos y verlo luchando por su vida; pero sus esperanzas aumentaban al notar que poco a poco tenía mejorías.

A pocos días de cumplir los cuatro meses trasladan a su bebé de hospital, para hacerle unos análisis, dos semanas después, los médicos de ese hospital, le entregan al bebé diciéndoles que está fuera de peligro y que posiblemente puede quedar ciego, por su exposición prolongada en las lámparas. Ella comenta que se sintió un poco

preocupada por la noticia, pero que deseaba y confiaba que no se le hubiese afectado la visión.

Como ella no había tenido nada preparado para el bebé, antes que se lo entregaran fue a comprar todo lo que necesitaba con tanta alegría, que no le importó gastar todo lo que tenía ahorrado comprando lo que necesitaba y más. Decoró el cuarto tan bonito que parecía de "revista", comenta Carolina. Después de cinco días de tenerlo en casa el bebé se complica y muere. Culpa a los médicos del último hospital por no haberles dicho la verdad y por brindarles falsas esperanzas. Según ella debieron haberse quedado con el bebé hasta que estuviera fuera de todo peligro.

Expresa enojada que Dios es cruel, se dice tristemente que el precio que ha tenido que pagar por un error de la juventud ha sido muy alto. Comenta que son muchas las mujeres que han cometido no sólo un aborto, sino muchos más y no les ha tocado sufrir como ha sufrido ella, en cambio han tenido éxito en todo, incluso han tenido hijos sanos y exitosos.

Después que su bebé murió, no querían que se lo quitaran de sus brazos, lo tuvo cargado toda la mañana con la esperanza de que ocurriera un milagro, cuando pudieron quitárselo a la fuerza, rompió y tiró todo lo que estaba por su paso. Su esposo decide cremarlo y le celebraron un ritual con una pequeña misa en su casa, luego lo depositaron en una cripta.

Ella se sintió muy mal por varias semanas, pero se prometió a sí misma seguir adelante con su vida y tener otro bebé, así que decide programar un embarazo

nuevamente, pero su esposo no desea. Su esposo, según ella, no ha logrado superar la muerte de su niño, va todos los días a la iglesia donde están sus restos, y se molesta porque ella no lo acompaña y le cuestiona que no visite su cripta.

Ella y su esposo pudieron sacarle muchas fotos al bebé desde que se los entregaron en el hospital y él se la pasa viendo esas fotos. Ha tenido problemas pues él desea que se retire todo lo que está en la recámara del bebé y se regale y ella no quiere, pues según ella, no le afecta a nadie y el cuarto no se necesita para otra cosa, además, quien mejor que su futuro hermanito para que use sus pertenencias. En este conflicto se la pasado desde que el bebé murió hasta la fecha.

En un inicio comenta Carolina sus familiares y amistades los apoyaron cuando el bebé estaba hospitalizado, pero luego que el bebé murió, nadie habla del asunto y ella tampoco; pero en una ocasión una de sus amigas al ver a una mujer en un estado avanzado de embarazo y que caminaba sola por la calle con paquetes de compras, expresó que una mujer en ese estado no debía salir sola, entonces recordó y contó sobre una tragedia que había ocurrido frente al Hospital San Miguel Arcángel en donde una joven embarazada fue atropellada por un auto y aunque ella murió, los médicos pudieron salvarle la vida al bebé.

Mientras su amiga contaba la historia, Carolina cuenta que ella sentía una sensación muy extraña y salió corriendo sin rumbo fijo, dejando a sus amigas muy asustadas. Ella no logra entender que le sucedió y porqué actuó de esa manera, lo único que recuerda es que ella se preguntaba ¿por qué Dios permite cosas así? ¿Por qué deja a una madre sin hijo? ¿Por qué deja a un bebé sin madre?

Historia Personal

Carolina comenta con cierta decepción que después de haber tenido tantos novios jóvenes y guapos queda casada con un señor 15 años mayor que ella. Manifiesta que a sus 20 años tuvo un novio, del que queda embarazada aproximadamente a los 23, éste al igual que ella no había terminado la universidad y él no tenía trabajo. Su novio le sugirió que era mejor para los dos no tenerlo, por lo que ambos decidieron abortar al bebe, pues no existían las condiciones para hacerse cargo. Después del aborto, siguieron su relación como si nada hubiese pasado. Un año después él termina con ella, pues había embarazado a una joven y decidió casarse con ésta; actualmente vive con esta joven y tienen tres hijas.

Carolina se molesta mucho, pues con esta joven él toma una actitud totalmente diferente a la que tomó con ella, cuando estaba en la misma situación. Él empezó a trabajar de día y asistir a la Universidad de noche, pues según él como esta joven no trabajaba él tenía que asumir su responsabilidad.

Comenta que ante ese acontecimiento, sintió mucha rabia por la forma de proceder de su novio, que hasta tenía deseos de matarlo. Nunca durante ese tiempo se detuvo a pensar en el aborto; pero que ahora se arrepiente y piensa que en ese entonces debió ser valiente y decidida como aquella jovencita, “ellos tienen tres hijos y yo no tengo ninguno” susurra con pesar Carolina.

Carolina está casada con Carlos, un hombre viudo cuya esposa murió hace 16 años con la que tuvo un hijo que tiene 22 años y que vive con ellos. La relación con su

esposo, según Carolina antes de quedar embarazada era regular, durante el embarazo fue muy buena y después de la muerte de su bebé cada vez se hace más insoportable convivir con él.

Según Carolina él es un hombre muy autoritario, dominante y un poco agresivo, es poco cariñoso y muy obsesivo con la limpieza y el orden. Manifiesta que en algunas ocasiones se pone a pensar porqué sigue todavía con él; que ella no logra saber si lo ama o no. Se sorprende de haberse casado con un hombre igual a su padre.

Historia Familiar

Carolina es la segunda de tres hermanas. Su hermana mayor es seis años mayor que ella, y según Carolina ha sido la consentida, pues es la "bonita" de la casa, "la inteligente" y la "buenecita". Su otra hermana es dos años menor que ella y por ser la menor también tiene privilegios, pero menos que la primera.

La relación con su hermana mayor es regular, pues según Carolina, su hermana se cree que es perfecta, santa y siempre la está criticando y sermoneando. Sus padres constantemente se la ponen de ejemplo y eso le molesta. Carolina considera que su hermana es una tonta que se ha dejado manipular de sus padres, y como ella no se ha dejado manipular, eso le molesta a sus padres y de ahí radican todas las dificultades con ellos.

La relación con su hermana menor es normal, pues ella vive y deja vivir, no permite que se metan en su vida, ni ella se mete en la de los demás y eso le gusta,

comenta Carolina. Sus padres tampoco se han entrometido en la vida de esta hermana como se han metido en la de su hermana mayor y en la de ella.

La relación con sus padres es regular. Ama a su madre, la relación con ella es buena hasta que su padre interviene. Comenta que su madre se deja manipular de él, no entiende como siendo una mujer tan inteligente y muy preparada profesionalmente se deja "mandar" por su padre. Con su padre la relación ha sido un poco conflictiva, pues ella no deja que él decida por ella. Manifiesta que su padre es un buen hombre, pero que su mal carácter lo daña. "mi Padre" comenta Carolina "quiere que todo se haga a su manera, él sugirió a mis hermanas la profesión que debían elegir y hasta le eligió el marido de mi hermana mayor, él decide por todos y por todo".

Examen del Estado Mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa, muy triste y ansiosa, sobre todo cuando narró lo del aborto que se provocó.
- Aspecto General de la Persona: Levemente rebuscado en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona. Cuando lloraba procuraba hacerlo de forma tal que el maquillaje no se le corriera, y después se retocaba el maquillaje. Siempre asistía a las sesiones muy bien arreglada, hasta el punto que todo le combinaba.
- Actividad motora: su actividad mostraba mucha inquietud, movía mucho las manos y la cabeza.
- Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, inquietud.
- Mímica: la mayor parte del tiempo estaba acentuada (hipermimia)

- **Valoración cuantitativa del discurso:** la mayor parte de tiempo su discurso era normal, pero en algunas ocasiones era verborrea.
- **Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio:** en la mayor parte del tiempo sus expresiones eran acentuadas.
- **Manifestaciones de ansiedad:** manifestaba una ansiedad moderada, desea intensamente volver a quedar embarazada y que éste llega a un feliz término y para lograr esto recurrirá a cualquier método.
- **Orientación:** no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- **Organización estructural de la comunicación:** coherente, lógica y formal.
- **Transformación patológica de la realidad:** mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- **Obsesiones y Fobias:** manifestó tener miedo al proceso de envejecimiento y se obsesiona por recurrir a cualquier método para mantenerse siempre joven y para dejar descendencia.
- **Sentimientos de despersonalización:** no se observaron.
- **Orientación del estado del ánimo:** su estado de ánimo está constantemente oscilando entre euforia y tristeza.
- **Memoria:** normal.
- **Atención:** normal.
- **Conciencia de la enfermedad:** Incongruente, se siente culpable por todo lo que le está pasando, pero no es consciente que su deseo intenso para quedar embarazada se debe a un duelo no resuelto.

Caso No 3**Problema Actual o "Queja Principal"**

"Tengo problemas con mis hijas, pues no me quieren obedecer. Ellas tienen que comprender que lo que yo les digo es para su bien, y que entiendan que ahora que acabo de divorciarme, es más difícil para mí llevar todo el control de la casa y que deben cooperar. Me entristece que no comprendan por lo que estoy pasando: la muerte de su hermanita y el divorcio de su padre me ha destrozado, sobre todo por la forma trágica en que se dieron".

Información General

Nombre:	Ana Cecilia
Edad:	43 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	23 de junio de 1960
Escolaridad:	II año de Universidad
Estado Civil:	Divorciada
Dirección:	Los Libertadores
Ocupación:	Maestra
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Ana Cecilia reporta que hace meses está confrontando serios problemas, entre los que están:

- Problemas de disciplina con sus hijas. Según ella no quieren obedecer sus órdenes. Se la pasan discutiendo todo el tiempo. Ella manifiesta que sus hijas le dicen que es muy agresiva, que constantemente está enojada y que no se pueden comunicar con ella. Ana Cecilia admite que es cierto, pero que ella tiene que ponerse dura para llevar el control.
- Problemas de comunicación con su ex esposo para los gastos económicos del hogar y del colegio de sus hijas.
- Manifiesta que se siente muy triste y decepcionada de sus seres queridos, pues en los momentos en que más ha necesitado de ellos le han dado la espalda. Que tanto que ha ayudado a familiares y amigos, ahora que ella los necesita no están.
- Siente mucho enojo con todo el mundo, admite que se irrita con facilidad, incluso ha sido grosera con los niños en el colegio y con algunos colegas, y eso le preocupa porque ella no era así.
- Se siente muy ansiosa hasta el punto de estar comiéndose las uñas y estar tocándose la nariz. Su ansiedad le provoca comer en exceso y aún así no sube de peso, que es todo lo contrario, cada vez baja más de peso.
- Siente un inmenso vacío que no sabe como llenar, trata de buscar consuelo leyendo la Biblia, rezando pero no lo logra sentirse bien.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Ana manifiesta que en su niñez y adolescencia nunca fue atendida por un psicólogo, pero a los 27 años, poco tiempo después de tener a su segunda hija, buscó ayuda psicológica por una depresión que tuvo, al enterarse que su esposo le había sido infiel con una empleada doméstica que trabajaba en su casa y que esa joven estaba embarazada de él.

Considera que se culpó tanto a sí misma, al ser una tonta y no darse cuenta de lo que estaba sucediendo. En aquella ocasión pensó que no lo superaría, se sentía tan mal que consideraba que no habría peor tragedia que la que estaba viviendo. Comenta desconsolada que aquello que sintió se ha quedado "chiquito" con lo que le está sucediendo actualmente y con lo que está sufriendo. Por tal motivo, busca ayuda pues siente que se está "asfixiando".

Anamnesis Somática

Ana reporta que cuando era niña y hasta la adolescencia sufrió de asma, situación que le impidió realizar muchas de las actividades recreativas y deportivas que otros niños hacían y esto la entristecía. Su madre la sobreprotegió demasiado, que a veces se sentía asfixiada; no la dejaba jugar, ni permitía que comiera ciertos alimentos. Recuerda que ella era tan obediente que cuando asistía a los cumpleaños se sentaba en una silla y miraba a todos jugar porque ella no podía, tampoco comía helados, gelatinas ni dulces, porque lo tenía prohibido.

Cuenta que cuando tenía 12 años todas las enfermedades la atacaron, ese mismo año le dio paperas, varicela y después de un largo resfriado tomando antibióticos y otros medicamentos le dio gastritis, para culminar ese año también tuvo su primera y dolorosa menstruación.

De adulta empezó a realizar ejercicios aeróbicos (correr y nadar) y esto le ayudó a mejorar su salud, al punto de controlar casi por completo el asma y los resfriados crónicos que padecía. Actualmente no se encuentra muy bien de salud, pues la ha descuidado, ya que no realiza los ejercicios, pues después del divorcio y de la muerte de su bebé no se ha sentido motivada para realizar ninguna actividad.

Ana relata que tuvo tres hijas con su esposo, fueron embarazos y partos normales, sin ningún tipo de dificultad. Después de su último parto a los 30 años, como método anticonceptivo optó por la T de cobre, pero después de dos años se la quitó y sin "cuidarse" no había quedado embarazada, sino hasta los 40 años.

El embarazo los tomó a todos por sorpresa, pero inició los cuidados pertinentes y su embarazo se desarrolló sin ninguna dificultad. A los siete meses exactamente en su cita regular con el ginecólogo éste se percató que el bebé estaba muerto. Esto fue muy terrible para ella. Desde ese momento siente que todo cambió en su vida.

Historia Personal

Ana es la quinta de nueve hermanos, su familia es muy numerosa. Su niñez debido al asma no fue lo que hubiese querido que fuera. Su vida fue muy tranquila, debido a esto se dedicó a estudiar mucho y fue una excelente estudiante, lastimosamente sus padres eran de escasos recursos y como tenía tantos hermanos no podían pagarles la universidad, por lo que les inculcaron estudiar para maestros de enseñanza primaria, pues así podían conseguir trabajo inmediatamente se graduaran de secundaria.

Ella hubiese querido estudiar arquitectura, pero no podía pues el bachillerato que estudió no se lo permitía. Tal como lo desearon, inmediatamente se graduó pudo conseguir trabajo en un área de difícil acceso, esta experiencia fue enriquecedora para ella, pues pudo sensibilizarse con la pobreza que otros sufren, pues antes se quejaba de su situación económica. Como el área donde trabajaba era muy húmeda le afectaba su salud, por lo tanto tuvo que regresar a la capital y empezó a trabajar de secretaria en una empresa. Posteriormente consigue trabajo en una escuela privada, y luego pudo trabajar en una escuela pública.

Trabajaba en horas de la mañana en una escuela pública y en la tarde da clases privadas para reforzar a niños con problemas académicos. Después del divorcio y la muerte de su bebé ha dejado de impartir las clases privadas de reforzamiento.

Historia de la Pérdida

Ana comenta que a sus 40 años pensando que estaba teniendo una menopausia prematura acude a su ginecólogo y luego de los exámenes realizados para descartar un embarazo se da cuenta que estaba embarazada de casi 12 semanas. La noticia fue de tal impacto que pensó había un error y que se debía a un desorden hormonal, producto de la menopausia prematura, así que decidió realizarse un ultrasonido vaginal, confirmando posteriormente su embarazo de 12 semanas.

A pesar de lo sorprendente de la noticia, se emocionó con su embarazo, pues tenía tres niñas y tenía la esperanza que fuese un varoncito. Independientemente del sexo del bebé, se sentía muy feliz con su embarazo. Sus niñas se sintieron muy felices con la noticia, pero su esposo no se mostraba muy feliz, por el contrario, su actitud y comportamiento mostraban cierta hostilidad. Ella trató de no darle importancia a su comportamiento y trató de justificarlo pensando que estaba preocupado por la edad que ellos tenían y ahora tener un bebé era un poco difícil.

Se sintió tan contenta con su embarazo que las molestias del mismo las aceptaba y toleraba con agrado. Se emocionó tanto que empezó desde el inicio a preparar todo para la llegada del bebé. En su consulta a los siete meses, al examinarla su médico se da cuenta que el bebé está muerto y le pregunta si había ido sola o acompañada, porque no sentía al producto. Le molestó tanto que su doctor la primera expresión que lanzó fue: "no siento al producto" "el producto no tiene latidos", y otras expresiones más en donde se refería a su bebé como "producto" y eso la molestó mucho.

Inmediatamente la trasladan al hospital para sacarle el bebé. Se sentía tan mal que en el hospital, el personal médico siguiera refiriéndose a su bebé como producto, que deseaba ser Sansón (personaje bíblico de gran fuerza física) para derrumbar ese hospital. Ella estaba sola, su esposo no llegó sino hasta el día siguiente, manifestando supuestamente su dolor ante la pérdida. Ella decidió no ver a su bebé que le dijeron era una niña. Los médicos no supieron los motivos de la muerte de su bebé. Como no creía que su esposo deseara encargarse de los ritos funerarios, decidió dejarles a la bebé en el hospital para su estudio.

Semanas después cada vez que pasaba por dicho hospital, deseaba intensamente ir a visitar a su bebé, pero algo se lo impedía. En una ocasión que viajaba con sus niñas, ellas le sugirieron ir para ver si todavía la tenían, entonces le pidieron al encargado de la morgue que por favor querían verla, así que pudieron conocerla.

"Mis hijas y yo conocimos a la bebé, me impresioné al verla, era hermosa, tenía una larga y espesa cabellera rubia, estaba bien formada, era hermosa, sus facciones eran muy finas. Le hablé de lo mucho que la quería y de lo ilusionada que estábamos con su llegada, le dije que su papá no había ido a visitarla porque estaba ocupado trabajando, le mentí al decirle que él también la quería mucho".

"Mis hijas y yo lloramos mucho, ellas me decían que por qué si estaba tan linda y sin ningún defecto murió, no pareciera que pudiera estar enferma comentaban, ellas en ese momento le pedían llorando a Dios que hiciera el milagro de resucitarla, que ellas se portaría y harían buenas cosas el restos de

sus vidas, al vernos tan emocionadas el encargado de la morgue nos pidió que teníamos que retirarnos, pues le llamarían la atención, así que fue la primer y última vez que la vimos".

Muchos de sus familiares y amistades criticaron su decisión de haberla dejado en el hospital, pero ni ella misma sabe porque lo hizo, lo cierto comenta ella, es que no hay lugar al arrepentimiento pues ya es muy tarde. Comentó que posiblemente no quería que existiera ningún lugar que le recordara que su hija murió. Ana manifiesta que después que salió del hospital, un día después de la pérdida, tomó todas las cosas de la bebé y se las regaló a un familiar de la vecina.

Pensó que al tomar estas decisiones, iba a recuperarse de esta tragedia lo más pronto posible y no ha sido así. Pensó por un tiempo que podía ser castigo de Dios, para la época en que su esposo embarazó a su empleada doméstica, ella deseo que su bebé muriera, pues estaba tan afectada por la traición de ambos, que era la única forma que tenía de vengarse de ellos. Posteriormente se arrepintió de lo que deseaba, pues comprendió que el niño no tenía la culpa. Pero al momento de analizar el por qué de la muerte de la bebé, solo se le ocurre pensar en esto; o pensar que Dios no quiso viviera, pues iba a sufrir mucho por el desamor y rechazo de su padre.

Desde ese entonces a la fecha a querido seguir con su vida, como si nada hubiese pasado, pero le ha resultado imposible. Piensa que su esposo con la muerte de su bebé y con el divorcio que le concedió inmediatamente se lo pidió, confirma ante sí mismo y ante los demás que no era el padre de la bebé, que ella lo había engañado. Ana manifiesta que pudo en aquella ocasión que su marido le fue infiel perdonarlo,

pero que en esta ocasión era imperdonable que él sospechara que no era el padre de su bebé, por lo tanto no valía la pena seguir casada con él.

Desesperada Ana manifiesta que sí ya perdió a una hija, no desea perder a las otras tres, pues es consciente que el trato que tiene con ellas no es el más adecuado. Considera que sus hijas también están sufriendo por el divorcio y por la muerte de su hermanita. Ella intenta conducirse de forma adecuada, pero no puede y es por ello, que nuevamente busca ayuda profesional, para poder superar su trágica situación.

Ana manifiesta que no hay un día, en especial en horas de la noche que no recuerde las suaves pataditas de su bebé; que existen ocasiones en que siente que su bebé aún esta en su vientre. Además, se ha sorprendido a sí misma acariciándose su abdomen. Constantemente recuerda lo hermosa que era su bebé, lo grande que se encontraba para el tiempo de gestación que tenía. Ha tenido la fantasía de que alguien le deje en la puerta de su casa a una bebé en una canasta y ésta sea idéntica a la bebé que perdió.

Ana confiesa que en ocasiones se arrepiente de haber dejado a su bebé en el hospital y no haber hecho una ceremonia religiosa, pues hoy día le gustaría tener un lugar donde visitarla. Ella estaba tan afectada que no tomó la mejor decisión, comenta muy acongojada. A veces se atormenta pensando de que manera trataron el cuerpecito de su bebé y esto la hace sentir muy culpable.

Historia Familiar

Ana manifiesta que su familia es muy "folklórica" pues todo lo tienen que hacerlo juntos. Si hay una fiesta, por ejemplo, hay que pedirles opinión a todos para saber lo que se va hacer y si alguien no es tomado en cuenta se siente ofendido. La relación con sus hermanos era buena, pero ahora dice que pone en duda la "bondad", pues en los momentos en que los ha necesitado no han estado presentes; en cambio cada vez que ellos han tenido alguna dificultad, ella siempre ha estado allí.

Con sus padres se ha llevado muy bien, pero dice que ellos ya están muy ancianitos y ya no puede compartir las alegrías y las penas como solían hacerlo. Considera que sus padres a pesar de sus limitaciones económicas y de haber sólo terminado la primaria, les dieron una educación basada en valores y eso es un gran tesoro.

Comenta que ha tratado con sus hijas darles la mejor educación posible, pero pareciera que ellas no lo valoran. Además, la separación de su esposo y la muerte de la bebé han dificultado esa labor. Manifiesta que su esposo no la apoya económica ni emocionalmente con la educación de sus hijas, que por el contrario, lo que hace es quitarle autoridad.

Considera que la relación con su esposo se fue poco a poco deteriorando por los "complejos de inferioridad" y los celos que lo mataban. Ana manifiesta que ella es una mujer atractiva, que hace ejercicios, que trata de "envejecer con dignidad", que

tiene una alta autoestima y que trata de luchar y mejora su calidad de vida; y esta forma de ver la vida, pareciera que no era del agrado de su marido.

Ana comenta con mucha tristeza, que ella podía soportar los celos de su marido hasta cierto grado, pero lo que más le duele, es que cuando salió embarazada de su último bebé, su esposo aunque no lo dijera directamente, indirectamente hacía comentarios en donde manifestaba que él podía no ser el padre de esa criatura.

Con respecto a su embarazo, siempre sintió cierto rechazo por parte de él. A los siete meses de gestación su bebé muere y posteriormente se acrecientan sus conflictos, hasta el punto que su esposo le pide el divorcio. Comenta que aunque lo amaba, el hecho que dudara de la paternidad de la bebé le dolió tanto, que sin reparos le concedió el divorcio. Actualmente tiene tan mala relación con él que le gustaría “desaparecerlo del mapa”, pues lo toleraría si aportara algo positivo a la vida de sus hijas, pero no es así.

Examen del Estado Mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa, muy triste, algo ansiosa y muy desilusionada.
- Aspecto General de la Persona: Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona.
- Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones oscilaba entre una leve inquietud y una actividad lenta.

- Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, confusión y una profunda tristeza.
- Mímica: la mayor parte del tiempo normal.
- Valoración cuantitativa del discurso: normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: explosivas, pues lloró durante casi toda la entrevista.
- Manifestaciones de ansiedad: manifestaba una ansiedad moderada, sobre todo cuando se refería a la conducta de sus hijas.
- Orientación: no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.
- Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Obsesiones y Fobias: no se observaron
- Sentimientos de despersonalización: no se observaron.
- Orientación del estado del ánimo: profunda tristeza, pues considera que de alguna manera, las dudas de su esposo con respecto a su paternidad, pudieron haber ocasionado la muerte de su bebé.
- Memoria: normal.
- Atención: normal.
- Conciencia de la enfermedad: presente, pues está consciente que sus problemas actuales se deben a la pérdida de su bebé.

Caso No 4**Problema Actual o "queja principal"**

"Vengo por que de mi trabajo me mandaron a buscar ayuda psicológica, mi jefa me mandó primero donde la doctora de salud ocupacional, por que según ella, soy muy lenta en mi trabajo, y luego la doctora le sugirió a mi jefa que buscara ayuda psicológica, por eso estoy aquí, para saber si en verdad soy lenta y a qué se debe".

Información General

Nombre:	Gladys
Edad:	42 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	13 de mayo de 1961
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Casada
Dirección:	Don Bosco
Ocupación:	Secretaria
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Gladys comenta que tiene problemas en su trabajo, porque según su jefa, ella es muy lenta para sacar los expedientes, y que su lentitud hace que otros compañeros no puedan realizar eficaz y eficientemente su trabajo. En su trabajo se quejan también porque con bastante frecuencia ha perdido o extraviado documentos importantes que ha tenido repercusiones delicadas. Según Gladys esto sucede cuando:

- Se siente "muy nerviosa".
- Cuando no ha dormido lo suficiente la noche anterior.
- Cuando alguna de sus hijas está enferma o tienen que presentar algún trabajo o examen en el colegio.
- Cuando su marido tiene mucho tiempo de estar fuera de la ciudad.
- O sin causa aparente, ella reconoce que es lenta y que en ocasiones se pierden documentos porque para evitar que esto suceda los coloca en un lugar especial y luego se olvida por completo donde los colocó.

Gladys al momento de estar narrando aquellas situaciones que consideraba eran la causa de su lentitud y de su olvido, hizo el "insight" que esto le sucedía con más frecuencia de lo que ella imaginaba. Ella comentaba con honestidad que cuando la Psicóloga de Salud Ocupacional le sugirió tomar la terapia para personas con duelo complicado, pensó que sí ella estaba mal, la Psicóloga estaba peor, que lo que ella había vivido estaba superado y que no tenía ninguna relación con lo que estaba presentando, pero para no tener problemas en el trabajo aceptó la recomendación.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas.

Gladys reporta que cuando tenía siete u ocho años de edad su madre la llevó donde un doctor, ella no recuerda si era psicólogo, pues había fracasado en varias materias y podía perder el año escolar. Ella manifiesta que era una alumna buena, pero que ese año se le murió su perrito por culpa suya, pues estaba jugando con él dentro del carro de su madre y su abuela la llamó; pensando que no tardaría lo dejó dentro del carro con todo cerrado, cuando se acordó encontró a su perrito muerto. Esto la afectó tanto, que se sentía tan triste que no se podía concentrar en nada. Manifiesta que aunque no perdió el año escolar, la tristeza por la muerte de su perrito duró por mucho tiempo.

Al culminar sus estudios de secundaria en la provincia de Chiriquí, tres días antes de su graduación y cercanos a las fiestas navideñas, su abuela muere, eso la deprimió tanto, que aunque adoraba a su madre y no tenía planes de venir a la capital a estudiar, decidió inmediatamente se graduó, viajar a la Ciudad de Panamá, desde entonces hasta la fecha reside en esta ciudad. La relación que tenía con su abuela era muy estrecha, pues como su madre trabajaba, su abuela fue quien la crió.

Anamnesis Somática

Gladys manifiesta que fue una niña muy sana, no recuerda de enfermedades que la hayan obligado a permanecer hospitalizada.

De adulta tuvo dificultades con sus tres primeros embarazos, pudo salir embarazada con facilidad, pero en los tres tuvo abortos.

Historia de la Pérdida.

Gladys ha tenido tres pérdidas, en dos de ellas su esposo no ha estado con ella por motivos de viaje. En la primera refiere no hubo tiempo para sentirse triste, pues los médicos le dijeron que lo que ella tenía era una masa de tejidos y que nunca tuvo un bebé, por lo tanto no tenía porqué sentirse triste.

A los 29 años Gladys tuvo un atraso de su periodo menstrual de dos meses, acude al médico y se realiza los exámenes de laboratorio que confirman que está embarazada, el médico la examina y le da las indicaciones a seguir para la próxima cita dentro de un mes. En la cita con su doctor ella le comenta que no ha tenido ningún síntoma, que comúnmente las mujeres embarazadas tienen (vómitos, mareos, sueño, etc.) Al realizarle un ultrasonido se dan cuenta "que la bolsa está vacía", es decir tenía sólo una masa de tejidos orgánicos, por lo que inmediatamente debían realizarle un curetaje.

Manifiesta que en ese momento todo lo que le sucedía era como si lo estuviese viendo en una película, no podía creer lo que estaba sucediendo pues todo pasaba tan rápido. Se resistía a pensar que todas las ilusiones que tenía se habían venido abajo, había deseado y amado a ese bebé y resulta que los médicos le decían que nunca tuvo embarazada de uno. Se sentía tan desconectada del mundo que no sabía cómo reaccionar, ni que hacer, ni que decir. Su esposo estaba fuera del país y pudo llegar

tres meses después de la pérdida, ella sentía que su esposo no le había tomado importancia a aquella situación.

Pocos meses después, queda embarazada y el mismo se desarrolla de manera normal, pero por negligencia médica, según ella su bebé murió, pues le negaron la atención cuando fue en busca de la misma. Gladys comenta que tenía aproximadamente ocho meses y medio de gestación cuando sintió una mañana fuertes dolores en el vientre y también estaba teniendo unas pequeñas manchas de sangre, así que acude a una Institución de Salud y el médico de turno que la examina le dice que se fuera a casa alegando que todavía "estaba verde" y que se podía irse con toda seguridad y confianza.

En su casa sintió fuertes dolores y acudió nuevamente al hospital; al examinarla se percatan los médicos que su bebé había muerto por asfixia. Una vez más se decía a sí misma que "eso" no le podía estar sucediendo de nuevo; anhelaba y deseaba cuando lo estaba pariendo que su bebé llorara, le decía **"bebé llora por favor, vamos tu estás vivo, los médicos se han equivocado, sé que eres juquetón, pero deja de hacer bromas y llora por favor"**.

Comenta que todo lo que le ocurría lo veía como en tercera dimensión, como en una película en la que ella no era la protagonista sino una simple espectadora. No puede definir cómo se sentía, cree que sentía tristeza pero no sabía cómo expresarla.

Cuando estaba recuperándose en el hospital pensaba que haría con las cosas de su bebé, si se las guardaba o las regalaba. En el hospital decidió que las iba a guardar,

pero para su sorpresa estando en el hospital, el edificio donde vivía se incendió y todas sus pertenencias se quemaron. En dicho edificio murió una persona por asfixia y ella se dio una explicación para justificar la muerte del bebé. Gladys argumenta que si su bebé hubiese nacido vivo, tanto ella como él hubiesen muerto quemados o por inhalación, que quizás el destino o misión de su bebé era morir para salvarle la vida a ella.

Los familiares de su esposo se encargaron de los ritos funerarios y lo enterraron en el cementerio, ella quería ir, pero el médico sugirió que estaba delicada de salud y recomendaba se quedara en reposo, pues había perdido mucha sangre.

Luego de esa pérdida, queda nuevamente embarazada de su tercer bebé, el embarazo fue de alto riesgo pues tenía la presión muy alta, estaba hinchada y cansada; además, se sentía muy nerviosa y con miedo que le ocurriera algo similar a sus anteriores embarazos. Comenta que tenía persistentemente pensamientos de que ese bebé también iba a morir, pero trataba de evitarlos y justificarlos diciéndose a sí misma que eran sus "nervios"

Al llegar casi a los ocho meses se sintió mas aliviada, pues su presión había mejorado y estaba en espera de que el bebé naciera. Para esta ocasión su esposo estaba con ella y esto la tranquilizaba. El bebé se movía con mucha frecuencia en horas de la noche y una noche no sintió al bebé, se angustió tanto que fue donde su médico y le realizaron un monitoreo y todo estaba bien.

El médico le dijo que posiblemente no había comido mucho en el día y por eso no lo sentía. Días después tampoco sintió moverse al bebé y pensó que seguramente se debía a que no había comido lo suficiente, así que no se preocupó. Al día siguiente la situación seguía igual y decidieron acudir al médico.

En el hospital se dieron cuenta que el bebé tenía aproximadamente tres días de muerto y la presión la tenía muy alta. Como estaba muy delicada de salud, el médico dijo que no podía parirlo y tampoco podía resistir a la anestesia, por lo que tuvieron que esperar dos días más hasta que pudieran practicarle la cesárea. El bebé según el doctor, comenta Gladys venía con malformaciones genéticas (lunar en la frente grande, paladar abierto, los pies no se habían desarrollado normalmente) por lo tanto aunque hubiese nacido vivo, no iba a sobrevivir.

Ella no quiso verlo, pues su médico le dijo que era un monstruo y que de verlo la afectaría para el resto de su vida, por lo que el médico le pidió a su esposo la autorización para quedarse con el bebé para su estudio. Su esposo aceptó sin preguntarle a ella, si estaba de acuerdo o no. Nunca le ha preguntado a su esposo si él lo vio y él tampoco habla del asunto.

Cuando llegaron a casa se sintieron muy tristes al ver la recámara del bebé. Ella comenta que no quiso que le hicieran baby shower, ni tampoco compró nada para el bebé, pues tenía miedo que le ocurriera lo mismo que a sus bebés anteriores. Pero su suegra le había comprado un club de mercancía de niños y se lo había ganado, el premio incluía la decoración, por esta razón tenía todo para esperar al bebé. Ella sintió que su esposo estaba muy emocionado con la llegada de ese bebé y se mostraba

muy triste con la muerte del mismo, pero no lloraba, así que ella decidió no llorar para no herirlo más.

Tanto la familia como las amistades nunca tocaron el tema de las muertes de sus bebés. Por un buen tiempo ese tema estaba prohibido o cancelado en las reuniones familiares, se evitaba hablar de cualquier tema que se refiriera a muerte y a bebés. Posteriormente tuvo dos embarazos normales y el resultado fueron dos niñas normales. Manifiesta que actualmente no usa ningún método anticonceptivo y no ha salido embarazada, que duda que pueda suceder, pero guarda la esperanza de tener un bebé del sexo masculino, pues todos los que ha perdido han sido varoncitos.

Historia Personal

Gladys es hija única. Su madre, que también era hija única, la tuvo cuando ya había cumplido 40 años. Su padre era mucho más joven que su madre, así que se separaron cuando ella tenía once años de edad. Como su madre trabajaba su abuela se quedaba cuidándola. Manifiesta que su abuela la consentía mucho, pero que cuando se disgustaba era una persona muy agresiva. Fue una niña tranquila, como su madre era hija única no tenía primos con quién jugar, y sus vecinos eran mayores que ella; así que jugaba sola cuando estaba en casa; pero cuando llegaba a la escuela podía jugar con sus amiguitas.

Como su padre era mucho más joven que su madre, la familia de éste no estaba contenta con esa relación, por lo que el contacto con esa familia era mínimo. Comenta que por un tiempo se sentía muy feliz por ser hija única, pues todo era para

ella; pero en ocasiones se sentía muy sola. Manifiesta que en estos tiempos es muy común ser hijos únicos, pero en su época, ser hijo único era la excepción. Cada vez que veía a otros niños jugar con sus hermanos y primos se sentía un poco triste. De niña se hizo la promesa que iba a tener más de dos niños y que los iba a tener joven y no esperar tanto como su mamá.

Gladys manifiesta que fue una niña un poco tímida, pero en la adolescencia trato de vencer esa timidez haciendo precisamente todo aquello que la causaba, hablaba con naturalidad con las personas con las que no tenía un vínculo amistoso, pero por dentro sentía mucho temor y nerviosismo, pero poco a poco estas emociones fueron disminuyendo. Actualmente, en algunas ocasiones estos temores y ansiedades la atacan nuevamente, sintiéndose de la misma manera que cuando era una niña.

Después de la muerte de su abuela, ella se dedicó a estudiar su licenciatura y a trabajar por lo que tenía poco tiempo para divertirse y tener una vida social. Sus amigos eran pocos, generalmente compañeros de la Universidad. Tuvo su primer novio a los 21 años, con un joven de su misma edad que conoció en la Universidad, su relación fue muy bonita, pero se vio afectada por la enfermedad que presentaba él, padecía de Anemia Falciforme y constantemente estaba en el hospital debido a las crisis que frecuentemente le daban.

Su relación nunca terminó formalmente, los padres del joven lo llevaron por varios meses a un tratamiento en el extranjero y ella decidió que era mejor terminar con aquella relación, pues iba a ser muy difícil llevar una vida de pareja con una

persona con dicha enfermedad y que sería irresponsable tener hijos, pues era seguro que saldrían enfermos.

Conoce a su actual esposo en una reunión de un partido político celebrada en la Provincia de Chiriquí, reunión a la que fue casi obligada por su mamá, en una ocasión en que ella fue a visitarla. Un año después de dicha reunión se casan.

Historia Familiar

Gladys vive con su esposo y sus dos hijas de 7 y 6 años respectivamente. Su relación con su esposo es algo compleja, en el sentido que él viaja mucho, tanto al exterior como al interior de la república por asuntos tanto de política como de negocios por lo tanto, no conviven mucho tiempo juntos. Manifiesta que es sus dos primeras pérdidas el no estaba con ella y en momentos importantes tampoco está.

Manifiesta que ya se acostumbró a ese estilo de vida y que por tal motivo ella hace su vida con sus dos niñas a su manera y cuando él está entonces que se involucre y se ajuste a sus agendas. Con cierta apatía dice que ya se cansó de estar añorando un ideal de pareja, pero un ideal común y corriente, pero ya aceptó que la política es su más fuerte rival.

Gladys confiesa que después de casarse sentía muchos celos por los viajes de su marido y en algunas ocasiones tenía conflictos con él por esa situación, pero después de las muertes de sus bebés, los celos desaparecieron pues sentía que ya nada la afectaba. Su relación actual con él es normal, una vida de pareja sin muchos

conflictos, pues según ella, se ven tan poco a la semana que sería fatal para ella y sus hijas utilizar el tiempo para peleas. Manifiesta que como padre trata de aprovechar el máximo el tiempo con sus hijas, pero como pareja no se dedican el suficiente tiempo.

Por un tiempo “acaricio” la idea de divorciarse de su marido, pues su vida de pareja no es la más ideal, pero pensó que no era adecuado dejar a sus dos hijas sin el amor y la presencia de su padre; pues él se esfuerza por ser un buen padre, aunque no esté mucho tiempo con ellas. A pesar de la situación que tiene con su esposo la relación que tiene con la familia de él, es muy buena. Sus suegros y las hermanas de él están siempre pendientes de ellas. Trata con mucha frecuencia que sus hijas se relacionen con sus primos, pues no quiere que ellas se sientan solas.

La relación que tiene con su madre es vía telefónica, sólo en fechas especiales como Navidad y Semana Santa es que llega a visitarla, pues su madre vive en Chiriquí. Le gustaría que su madre se decidiera a vivir con ella, pero ésta se niega a dejar su querida Provincia. Comenta que su madre tiene una muy buena relación con su marido, y es ella la que constantemente le aconseja que lo comprenda y que no piense en dejarlo.

Examen del Estado Mental

Se mostró cooperadora, pero con una actitud indiferente y contaba su historia como si fuese vivida por otra persona y no por ella.

Aspecto General de la Persona: Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona.

Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones con una actividad lenta.

Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, confusión y una ligera tristeza.

Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones una mímica disminuida.

Valoración cuantitativa del discurso: normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: entre normal y reducidas.

Manifestaciones de ansiedad: manifestaba una ansiedad leve.

Orientación: no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.

Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Obsesiones y Fobias: no se observaron

Sentimientos de despersonalización: no se observaron.

Orientación del estado del ánimo: ligera tristeza.

Memoria: normal.

Atención: normal.

Conciencia de la enfermedad: Incongruente, pues acude en busca de atención porque así lo recomendó su jefa. Pues no logra identificar la causa de su padecimiento.

Considera que las muertes de sus bebés la afectaron en su momento, pero que su actual malestar no se debe a estas pérdidas.

Caso No 5**Problema Actual o "Queja Principal".**

"Me dijeron que usted estaba solicitando voluntarios para realizar una terapia de grupo, para mujeres que han perdido algún bebé, por eso estoy aquí, hace aproximadamente dos años y medio, perdí a mi bebé y creo que no he podido superarlo, mi esposo desea tener otro hijo y yo tengo mucho miedo, no soportaría que me ocurriera algo igual, deseo superarlo pero no puedo".

Información General

Nombre:	Victoria
Edad:	27 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	25 de abril de 1976
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Casada
Dirección:	El Bosque
Ocupación:	Abogada
Nivel Socioeconómico:	Medio Alto
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Victoria manifiesta que desde que murió su bebé, su vida ha dado un "giro de 360 grados". Desde ese momento hasta la fecha ha presentado los siguientes síntomas:

- Hay días en que no desea comer nada y otros en que come con tanta ansiedad, que después desea vomitar y no es porque tenga deseos de mantenerse delgada, sino porque todo lo que come le cae mal.
- Los dulces no eran parte de sus hábitos alimenticios, pero es lo único que le cae bien y es lo que más desea comer. Comenta en tono de broma, que si se llega a desaparecer, la pueden buscar en cualquier dulcería. Esto le ha ocasionado problemas con su esposo, pues se ha engordado y le molesta que él le diga que está descuidando su salud.
- Tiene dificultades para concentrarse, ha perdido dinero, las llaves de su casa, de su auto y se le olvida el lugar donde deja las cosas.
- No puede evitar llorar y recordar todos los acontecimientos relacionados con la muerte de su bebé. En las ocasiones en que ve a bebés se pone triste, pero cuando ve a un niño que tiene la edad aproximada, que podría tener su bebé si viviera, no puede evitar las lágrimas.
- No tiene dificultades para iniciar al sueño, por el contrario, se siente cansada y con sueño desde muy temprano de la noche, pero duerme muy intranquila y no siente un sueño reparador.
- Se siente muy sensible, cualquier dificultad que tiene con su esposo o con cualquier otra persona, la hace sentir muy mal. Se siente como una niña tonta e inútil.

- Tiene algunos conflictos con sus familiares, especialmente con su madre y su esposo, porque éstos le critican el obsesivo trato y cariño que le tiene a su perrito. Según ella su perrito es como su bebé, que necesita de cariño y amor (en ocasiones cuando se refería al veterinario de su perro, lo llamaba el pediatra.)
- No le interesa ver películas o programas de televisión, excepto la "Niñera experta" (es un programa por cable, de una enfermera proporcionándoles consejos a los padres, sobre la forma de cuidar a los bebés y la manera de solucionar las comunes dificultades que se presenten) aunque a veces llora viendo ese programa, de alguna manera la reconforta.
- Tiene problemas con su esposo, pues éste viéndola tan interesada en los bebés, le ha sugerido tener otro bebé, pero ella se niega. Comenta que le gustaría tener otro, si Dios pudiera poner en su vientre el mismo que le llevó.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Cuando tenía 12 años fue atendida una o dos veces por un psiquiatra, debido a que se deprimió por la muerte repentina de su padre. El Psiquiatra le dio unos medicamentos y eso fue todo. Manifiesta que se sentía triste por la muerte de su padre; pero lo que más la entristecía era ver el estado emocional de su madre y su hermanito. Antes y después de esta atención no ha recibido atención psicológica por otros motivos.

Después de la muerte de su padre, casi todas las noches lloraba en su cuarto a escondidas para que nadie la viera ni la oyera. También tenía muchas pesadillas, pero

nunca le contó a su mamá, pues no quería verla tan triste y preocupada. Cuando cumplió quince años se deprimió mucho más, pues desde que estaba muy chica su padre y ella bailaban y practicaban la manera en cómo bailarían el vals en su fiesta de quince años. Ella deseaba que ese año pasara rápido. Su madre quiso celebrarle sus 15 años con una fiesta pero ella no aceptó, tampoco quiso irse de viaje por un crucero.

Manifiesta que la muerte de su padre la afectó mucho. Desde que era una niña lo admiraba y quería tanto que soñaba con casarse con un hombre igual a él y tener hijos igual a él. Semanas antes que su padre muriera, sin saber que esto sucedería, ella le había comentado que cuando ella fuera grande y crecía iba a tener un niño y una niña y que al niño le iba a poner el nombre de él.

Anamnesis Somática

Victoria manifiesta haber sido una persona muy sana, muy pocas veces se enfermaba. Los resfriados que es la única enfermedad que recuerda haber padecido, le duraban muy poco. Sólo recuerda haberse sentido muy mal del estómago, para la época en que su padre murió.

Historia de la Pérdida

Victoria desde antes de quedar embarazada empezó a prepararse para su futuro embarazo, no sólo físicamente sino también emocional e intelectualmente, pues leía e investigaba toda la literatura concerniente al embarazo y al cuidado del bebé, tomaba ácido fólico, vitaminas, y reconstituyente para preparar el “nidito”, hacía ejercicios

físicos y de relajación, etc. Al decidir ella y su esposo tener un bebé, no hubo dificultades para concebir y su embarazo se llevó muy bien hasta las 26 semanas.

A las 26 semanas presentaba problemas por un sangrado pequeño. El doctor le sugirió que guardara reposo, una semana después tuvo ruptura de membranas y tuvo su bebé a las 27 semanas. El bebé nació con complicaciones y a los tres días murió. Victoria se ha sentido muy decepcionada de su médico, pues él no le mandó medicamentos para fortalecer los pulmones de su bebé, por si se presentaba una emergencia como la que se dio. Ella se siente muy culpable por haber elegido a ese médico, en lugar de otro que le habían recomendado mucho.

El día anterior al sangrado que presentó, sus compañeras de trabajo y sus amistades le había celebrado su baby shower, celebración que disfrutó al máximo y en las que había tomado muchas fotos para el album de su bebé. Le regalaron muchas cosas lindas y además le regalaron en efectivo, su emoción era tal que decidió ir al día siguiente a comprar lo que le hacía falta, considerando que todavía no estaba tan avanzado el embarazo y que era el momento apropiado. Ese mismo día, mientras compraba en un almacén, sintió las molestias e inmediatamente fue al doctor.

Hay momentos en que Victoria se cuestiona si su comportamiento durante el embarazo fue el adecuado o fue irresponsable, si el estar en la "rumba" el día anterior y luego ir de compras durante todo un día provocó la muerte del bebé. Comenta que estos pensamientos a veces la perturban y se siente muy culpable. Siente que se confió demasiado, no sólo en su juventud, sino el médico que eligió por era el Tío de una amiga. Además, confiesa que no le hizo caso a su esposo, cuando éste le comentó

que había algo en el ginecólogo que no le agradaba, pero que ella hizo caso omiso a la inquietud de su esposo y ahora se arrepiente de su terquedad, en no escuchar su opinión.

Cuando su bebé nació no pensó que iba a morir, pues recordaba que a una amiga le había sucedido algo similar y su bebé con menos semanas de gestación logró sobrevivir. Ella estaba consciente de la gravedad de su niño, pero confiaba en que saldría adelante. Cuando estaba en cama se dedicaba a pensar en que tendría que llamar a una amiga que tenía en Miami, para que le mandara artículos y ropita para bebés prematuros, pues lo que le habían regalado no le iba a quedar y en Panamá no había. Nunca imaginó que a ella le podría ocurrir algo así.

A pesar de la gravedad de su bebé y del pronóstico no alentador del neonatólogo, la noticia de la muerte de su bebé fue sorpresiva y desgarradora, según las palabras de Victoria. A pesar de lo delicada que estaba, ella misma pidió vestir a su bebé y acudió a la ceremonia religiosa. Aunque todos le decían que no tenía que realizar una misa, pues el bebé no tenía pecado, ella le pidió a un sacerdote amigo que realizara una pequeña ceremonia y así se hizo.

Ella y su esposo al llegar a su casa lloraron mucho, todas las noches lloraba sin consuelo. Sus familiares estaban muy preocupados por ella, en especial su mamá y decidieron llevarla donde un Psiquiatra y éste le dio medicamentos para tranquilizarla. Comenta que el tiempo ha transcurrido y ha tratado de seguir adelante, pero que la tristeza que siente no ha disminuido en nada.

Le agradece a sus amigas y ya sus familiares el apoyo que le han dado, pero está cansada que le digan que "tiene un angelito en el cielo que la cuida", pero lo que ella quiere tener es un "diablito en la tierra que haga travesuras y que la haga feliz". Le molesta que le digan que ella y su esposo están jóvenes y puedan tener otro hijo, como si otro hijo reemplazara el que perdió.

Está convencida que su esposo quiere otro bebé por recomendaciones de otras personas que le han sugerido esto, pues piensan que con otro hijo ella se recuperaría. Esto le ha traído grandes problemas con él, pues ella no quiere tener más hijos por el momento y su esposo insiste. Reconoce que esta pérdida la ha afectado mucho y es por eso que busca ayuda, pues siente que su vida se apaga poco a poco y es consciente que su comportamiento está afectando a sus seres queridos.

Victoria comenta que no se cansa de oler y ver toda la ropita que compró para su bebé, que aunque llora cada vez que entra al cuarto de su bebé, esto la hace sentir cerca de él. No se explica que pudo hacer mal para tener tan terrible pérdida. **Cuestiona a Dios por quitarle** todo lo que ella ama, a veces siente que lo odia y no entiende su bondad.

En ocasiones **ha** llegado a pensar que su desgracia vino semanas antes de su sangrado con la contratación de la futura "nana" de su bebé. Ella había contratado a una joven de 28 años para ir la preparando para que cuidara a su hijo cuando éste naciera. Esta joven recientemente había perdido a su primer bebé. Aunque Victoria reconoce que su análisis carece de fundamento, trata de darse una respuesta para lo que le ha ocurrido.

Manifiesta que de ser posible, retrocedería en el tiempo y trataría de repasar paso a paso todo lo vivido antes de la muerte de su bebé, para identificar en qué falló. Si pudiera cambiar algo, no participaría en la fiesta que sus amigas le prepararon, no comería todo lo que comió, no se iría de compras, elegiría otro médico y descansaría más, “por querer ser una embarazada moderna, me ocurrió lo que me ocurrió”, comenta con mucho pesar.

Historia Personal

Victoria es la primera de tres hermanos. Es la única mujer, su tercer hermano, es hijo de su madre con su segundo esposo. Su niñez fue muy buena, era muy feliz, era como vivir en un cuento de hadas, sus padres se querían mucho, considera que le dieron una excelente educación tanto académica como en valores. Fue una excelente estudiante hasta la primaria, pues después de la muerte de su padre, su rendimiento bajó un poco.

Antes de ingresar a la Universidad estaba indecisa en la profesión a la que se dedicaría, le gustaba mucho la carrera de Bióloga y también la de Derecho y Ciencias Políticas; pero decidió estudiar leyes como su padre, pues de alguna manera quería guardar cierto tributo a su memoria. Su padre fue un excelente abogado, y qué mejor tributo que seguir sus pasos como profesional del Derecho.

Siempre se exigió como estudiante dar lo máximo, igualmente como profesional se ha exigido lo mismo. Antes de salir embarazada estaba trabajando en una Institución donde le iba muy bien, pero renunció justo después de la muerte de su

bebé, pues en esa empresa no quisieron reconocerle su tiempo de licencia debido a que el bebé murió. Esto por supuesto la afectó mucho y renunció porque no podía trabajar en un lugar donde no reconocieran la dignidad y el dolor del ser humano.

Actualmente, junto con su esposo está administrando su propio negocio, pero nada relacionado a las leyes, sino un restaurante. El administrar su propio negocio ha sido un escape según ella, pues la mantiene entretenida, y también lo ha utilizado como excusa para escaparse de compromisos familiares y sociales; ya que no tiene deseos de salir.

Historia Familiar

Desde niña la relación con sus padres fue muy buena. Con su padre tenía una excelente relación. Se molestó mucho con Dios porque se lo quitó, se decía que habiendo hombres tan malos porqué tuvo que llevarse a su papá. Se molestó con Dios por un buen tiempo, se reconcilió con Él cuando realizó la confirmación a los diecisiete años.

Con su madre la relación ha sido excelente, su madre es su amiga, su confidente, su ángel, como ella lo manifiesta. Seis años después de la muerte de su padre, su madre se vuelve a casar, al inicio aunque le agradaba el novio de su madre, no le agradaba la idea de que se casaran, pero después lo aceptó.

La relación con su padrastro es muy buena. Con sus hermanos la relación también es muy buena. De alguna manera siente que por ser la única mujer ellos la

"miman" mucho. Aunque quiere mucho a su hermano menor, siente un especial afecto y le brinda mayor atención a su otro hermano, pues ella considera que todavía no ha superado la muerte de su padre.

La relación con su esposo también es buena, aunque últimamente se ha visto afectada por sus deseos de tener un bebé y porque él la acusa de tener un comportamiento inadecuado que está perjudicando su salud y la relación de pareja. Ella manifiesta que él no le ha dolido tanto la muerte de su bebé como a ella, pues no lo llevó en su vientre por más de seis meses. Reconoce que algo no está bien y es por ello que busca ayuda profesional para superar todos esos obstáculos o conflictos que está viviendo.

Examen del Estado Mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa, algo ansiosa por su situación con su esposo, muy triste y enojada con Dios.
- Aspecto General de la Persona: Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona.
- Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones oscilaba entre una leve inquietud y una actividad lenta.
- Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, confusión y una marcada tristeza.
- Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones una mímica acentuada.

- Valoración cuantitativa del discurso: normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: Incongruentes, pues en ocasiones sus expresiones eran acentuadas y en otras muy reducidas.
- Manifestaciones de ansiedad: manifestaba una ansiedad moderada, pues le preocupaba mucho su situación de incertidumbre, por un lado no sabe si desea tener otro bebé, porque desea complacer a su esposo o porque ella lo desea, y por el otro lado, tiene mucho miedo que vuelva a ocurrir algo similar.
- Orientación: no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.
- Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Obsesiones y Fobias: no se observaron
- Sentimientos de despersonalización: no se observaron.
- Orientación del estado del ánimo: Tristeza marcada.
- Memoria: normal.
- Atención: normal.
- Conciencia de la enfermedad: Presente, está consciente que no ha podido superar la muerte de su bebé y que esta situación le está afectando en su vida familiar.

Caso No 6**Problema Actual o "Queja Principal"**

"Fui a un seminario de dos días que se dio en el Ministerio de la Familia para padres que van adoptar, usted dio una conferencia sobre el duelo por infertilidad y ahí me di cuenta que yo estoy pasando por un duelo y no lo sabía, y que no lo he podido elaborar así que decidí asistir a la terapia, para luego decidirme a adoptar, pues ese niño que adoptaré necesita que yo esté emocionalmente bien, como usted así lo manifestó en la charla".

Información General

Nombre:	Lucy
Edad:	39 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	22 de agosto de 1964
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Soltera
Dirección:	Villa Lucre
Ocupación:	Doctora en Medicina
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Lucy manifiesta que durante mucho tiempo se ha sentido mal y no sabía que estaba pasando por un duelo. Entre los síntomas que presenta son los siguientes:

- Se irrita con facilidad, siente que no es muy "paciente" ni humana con sus pacientes, como solía serlo.
- Se siente muy culpable consigo misma, pues se dedicó a estudiar, a tener cierta estabilidad laboral y económica para luego formar una familia. Cuando quiso tener hijos ha sido muy difícil y el tiempo ha sido su peor enemigo. Considera que su prioridad debió haber sido distinta.
- Siente mucha rabia hacia Dios o a la vida, por lo injusta que ha sido, pues considera que está económica y emocionalmente preparada para criar a un niño y se lo está negando, en cambio hay tantas mujeres que abortan y maltratan a sus hijos y no tiene dificultades para concebir.
- Se siente muy sola y triste, pues todas sus amistades y familiares han podido formar familias y ya sus hijos están en edad escolar y ella todavía no ha podido hacerlo. Cada vez que es invitada a celebrar un acontecimiento (cumpleaños, primeras comuniones, graduaciones, etc.) se deprime y cada año que pasa se intensifica más la tristeza.
- Se siente muy ansiosa por todo el proceso de adopción. Manifiesta que optó por la adopción para ver si se relajaba, y de esta manera pudiera quedar embarazada, como ha ocurrido con algunas mujeres.

- Estaba obsesionada y la idea todavía la mantiene, de que alguien esté embarazada y le obsequie su bebé recién nacido. O puedan darle en adopción a un bebé, para ella poder disciplinarlo desde pequeño.
- La ansiedad y la soledad le ha dado por fumar, aunque sabe que le hace daño, por lo menos la calma un poco. Prefiere fumar a comer demasiado y engordarse.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Lucy comenta que a la edad de 14 años emocionalmente se sintió muy mal y la llevaron donde una psicóloga, pero no le gustó y recuerda que sólo asistió un par de veces. El motivo por el que la llevaron era por rebelde y grosera (según el criterio de su madre). Lucy manifiesta que su madre exageraba todo, es cierto que ella se sentía mal porque sus padres se peleaban mucho y se estaban separando, pero no eran para que la llevaran donde una psicóloga, y mucho menos por los motivos que su madre manifestaba.

Su madre, comenta Lucy, no aceptaba que su padre quisiera divorciarse y buscaba motivos para retenerlo y que mejor motivo que decir que su hija estaba muy afectada por la separación y que debía ser atendida por un psicólogo. Recuerda que su madre inventaba historias y llegó a decir que ella tenía un comportamiento muy extraño, que lloraba por las noches y que hablaba sola. Reconoce que el comportamiento de su madre la entristecía mucho, pero consideraba que su madre era la que causaba todas las discusiones con su padre y que ella no lo juzgaría, ni culparía si él decidía divorciarse de su madre.

Anamnesis Somática

Lucy manifiesta que en forma general fue una niña y adolescente sana. A los 10 años permaneció por varias horas en un hospital en observación, ya que ella y su familia tuvieron un severo accidente automovilístico. Sus hermanos fueron los más afectados pero todo salió bien. El accidente se originó por una discusión que tenían sus padres, su madre le tiró algo a su padre y éste perdió el control del auto.

Comenta que inició su vida sexual a los 26 años de edad y como método de planificación utilizó pastillas anticonceptivas. A los 32 años Lucy decidió dejar las anticonceptivas para tener bebés, pero dos años después es que logra quedar embarazada y pierde a su bebé a los 4 meses de gestación. Luego de esa triste experiencia decide no utilizar ningún otro método anticonceptivo, para poder embarazarse lo más pronto posible, pero no lo logra, sino hasta cinco años después de su primera pérdida, para ese entonces sufre de una fuerte varicela y pierde a su bebé a los tres meses de gestación. Desde ese entonces hasta la fecha, a pesar que no utiliza ningún método contraceptivo y de análisis médicos que indican que no existe ninguna causa que le impida a ella y a su novio procrear un hijo, no ha podido concebir. Ha estado bajo tratamientos pero los esfuerzos hasta la fecha han sido nulos.

Historia de la Pérdida

Lucy ha tenido dos pérdidas, durante los dos primeros trimestres, por lo que no tiene un lugar en donde se sepultado los restos de sus bebés. Nunca supo la causa de su primera pérdida, tomo esta muerte como algo normal que sucede durante los primeros

meses de embarazo. Trató de usar sus mecanismos de defensas y sus conocimientos en la medicina, para decirse a sí misma que no tenía que entristecerse, pues la naturaleza sabe cómo hacer las cosas. En ese entonces no pensó en que para ella iba a ser difícil concebir nuevamente.

Ante esa pérdida casi nadie se interesó por su aspecto emocional, ni siquiera ella misma, del tema no se hablaba. Mucho tiempo después queda nuevamente embarazada y pierde a los tres meses a su bebé por una fuerte varicela que sufrió. Se culpa a sí misma de esta pérdida, porque siendo médico y tratando con toda clase de pacientes cómo no pudo tomar las medidas para que esto no pasara. Cómo si estaba tratando de quedar embarazada no se vacunó contra la varicela, se cuestiona Lucy.

Debido lo temprano de sus embarazos fueron pocas las personas que se enteraron de su condición y después que perdió a su bebé no consideró oportuno comunicarles lo que le había sucedido. Trató por todos los medios de quedar embarazada nuevamente. Comenta que sus relaciones sexuales con su novio estaban totalmente planificadas, pues controlaba tanto el día como la hora en que debían tener sexo y la posición con la que deberían hacerlo, en fin tanto protocolo estaba afectando su relación de pareja y su intimidad. Se irritaba si por algún motivo algo o alguien sin querer, interrumpía todo el ritual para poder concebir un hijo.

Cada período menstrual que tenía era sufrido de tal manera, que hasta lloraba con cada regla, cada atraso era vivido con mucha ansiedad y esperanza, pues se decía “esta vez sí que funcionó” y cuando su periodo “bajaba” se deprimía mucho más. Con cada atraso negociaba con Dios, prometiéndoles infinidad de cosas para que Él le

diera la oportunidad de ser madre. Posteriormente ella al no quedar embarazada se obsesionó con la idea de adoptar a un bebé.

Historia Personal

Lucy es la última de cuatro hermanos, ella es la única mujer. Tiene tres hermanas, hijas del segundo matrimonio de su padre. Lucy considera que a pesar de las dificultades que sus padres tenían, le proporcionaron una buena educación a ella y a sus hermanos. Fue una buena estudiante, siempre preocupada por hacer las cosas de la mejor manera. En primer ciclo su rendimiento bajó un poco por el divorcio de sus padres, pero en la secundaria su rendimiento fue excelente. Decide estudiar medicina en el extranjero, para no sentirse sola, pues su madre únicamente estaba esperando que ella se graduara para mudarse a Miami.

Estudió en México y allí conoció a un argentino con el que se hizo novia, pero como ella estaba muy jovencita y había sido criada con principios morales y religiosos muy estricto no quiso tener relaciones sexuales prematrimoniales con él y por este motivo la relación terminó. Luego de terminada la carrera se hace novia de un joven panameño y estaban planeando casarse, deciden para Navidad visitar a sus familiares en Panamá, para formalizar su compromiso y para esa época el joven tiene un accidente de tránsito y muere.

Decide luego de ese incidente estudiar una especialidad en México, terminada su especialidad decide regresar a su País. Durante el segundo año de Internado en Panamá conoce a un señor que está divorciado y con el que mantiene una relación

amorosa hasta la fecha. Comenta que la relación que mantiene con este señor es buena, pero que no decide vivir juntos ni casarse, porque todo lo que planea le sale mal. Además, si desea adoptar a una niña, es mejor hacerlo como una profesional soltera. Posiblemente más adelante decidan vivir juntos, pero por ahora ella desea arreglar su vida.

Historia familiar

Lucy mantiene una buena relación con su padre, su madrastra y sus hermanas. Igualmente mantiene una buena relación con sus hermanos por parte de madre. Con su madre la comunicación es más distante. Su madre luego que ella se graduó de secundaria, decidió trabajar y vivir en el extranjero con unos parientes. Aunque se comunican por teléfono e internet, su madre con muy poca frecuencia los visita en Panamá.

Lucy manifiesta el gran amor que siente por su madre, pero tiene que reconocer que su madre emocionalmente no está muy bien. Relata tristemente la forma inadecuada en que se comportaba su madre con su padre y la forma en cómo los manipulaba para molestarlo. Su padre, según Lucy, soportó estoicamente las neurosis de su madre, por amor a ellos, pero llegó un momento en que la situación entre ellos era insostenible y él se separó. Lucy comenta que aunque le dolió la partida de su padre, era la mejor decisión; pues las discusiones, los celos y las agresiones de su madre eran intolerables. Su madre es una buena persona, pero los celos la mataban.

Examen del Estado Mental

Se mostró cooperadora, comunicativa, algo ansiosa, pero con una satisfacción de encontrar un lugar en donde dieran respuestas a sus conflictos emocionales.

Aspecto General de la Persona: Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona

Actividad motora: en términos generales su actividad era normal.

Expresión del rostro: su rostro mostraba cierta confusión e inquietud.

Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones una mímica acentuada.

Valoración cuantitativa del discurso: normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: Normal, en ocasiones cierta incertidumbre y confusión.

Manifestaciones de ansiedad: manifestaba una ansiedad moderada, por todo lo que ha tenido que pasar para tener o criar a un bebé.

Orientación: no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.

Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Obsesiones y Fobias: no se observaron

Sentimientos de despersonalización: no se observaron.

Orientación del estado del ánimo: ligera tristeza, y ansiedad moderada.

Memoria: normal.

Atención: normal.

Conciencia de la enfermedad: Presente, pudo identificar que sus malestares se deben a un duelo complicado no resuelto.

Caso No 7**Problema Actual o "queja Principal"**

"Tengo muchos problemas, mi hijo de 16 años tiene problemas con mi esposo, él no es su padre pero lo ha criado desde pequeño. Yo tengo otros niños, que son hijos de mi esposo y él dice que no quiere que mi hijo le dé malos ejemplos a sus hijos, yo no sé que hacer, pues considero que mi hijo no es tan malo como mi esposo lo pinta. Mi esposo dice que yo lo prefiero y lo quiero más que a mis otros hijos".

Información General

Nombre:	María
Edad:	34 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	20 de enero de 1969
Escolaridad:	Primer Ciclo de Secundaria
Estado Civil:	Unida
Dirección:	Los Andes
Ocupación:	Mensajera
Nivel Socioeconómico:	Bajo
Religión:	Evangélica

Historia de la Enfermedad Actual

María presenta los siguientes síntomas:

- Lloro con mucha facilidad y se pone muy ansiosa, especialmente cuando su hijo mayor está involucrado en algún problema.
- Se siente muy triste, pues considera que su esposo ya no quiere tanto a su hijo mayor como antes.
- Teme que su hijo mayor siga los pasos de su padre biológico, el tanto pensar en esa posibilidad le causa fuertes dolores de cabeza, de estómago y hasta le quita el sueño en las madrugadas.
- Tiene muchas discusiones con su esposo, porque éste le reclama la forma en cómo malcria a su hijo y la forma desigual en que trata a sus hijos, dándole especial atención al mayor.
- Se siente confundida, pues considera que si su esposo le reclama constantemente la manera en cómo educa al chico, es mejor que ella se divorcie de él, y así no la moleste ni a ella ni a él. Reconoce que su esposo es un gran hombre en muchos aspectos, y no le gustaría dejarlo; pero en una ocasión ella prometió que nadie le haría daño a su hijo mayor y cumplirá esa promesa.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Nunca ha sido atendida por ningún especialista de salud mental. Comenta que por muchos años se sintió muy "nerviosa", muy triste y muy sucia porque desde niña fue abusada sexualmente por su padrastro. Su madre nunca le creyó y cuando terminó

su tercer año de secundaria se mudó del interior del país a la ciudad capital a trabajar de empleada doméstica, pues no soportaba vivir con su familia.

En la ciudad conoce a un miembro de las antiguas Fuerzas de Defensa de Panamá y se va a vivir con él. La convivencia con él fue muy trágica, pues él la maltrataba psicológica y físicamente. El tenerle tanto miedo y su cobardía según María, ocasionó que él “asesinara” a su bebé, una noche en que no soportaba su llanto. Considera que si él había amenazado con callarlos para siempre, ella debió haberse marchado para su pueblo. El no haberlo hecho la atormenta día y noche desde ese día hasta la fecha.

Anamnesis Somática

María considera que fue una niña y adolescente sana, no ha sido hospitalizada por ninguna enfermedad. Luego de haber perdido a uno de sus bebés, su salud se ha deteriorado un poco, pues se resfría constantemente, le dan dolores de cabeza muy fuertes, tiene gastritis y por cualquier cosa se pone muy nerviosa.

Actualmente, uno de los problemas físicos que está presentando es la ausencia del periodo menstrual en algunos meses y luego el dolor y los cólicos intensos que le dan cuando el periodo aparece. Comenta que el doctor le sugirió buscar ayuda psicológica, pues su estado de ánimo ha alterado su ciclo menstrual, pues no hay indicios que sea por un problema orgánico.

Historia de la Pérdida

A sus 18 años queda embarazada de su marido, que era un miembro de las antiguas Fuerzas de Defensas, y que desde que se unió a él, éste la maltrataba física y psicológicamente. Cuando ella emocionada le cuenta que está embarazada, pensando que se iba a poner feliz, él inmediatamente le da una bofetada y le dijo que lo mas seguro era que él no fuese el padre.

Él se arrepintió y le pidió perdón por la bofetada y le comentó que es casi imposible que él la hubiese “preñado”, pues cuando tenía 20 años le dio paperas y ésta se le “bajaron” a los testículos y su padre le dijo que no iba a poder preñar a ninguna mujer, pero que él la quería e iba a reconocer a ese bebé como suyo.

A medida que el embarazo avanzaba, su marido se irritaba más, en ocasiones comenta María se ponía muy cariñoso y hablaba de todo lo que le iba a ofrecer a su hijo, pero en otras se enfurecía y le preguntaba quién era el padre. A los ocho meses de embarazo los maltratos físicos se acentuaban y en una ocasión ella lo amenazó con acusarlo si seguía pegándole, entonces su marido se enfureció más y le dio una golpiza que le adelantó el parto.

El marido de María la llevó al hospital diciendo que unos ladrones le habían robado y golpeado. Tuvo a unos gemelos (dos varones), que en un inicio estuvieron en cuidados intensivos, pero pudieron salir adelante.

Cuando los bebés estaban en casa, su pareja no soportaba el llanto de los mismos, eso lo irritaba tanto que luego se desquitaba con ella. En varias ocasiones la obligaba a que les diera el biberón con tal de calmarlos y hasta la amenazaba con callarlos tapándoles la boca con un trapo. Ella manifiesta que vivía un infierno del que no sabía cómo salir, sino tenía a nadie que la apoyara. Temía por su vida y la vida de los bebés.

Como no tenía ayuda de nadie, tenía que arreglárselas para atender a los dos bebés. Una vecina de día le ayudaba un poco. Una noche los bebés estaban llorando y ella no podía consolarlos; su pareja tomó a uno de los bebés y se lo llevó a "consolarlo" y luego lo puso en su cuna, ella continuó consolando al otro y luego que se durmió lo puso junto al otro bebé en su cuna. A la mañana siguiente uno de los bebés estaba muerto.

Su esposo quería convencerla que el bebé muerto era el que ella durmió, pero ella estaba convencida que eso no era así. La actitud de su esposo es la que la ha llevado a sospechar que él tuvo algo que ver con la muerte de su bebé. Para todos fue una muerte natural, pero ella sabe que no fue así.

Tenía tanto miedo que su esposo le hiciera algo a ella y a su otro bebé que soportó callada durante un tiempo. Su esposo hizo todos los arreglos para el entierro de su bebé y hasta se mostraba afligido, comenta irónicamente María. Ella pudo junto con los vecinos velarlo durante la mañana en su casa, luego se lo llevaron al cementerio y ella no pudo ir porque tenía que quedarse con su otro bebé y su esposo tampoco le permitió que fuera. María comenta que no podía ponerse triste ni llorar

por la muerte de su bebé, porque su esposo se enfurecía y por miedo a que esto ocurriera, ella delante de él se comportaba como si nada hubiera sucedido.

En ocasiones, al acostar a su bebé en la cuna lo levantaba y lo volvía a acostar pensando que estaba acostando al bebé que perdió. Cuando le daba el biberón se lo daba en dos partes, es decir le daba por unos minutos, se detenía, se lo cambiaba de brazos y luego le seguía dando el biberón hasta que terminara. Hacía esto para pensar que de alguna manera atendía al bebé que murió. Cada vez que su esposo tomaba en brazos al bebé, ella sentía que se iba a morir, pues tenía mucho miedo que él le hiciera algo. Como no podía enfrentarlo directamente de una manera muy disimulada y sin que se pudiera dar cuenta, le quitaba al bebé.

Posteriormente la relación con su pareja se complicó más. Ella tenía mucho miedo y lo único que deseaba era que le ocurriera un accidente y él muriera, pues era la única manera de separarse de su pareja. Comenta que vivía muy asustada y triste, pues no tenía en quién confiar y como no estaba trabajando dependía totalmente de él. Vivió un infierno hasta que la invasión del 20 de diciembre la liberó; pues su esposo desapareció o murió, nunca sus familiares supieron que fue de él. Ella confía que él esté muerto, pues no sabría que hacer si él aparecía.

María narra que ha vivido durante todos estos años con una gran angustia y un gran miedo de que su ex marido aparezca, además de sufrir cada día por aquello que pasó hace tantos años, lo único que la consuela es darle el doble de amor y atención a su hijo mayor.

Historia Personal

María es la quinta de ocho hermanos. María comenta que su vida ha sido muy difícil. Su padre abandonó a su madre cuando ellos estaban muy chicos, y tuvieron que trabajar desde muy pequeños para ayudar a su madre. Posteriormente su madre se unió a otro señor con el que tiene tres hijos más.

El nuevo esposo de su madre se portaba muy bien con ellos y como él trabajaba se ocupaba de los gastos de la casa, así que su madre dejó de lavar y planchar para poder criarlos. La relación con este señor en un inicio fue buena, ella manifiesta que lo quería mucho, pues la trataba de forma muy cariñosa y le compraba dulces; pero después él empezó a abusar de ella. Se sintió por mucho tiempo confundida y a nadie le dijo nada por pena y porque él le decía que eso era normal y todos los padres hacían “eso con sus hijas” y que él solo lo hacía con ella y no con sus hermanas, porque a ella era a quien más quería y por eso no debía decir nada..

Posteriormente, se enteró que su hermana mayor también había sido abusada por él y que le había dado la misma explicación. Para que esto no siguiera ocurriendo con sus otras hermanas, decidieron contarle a su madre, pero ésta no les creyó. Su hermana mayor había salido embarazada y nunca se supo quién era el padre, al ella cuestionarla, ésta le confesó que el padre de su bebé era su padrastro.

María considera que su madre sabe que su marido ha abusado de ellas, pero no se atreve aceptarlo ni enfrentarlo, pues él es el que se encarga de los gastos de la casa.

Cansada de toda esta injusta situación decide abandonar su pueblo y buscar nuevos horizontes en la ciudad capital.

Consigue trabajar de empleada doméstica en una casa de una familia muy adinerada, allí le fue muy bien. Es en ese lugar donde conoce a un Guardia de las antiguas Fuerzas de Defensas, se enamoran y luego deciden vivir juntos. Poco tiempo después, él la obliga a renunciar a su trabajo con la excusa que debe dedicarse a su nuevo hogar.

Desde un inicio se dio cuenta que su marido era un poco agresivo, pero tenía muchas otras cualidades que la hicieron olvidar ese detalle. Comenta tristemente que ese fue su peor error. Poco a poco fue dejándose manipular por él, que no se percató en la violencia en que estaba sumergida. Comenta que ese error le ha costado muy caro, que hasta la fecha lo está pagando.

Después que su marido desapareció o murió en la invasión de 1989, decidió llamar a su antigua patrona y ésta aceptó que trabajara nuevamente en su casa. Su niño era cuidado por la vecina y ella llegaba en las tardes a atenderlo. Cuando el niño tenía dos años, ella buscando consuelo para su pena, optó por buscar a Dios en una iglesia evangélica. Allí conoció a su actual esposo, con el que tiene dos hijos. Comenta con satisfacción que su nueva pareja aceptó y ha querido mucho a su primer hijo y siempre le estará agradecida.

Relación Familiar.

La relación con su segundo esposo ha sido buena, libre de maltratos; sin embargo, últimamente se ha visto afectada, porque él considera que ella sobreprotege y prefiere más su hijo mayor, y eso le molesta porque según él, ese comportamiento está afectando a sus otros hijos. María reconoce que le da una especial atención, pero es porque él ha sufrido mucho y ha perdido a su hermano, a su otra mitad.

La relación con su madre había sido buena, hasta el día en que le contó lo que le estaba sucediendo con su padrastro. Le dolió profundamente el que su madre creyera más en la palabra de su padrastro que en la dolorosa verdad que ella y su hermana le comunicaron, en relación con el abuso sexual que fueron sometidas por parte de su padrastro. Comenta tristemente que su madre es muy buena, pero que no ha tenido la valentía de enfrentarse a su realidad, probablemente tenía mucho miedo de quedarse nuevamente sola y sostener a tantos niños.

Actualmente se relaciona un poco más con sus hermanos, cuando ellos vienen a la ciudad. Ella viaja en escasas ocasiones a visitar a su madre, pues no tolera ver a su padrastro. Desea que se muera rápido, para tener mayor libertad de visitar a su madre y demás familiares.

La relación con su actual esposo ha sido buena, él aceptó y ha criado a su primer hijo como si fuese suyo. Después que tuvo a sus otros dos niños, no ha hecho distinción entre ellos; sin embargo, su hijo mayor está teniendo problemas con su esposo porque él no quiere obedecerle, y esto enfurece a su esposo. Ella reconoce que

su hijo a veces es un poco rebelde, pero ella se siente muy mal cada vez que su esposo lo regaña o le llama la atención.

María comenta muy ansiosa, que ella no soporta que nada incomode o afecte a su hijo mayor, incluso aunque sea un llamado de atención de su esposo, de algún profesor o cualquier otra persona. Reconoció en la entrevista, que su actitud hacia su hijo no es normal, y que en definitiva, su comportamiento con él es diferente al de sus otros dos hijos. Se percató que cuando se dirigía a su hijo era como si se dirigiera al hijo que perdió, es como si tratara a "dos en uno". Reconoció que no ha pasado un día en su vida en el que no recordara aquel incidente en el que su bebé murió.

Examen del estado mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa, muy ansiosa y muy triste.
- Aspecto General de la Persona: levemente descuidado en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona.
- Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones oscilaba entre una leve inquietud y una actividad lenta.
- Expresión del rostro: su rostro mostraba incertidumbre, confusión y profunda tristeza.
- Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones una mímica accentuada.
- Valoración cuantitativa del discurso: normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: Incongruentes, pues en ocasiones sus expresiones eran accentuadas y en otras muy reducidas.

- **Manifestaciones de ansiedad:** manifestaba una ansiedad moderada, pues le lastima cualquier situación que incomode a su hijo.
- **Orientación:** no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.
- **Organización estructural de la comunicación:** coherente, lógica y formal.
- **Transformación patológica de la realidad:** mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- **Obsesiones y Fobias:** no se observaron
- **Sentimientos de despersonalización:** no se observaron.
- **Orientación del estado del ánimo:** profunda tristeza, pues considera que ella tiene la culpa de la muerte de su bebé, por ser tan estúpida y no haber tenido la suficiente valentía de enfrentarse o acusar a su marido.
- **Memoria:** normal.
- **Atención:** normal.
- **Conciencia de la enfermedad:** en un inicio ausente, pero después de terminada la entrevista se da cuenta que sus malestares y su comportamiento con su hijo se deben a que no ha elaborado ni superado la muerte de su bebé.

Caso No 8**Problema Actual o "Queja Principal"**

"Me informaron que iba a realizar una terapia de duelo, deseo saber si yo pudiera participar, hace muchos años perdí a unos mellizos cuando tenía 24 semanas de gestación. Tengo una sola hija de 14 años y es discapacitada. Con alguna frecuencia me derrumbo y no se porqué, estuve leyendo que puede ser porque no he elaborado el duelo por mis pérdidas; pero con tantos años que tengo de enfermera no conozco que se realicen terapias al respecto".

Información General

Nombre:	Daniela
Edad:	42 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	21 de junio de 1961
Escolaridad:	Universitaria
Estado Civil:	Divorciada
Dirección:	Cerro Viento
Ocupación:	Enfermera
Nivel Socioeconómico:	Medio
Religión:	Católica

Historia de la Enfermedad Actual

Daniela refiere que desde hace unos seis meses está tomando un post grado en la Universidad sobre la Prevención Prenatal de Enfermedades Congénitas y ha notado ciertos cambios en ella, tales como:

- Se siente muy sensible, por cualquier situación tiene deseos de llorar y llora.
- Se siente culpable y responsable por la muerte de sus mellizos y por el retardo mental de su hija. No puede evitar dejar de pensar en todo lo que hizo para provocar la muerte de sus mellizos.
- Últimamente se irrita con facilidad con los compañeros de trabajo, pero especialmente con su hija y su madre.
- Le da mucha rabia y ha tenido muchos conflictos con una colega, desde que el momento en que le preguntó, en qué ella había fallado para haber tenido resultados tan fatales con sus hijos.
- Se siente muy sola y piensa que es imposible volver a casarse o establecer una relación de pareja.
- Para fechas especiales como el Día del Niño, de la Madre o Navidad se siente muy triste y con una sensación de vacío que no sabe como llenar. Quisiera que esas fechas fueran eliminadas del calendario.
- A pesar que toma vitaminas, comenta que se siente muy cansada y con un agotamiento físico y mental crónico.

Historia de las Enfermedades Psicológicas Previas

Nunca ha sido atendida por problemas psicológicos. Considera que fue una persona emocionalmente sana, pero las tragedias que han ocurrido en su vida la han cambiado un poco, la han hecho "muy dura".

Se deprimió mucho cuando no pudo estudiar la carrera que ella deseaba (Medicina) que se quedó dos años sin ingresar a la Universidad a estudiar otra carrera. Posteriormente decide estudiar enfermería. Tuvo la opción de estudiar medicina en Rusia, pero su padre muere y su madre no quería que ella se fuera tan lejos. Debido a que es considerada la "fuerte" de la familia tuvo que quedarse para que todo en su familia marchara normal, después de la muerte de su padre.

Anamnesis Somática

Durante su niñez y adolescencia no sufrió de ninguna enfermedad que la obligara a permanecer hospitalizada, pero cuando tenía 23 años la tuvieron que hospitalizar de urgencia pues presentaba unos síntomas muy extraños: petequias por todo el cuerpo, sangrado por mucosas, disminución exagerada de plaquetas y de la hemoglobina, muy por debajo de los valores mínimos aceptados. Los resultados de los exámenes indicaron una Aplasia Medular, la causa para dicha condición no se supo, posiblemente fue debido a un severo envenenamiento o intoxicación con algún alimento o que estuvo expuesta a un químico muy fuerte.

Permaneció por más de tres semanas hospitalizada para determinar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. Ella manifiesta que antes y durante la enfermedad no sintió ninguna molestia o malestar, los médicos le decían que estaba muy delicada, pero ella física y emocionalmente se sentía bien. Cuando inició el tratamiento que fue muy fuerte y prolongado, muy parecido o casi igual al que usan para tratar la Leucemia, fue que vino a sentirse mal por los efectos secundarios de los mismos.

De los síntomas que más le afectaron fueron los brotes de acné por todo el cuerpo, visión nublada y sobre todo una gran depresión. Comenta que cualquier tontería la hacía llorar, se sentía extremadamente sensible ante cualquier acontecimiento. Su estado emocional la afectaba tanto que sin decirle a su madre y a su médico suspendió el tratamiento abruptamente. El suspender el tratamiento de esa forma pudo tener consecuencias negativas, pero afortunadamente no fue así.

Refiere que en su familia tanto paterna como materna la gran mayoría sufre de hipertensión y de diabetes. Pero siendo ella joven nunca le prestó atención a sus antecedentes genéticos y esta condición influyó negativamente en sus embarazos y en el bienestar de sus bebés.

Historia de la Pérdida

Se embarazó a los 28 años, a los seis meses y medio le dio preclamsia y tuvieron que hacerle una cesárea de urgencia. Tanto la bebé como ella estuvieron muy delicadas de salud. Debido a que su bebé nació prematura presenta un retraso mental moderado.

Por la condición tan delicada en que estuvo, ella y su esposo decidieron no tener más hijos. De manera no planificada queda embarazada a sus 34 años. La noticia aunque los tomó por sorpresa se sintieron muy contentos, pues pensaban en que Dios les estaba dando una segunda oportunidad para traer al mundo a un niño sano. Cuando se enteraron que eran mellizos, una niña y un niño, se emocionaron aún más.

Su embarazo tratado como alto riesgo le permitió tomar cierto control y tuvo ningún problema hasta los seis meses. A los seis meses su salud se complicó, que su esposo tuvo que decidir entre la vida de ella o la de sus bebés, optando por la de ella. Uno de sus bebés nació muerto y el otro vivió por cuatro días. Daniela estuvo hospitalizada aproximadamente por tres semanas. Todo ocurrió tan rápido que según ella, no tuvo tiempo para procesar tanto dolor, por otro lado, los medicamentos la dejaron como "anestesiada". Desde ese entonces hasta la fecha se ha sentido así.

No pudo por lo delicada que estaba asistir al sepelio de su niño, pues el varoncito fue el que nació muerto. Le pidió al doctor que le permitiera asistir al sepelio de su niñita, pero tampoco se lo permitieron, pues consideraron que no era adecuado para su salud física y mental. Estaba tan desconsolada que deseaba intensamente que Dios permitiera que ella y su hija mayor murieran. No deseaba vivir, para ella su vida no tenía sentido. No podía creer que ella siendo enfermera y brindando tantas charlas para embarazadas pudiera ocurrirle algo similar, por negligencia de ella misma. Se culpa de haberse preocupado más por otras mujeres embarazadas que por ella misma.

Su tristeza y el cuidado especial que tenía que darle a su hija discapacitada, de alguna manera influyeron negativamente en su relación de pareja y terminó por divorciarse de su esposo. Ella reconoce que en cierta medida tuvo la culpa, pero que él no pudo comprender su situación y buscó refugio en otra mujer, que de paso, comenta Daniela, ha podido darle hijos sanos.

Daniela comenta que pensó que todas estas pérdidas ella las había superado, pero últimamente se ha dado cuenta que no ha sido así. El Postgrado que está tomando sobre Prevención Prenatal de Enfermedades Congénitas le ha sacudido los recuerdos tan tristes que tenía reprimido.

Historia Personal

Daniela es la primera de cinco hermanos (tres mujeres y dos varones). Comenta que su familia es muy unida. Como fue la primera gozó de muchos privilegios, pero también tuvo que asumir muchas responsabilidades. Fue una niña muy feliz. Desde chica sus padres le enseñaron el sentido de la responsabilidad por lo que siempre se exigió dar lo mejor de sí misma.

Fue siempre una excelente estudiante, pero se sintió muy mal por no haber podido ingresar a la Facultad de Medicina, aún cuando aprobó los exámenes de ingreso. No pudo entrar porque los cupos eran muy reducidos. Se sintió tan mal que decidió no ingresar a la Universidad a estudiar otra carrera, porque estaba planeando irse al extranjero. Cuando tenía ya casi todo preparado para irse a Rusia, su padre

muere, por lo que a petición de su madre y porque su familia la necesitaba decidió quedarse en Panamá y estudiar enfermería.

La muerte de su padre la afectó mucho, pues no sólo perdía a su padre sino también tuvo que renunciar a uno de sus sueños tan anhelados. Siempre ha pensado que fue una buena decisión el quedarse, pues su madre estaba muy mal y sus hermanos muy chicos. Sus hermanos le tienen una gran admiración y respeto. Generalmente cuando tienen una dificultad acuden a ella para que les brinde un consejo; esto la hace sentir muy bien y reafirma que valió la pena su sacrificio.

Considera que fue una joven muy formal se dedicó a sus estudios y a su familia, tenía muy poco tiempo para divertirse, aunque era muy alegre y le gustaban las fiestas. Era muy social, así que estaba rodeada de amigos y de personas. Manifiesta que siempre ha sido la que da fortaleza a los demás y no ha podido encontrar quien se la ofrezca a ella.

A los 27 años se casa con el que ha sido su único novio. Su noviazgo fue muy bueno al igual que los primeros años de casados. Su esposo la apoyó mucho con su hija, que necesitaba un cuidado especial por su discapacidad, fueron momentos muy difíciles para todos, comenta Daniela muy desconsolada. Poco tiempo después de la pérdida de los mellizos, su esposo le reclamaba que ella no lo atendía y que era poco amorosa. Ella manifiesta que él no la comprendía y la relación poco a poco se iba deteriorando. Al enterarse de que su esposo le estaba siendo infiel, decidió separarse de él y no darle ninguna oportunidad, tal como él se la pidió.

Es difícil, comenta Daniela, formalizar una relación en la que uno no pueda darle un hijo a su pareja o teniendo una niña especial, que necesita tanto cuidado. Relata que tuvo una relación con una persona que le manifestó que, mientras ella no olvide su pasado y se dedique un poco más a ella que a su hija, no podrá mantener una relación de pareja estable.

Historia Familiar

Daniela procede de una familia de inmigrantes jamaicanos. Sus padres fueron una pareja muy unida y que le transmitieron a ella y sus hermanos que la unidad familiar está por encima de cualquier otra cosa. La relación que tenía con su padre era muy especial, consideraba que su padre era el ideal de hombre con el que toda mujer sueña. Su madre fue una afortunada de tener un esposo con tanta calidad humana. Por este motivo es que fue muy exigente al momento de elegir una pareja.

Su madre era menos amorosa que su padre, pero es una gran mujer, muy trabajadora y que siempre los motivó a superarse cada vez más. La relación con ella es muy buena. Actualmente su madre vive con ella y le ayuda a cuidar a su hija. Con sus hermanas tiene una muy estrecha comunicación, con sus hermanos aunque la comunicación es menos frecuente, la relación es buena. Se siente muy **satisfecha** de poder ayudar a sus hermanos y sobrinos, y ellos saben que tienen su apoyo incondicional.

Siendo ella la persona que emocionalmente sostiene a la familia, le es muy difícil comentarles sus problemas. De la misma manera sucede con su círculo de

amigos. Por esta razón es que a veces se siente tan sola. Sus hermanas la apoyan con el cuidado especial que le tienen que brindar a su hija. Como su familia es muy unida, no hay acontecimiento familiar que no celebren junto. Ella asiste por cumplir, pero últimamente no quisiera asistir. Cada vez que observa a sus sobrinos jugar se pone muy nostálgica que su hija no pueda hacerlo de la misma forma y piensa en cómo serían sus mellizos si vivieran.

Examen del Estado Mental

- Se mostró cooperadora, comunicativa, algo enojada y muy triste, lloró desconsoladamente durante toda la entrevista.
- Aspecto General de la Persona: Levemente rebuscado en lo que concierne al aspecto físico, vestido, y cuidado de la persona.
- Actividad motora: en términos generales su actividad era normal, pero en ocasiones oscilaba entre una leve inquietud y una actividad lenta.
- Expresión del rostro: su rostro mostraba enojo, ansiedad y mucha tristeza.
- Mímica: la mayor parte del tiempo normal, pero en ocasiones se mostraba muy tensa.
- Valoración cuantitativa del discurso: normal
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: explosivas, cuando contaba algo que la afectaba lloraba desconsoladamente.
- Manifestaciones de ansiedad: manifestaba una ansiedad moderada, pues estaba muy inquieta por todos los conocimientos que estaba adquiriendo en relación a la prevención prenatal de complicaciones y enfermedades congénitas y adquiridas.
- Orientación: no se presentan trastornos de la orientación espacio temporal.

- Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.
- Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Obsesiones y Fobias: no se observaron
- Sentimientos de despersonalización: no se observaron.
- Orientación del estado del ánimo: marcada tristeza
- Memoria: normal.
- Atención: normal.
- Conciencia de la enfermedad: Presente, reconoce que muchos de sus malestares se deben a que no ha superado la muerte de sus mellizos.

4.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El tipo de pacientes voluntarios que participarían en la Terapia de Grupo debían tener síntomas depresivos y / o de ansiedad por un duelo complicado o no resuelto asociado a muertes perinatales, sin importar el sexo de los mismos. Entre los criterios de inclusión no estaban el que los participantes debían ser exclusivamente del sexo femenino, sin embargo, no se refirió a ningún voluntario del sexo masculino, y todas las voluntarias fueron mujeres. Esto nos confirma la negación cultural del duelo masculino.

Se entrevistaron a 25 pacientes, 12 de ellas cumplían con los criterios de inclusión, 10 aceptaron participar voluntariamente a la terapia, dos de ellas no pudieron seguir con la terapia, una porque consideraba que su malestar no se debía a la pérdida de su bebé y que su condición no se iba a mejorar escuchando y reviviendo historias tan "trágicas y tristes", y la otra porque faltó a más de cuatro sesiones y era muy impuntual, quedando sólo 8 pacientes en la terapia.

Las edades de dichas pacientes oscilaban entre los 27 y 43 años de edad. Todas ellas de un nivel cultural medio. El 50% de las pacientes presentaban un duelo complicado de tipo crónico, es decir que ellas al buscar ayuda psicológica estaban conscientes que su padecimiento se debía a un duelo que no podían acabar; el 25 % presentaba un duelo complicado de tipo enmascarado, pues no consideraban que su padecimiento actual se debía a un duelo no resuelto, pero como ellas habían tenido una o más pérdidas perinatales decidieron participar en la terapia, pues consideraban que de alguna manera eso no les iba a "caer mal".

Un 12.5 % presentaba un duelo retrasado, en un inicio esta paciente sintió dolor por la pérdida de su bebé, pero trató de racionalizarla y ahora está presentando malestares físicos y emocionales relacionados a esa pérdida. El otro 12.5 % se presentaba un duelo exagerado, pues desde hace dos años ella es consciente que no ha superado la pérdida de su bebé y que en lugar de mejorar siente que su situación se complica aún más.

El número de pérdidas perinatales que las pacientes han tenido se distribuye de la siguiente manera: el 50% ha tenido sólo una pérdida, el 37.5% ha tenido dos pérdidas y un 12.5% ha tenido tres pérdidas. Los años transcurridos de dichas pérdidas oscilan entre los 2 y 16 años. Como podemos observar los duelos por muertes perinatales afectan significativamente el normal funcionamiento de estas personas, afectando también las relaciones que establecen con sus seres queridos, amistades y demás.

El 37.5% de las pacientes aún no han podido tener hijos vivos, el 62.5 % de las pacientes cuentan con uno o más hijos vivos. Según nuestra experiencia con la muestra, no observamos diferencias en el malestar físico, emocional y espiritual propias del duelo, con relación al tener o no tener hijo, confirmando con ello, que cada pérdida es única y ningún otro hijo puede reemplazarlo, aún cuando ese ser haya sido tan pequeñito y haya estado por poco tiempo.

Los resultados arrojados por las pruebas de Depresión y Ansiedad aplicadas antes y después del tratamiento demostraron que la terapia de grupo fue efectiva para disminuir los niveles de depresión y ansiedad asociados a muertes perinatales.

El 75% de la muestra logró disminuir los niveles de depresión, en el 12.5 % no hubo cambios significativos y en el otro 25% los niveles de depresión aumentaron un poco. El aumento leve de los niveles de depresión se explica porque las pacientes antes de la terapia no habían logrado conectar la emoción, no se habían permitido sentir la tristeza propia del duelo, una porque su duelo estaba enmascarado y la otra porque su duelo se había congelado.

En cuanto a los niveles de ansiedad estado, el 75% de la muestra logró disminuir los niveles, el 12.5% de la muestra no cambió y en el otro 12.5% hubo un aumento. En la paciente que no hubo cambio prevalecían más síntomas depresivos que ansiosos, sin embargo, ella si logró disminuir sus niveles de depresión. En la paciente cuyos niveles de ansiedad aumentaron, se debió a que ella presentaba cierta ausencia de respuesta emocional, tanto para la depresión como para la ansiedad, desde el punto de vista clínico, este aumento fue positivo.

En cuanto a la ansiedad rasgo, sólo el 62.5% presentó una leve disminución, el 12.5% tuvo una disminución significativa, un 12.5% no mostró cambio, y un 12.5% tuvo un aumento en el nivel de ansiedad. Es importante aclarar que la disminución de los niveles de ansiedad rasgo no fueron tan significativos como los de ansiedad estado, pues para lograr cambios significativos se necesita de una terapia de grupo más larga y combinada con una terapia individual, pues en el tratamiento de duelos y en especial de los complicados, los factores de personalidad emergen como una variable decisiva más que en cualquier otro padecimiento emocional.

El 100% de las pacientes reportaron dos meses después de concluida la terapia de grupo, mejoría en sus malestares subjetivos, alivio de síntomas y conducta. Lograron a raíz de su experiencia en el grupo establecer redes de apoyo para seguir elaborando adecuadamente su duelo.

Si bien se realizó antes de la terapia de grupo una entrevista para verificar si las pacientes presentaban desde el punto de vista clínico, síntomas de depresión y ansiedad por duelo complicado asociadas a muertes perinatales e identificar el tipo de duelo complicado a través de un cuestionario, se trató en esa ocasión de recopilar la mayor cantidad de información con respecto a las pérdidas y a la vida de las pacientes, ese fue el único contacto individual que se tuvo con ellas, ya que se trató de llevar la investigación de la manera más objetiva y ceñida únicamente al tratamiento grupal.

Durante la terapia de grupo tuvimos muchas veces que negarnos a la atención individual que algunas pacientes pidieron; fue muy difícil mantener esta actitud, pues considerábamos que lo adecuado humanamente hablando era aceptar su petición, pero era importante ceñirse a lo metodológicamente establecido. Aunque la terapia en formato de grupo fue efectiva para lograr disminuir los niveles de depresión y ansiedad, consideramos que la manera más efectiva para tratar duelos complicados es combinar la terapia de grupo con la individual.

En cuanto al comportamiento de las pacientes al ir desarrollando las sesiones de la terapia, podemos esbozar los siguientes comentarios: durante las primeras sesiones de la terapia de grupo se pudo observar cierta resistencia y dificultades para la

participación espontánea o voluntaria, así como para que cada una respetara el tiempo que tenían para su intervención, pero poco a poco las pacientes fueron integrándose cada vez más. Ciertas sesiones fueron más difíciles para algunas pacientes que para otras; pero una de las sesiones que fue muy impactante para todas fue la del manejo de la culpa, todas las pacientes se sentían culpables por las muertes de sus bebés. Por otro lado, según las pacientes, uno de los aspectos de las sesiones que más las fortalecía, era el culminar las mismas con la lectura del credo.

Otro aspecto ha resaltar en relación con la terapia, era que las pacientes no deseaban que la misma culminara, deseaban seguir reuniéndose, pues manifestaban que se sentían acogidas y comprendidas, que se sentían en “familia”. Se les explicó que ellas podían seguir reuniéndose como un grupo de apoyo, pero que ya no era nuestra responsabilidad.

Una de las características comunes de estas pacientes, es que en su gran mayoría han sufrido pérdidas precoces y significativas, han vivido situaciones vitales estresantes y han tenido antecedentes psicológicos disfuncionales de algún progenitor o cuidador, que iban generando a su vez otras pérdidas y cambios, que además de impedir la elaboración, generaban más vulnerabilidad.

Todo esto se vio reflejado en la anamnesis de las historias clínicas y en lo expresado en la terapia de grupo, que mostraron que aunque ha pasado mucho tiempo de otros tipos de pérdidas que han sufrido, se observan aún el impacto o consecuencias de esos duelos, sobre todo en los no bien elaborados y que han sido

reactivados por nuevas pérdidas de distinta índole, repeticiones o reacciones de aniversario, etc., y sobre todo por la o las pérdidas perinatales que han tenido.

En cuanto a las pérdidas de un ser querido (distintas de sus pérdidas perinatales) tenemos: el 50% de los casos las pacientes habían sufrido el abandono de la figura paterna, el 25% la muerte de la figura paterna, el 25% el abandono de la figura materna, el 25% la muerte de sus prometidos o futuros esposos, el 12.5% la muerte de su abuela, el 12.5% había sufrido la muerte perinatal de dos sobrinos y el 25% el abandono de sus esposos.

Entre los otros tipos de pérdidas que las pacientes han padecido tenemos: pérdida de ideales y sueños (como el no haber podido estudiar la carrera que querían), la separación de sus padres, el no haber podido tener o disfrutar de hermanos y primos, el abuso sexual en la infancia y adolescencia, violencia intrafamiliar, enfermedades físicas, carencias económicas, muerte de mascotas, entre otras.

Tanto en las sesiones de la terapia como en las historias clínicas se reflejan las negativas consecuencias del duelo complicado en estas pacientes que, además de haber tenido múltiples pérdidas a lo largo de su vida, les ha tocado sufrir por una muerte perinatal. Entre las consecuencias comunes que todas ellas han padecido por dicha pérdida tenemos:

- Dificultades en sus relaciones de pareja por incomprensión de las diferentes formas de reacción ante el duelo, que en algunas de ellas las llevó a la separación o divorcio.

- Dificultades en las relaciones parentales como sobreprotección o desapego hacia los otros hijos y en algunos casos a nuevos embarazos inmediatamente después de la pérdida, con condiciones emocionales inadecuadas que generan y generaron gran angustia durante la gestación de ese nuevo ser.
- Dificultades en las relaciones con familiares y amigos por no comprender el profundo dolor y la tristeza que sienten.

Como hemos podido notar las historias de estas pacientes están teñidas de múltiples pérdidas significativas, desde muy temprana edad. Aunado a ello, fueron pocos o nulos los recursos tanto en la esfera personal y social que tuvieron a su alcance para hacerle frente a las mismas, que les impidieron desarrollar y potenciar actitudes y aptitudes para acompañar esos sufrimientos, de forma que facilitaran su crecimiento y aprender de esas experiencias dolorosas, afectando su bienestar emocional, físico y relacional. Muchas de ellas utilizaron mecanismos de defensas que en su momento fueron de gran utilidad y que se cronificaron bloqueando esa energía o fuerza vital que les permitiera aprender a despedir lo perdido.

Por todo lo anterior, es importante resaltar que el duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido, forma parte integral de la relación amorosa, no es el fin ni la interrupción del amor, sino una de sus fases naturales. No es una enfermedad si se realizan tareas específicas en el tiempo, de no ser así llega a complicarse, afectando por mucho tiempo a las personas, como es el caso que nos ocupa, por lo tanto era necesario volver a revivir esos recuerdos y completar la tarea que se quedó estancada y la terapia de grupo ayudó a resolver tareas, asuntos inconclusos y pendientes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de concluida la Terapia de Grupo en pacientes con duelo complicado asociados a muertes perinatales, llegamos a las siguientes conclusiones:

- La Terapia de Grupo logró disminuir los niveles de depresión y de ansiedad en las pacientes que acudieron a la misma, mejoría que se reflejó en las pruebas de Depresión y Ansiedad aplicadas después de dicho tratamiento y en el reporte que las pacientes hicieron dos meses después de concluida la terapia, mejorías en la experiencia subjetiva, en los cambios de conducta y en el alivio de síntomas.
- Entre las modificaciones o cambios más relevantes que las pacientes reportaron dos meses después estaban: reducción de sentimientos de culpa y de rabia, disminución de los miedos y ansiedades que tenían con respecto a la muerte, mayor libertad para hablar abiertamente sobre la muerte de sus bebés; cambios con respecto a las pertenencias de los mismos; mejores relaciones con los demás, en especial con sus seres queridos, disminuyendo de esta manera el trato agresivo o indiferente que se les brindaba; mayor dedicación a su cuidado personal y emocional, por lo que lograron disminuir entre otros síntomas, su cansancio y los fuertes dolores de cabeza. Otro aspecto significativo, es que establecieron entre ellas una fuerte red de apoyo.
- Se logró en gran medida resolver los conflictos de separación, y se facilitó las tareas correspondientes al duelo, trabajando los pensamientos, sentimientos y

emociones reprimidos o exagerados. Además se realizaron actividades que permitieron desactivar objetos de vinculación y resolver asuntos inconclusos que impedían la resolución adecuada del mismo.

- Se identificaron ciertos rasgos patológicos en la personalidad de algunas de las pacientes que participaron en la terapia, observándose una relación con la complejidad del duelo que presentaban. Considerando que en la terapia se estaba trabajando en base a cuatro momentos (Creérselo, Permitirse Sentirlo, Asumir los roles pendientes, y Reorganizar la vida) los rasgos más llamativos fueron:
 - Personalidades con rasgos narcisistas, que no aceptaban la realidad de la muerte y que no se permitían sentir el dolor por la pérdida, pues consideraban dicha pérdida como un fallo personal irreparable, como una herida por no haber sido capaz de detectar los avisos de posibles dificultades durante el embarazo y las vivencias de culpa por no haber prestado atención a pequeños detalles, que hubiesen podido evitar la tragedia.
 - Personalidades con rasgos hipocondríacos, que magnificaban cada pequeño sentimiento o emoción, que se la pasaban rumiando y autoflagelándose por la pérdida sufrida, y que intelectualizaban y se recreaban en el dolor sin profundizar en el mismo.
 - Personalidades con rasgos obsesivos y paranoides que proyectaban la rabia en otros y que buscaban culpables por todo lo que les ocurría, soslayando los auténticos sentimientos del duelo.

- Personalidades sumisas y dependientes que reflejaban su incapacidad para reestructurar su vida cotidiana, tras el fallecimiento de su bebé y de recuperar el nivel previo de funcionamiento psicosocial.
 - Personalidades con rasgos depresivos con tendencia al pesimismo y carencia de fuerza interior o motivación para asumir cualquier cambio en general.
 - Personalidades con rasgos histriónicos, que presentaban incapacidad para asumir roles más sanos, pues al mantenerse en duelo por la pérdida de su bebé, obtenían ganancias secundarias y su estigma era motivo de atención y cuidado por parte de sus familiares y amistades. Las indicaciones externas de mejoría eran el preludio de seguras caídas.
 - Personalidades con rasgos simbióticos, en los que el duelo le daba sentido a su vida y la unía al bebé fallecido y en honor a él, no deseaban resolver dicho duelo, permitiendo así una situación de control.
-
- La muerte de un bebé constituye un evento altamente traumático, sin embargo es la que menor aceptación social tiene, lo cual genera múltiples conflictos en la pareja, es un duelo que tiende a complicarse por su asincronía y por la diferencia en intensidad y expresión de los sentimientos del duelo entre el padre y la madre. Ésta ha sido la realidad que experimentaron las ocho pacientes que voluntariamente participaron en la terapia de grupo.
 - La corta edad de quien fallece hace más penoso el duelo, el ciclo biológico natural se invierte ante la pérdida de un bebé; ninguna madre, ningún padre cuenta con la

resignación necesaria para aceptar este hecho. Pues era una vida que representaba sus ilusiones, anhelos, partes propias inacabadas, aspiraciones, fantasías, al morir el bebé, los padres pierden partes de su ser.

- Los valores, actitudes, sentimientos, acciones alrededor del sufrimiento, la pérdida, la muerte y el duelo son objeto de escasos estudios comparados con otras dimensiones de la realidad humana. Su presencia ha sido obviada en la mayoría de los currículos de carreras con evidente trasfondo humanístico e incidencia en el bienestar bio-psico-social de los individuos, y de no ser porque a menudo esta realidad nos inquieta e impacta, la muerte y el sufrimiento no existirían para la mayoría de nosotros.

RECOMENDACIONES

La Terapia de Grupo resultó ser una herramienta poderosa para el tratamiento de duelos complicados asociado a muertes perinatales, sin embargo consideramos oportuno sugerir las siguientes recomendaciones:

- Realizar simultáneamente a la terapia de grupo una terapia individual, para responder a las particulares necesidades de las pacientes y puedan elaborar mejor su duelo, pues los procesos de éstos son largos y requieren de tiempos prolongados para su resolución, especialmente cuando son complicados y, resultaría difícil armonizar esta lentitud relativa con el ritmo propio de un grupo terapéutico, máxime cuando los factores de personalidad emergen como una variable decisiva más que en la mayoría de otros padecimientos emocionales.
- Contar con la colaboración de un co-terapeuta en la Terapia de Grupo para que la misma tenga mayor efectividad, pues las sesiones son de fuerte impacto emocional y se presentan actitudes, comportamientos no verbales y situaciones, que resultaría difícil que una sola persona pudiera captarlas y manejarlas.
- Tener en cuenta que aunque en cada sesión se tengan objetivos y actividades específicas, existe una tendencia espontánea a la recurrencia de ciertos temas, que puede dar la sensación a algunos participantes e incluso al terapeuta de que no se

está avanzando. Es importante que el terapeuta no se angustie, sino que debe recordar que para el cambio no basta una sesión de racionalización, sino que es preciso el desarrollo de conciencia, de motivación, de compromiso y seguimiento.

- Generar dinámicas y actividades que promuevan la aparición de nuevos argumentos e ideas cuando existe la tendencia espontánea a la reiteración constante de los mismos argumentos, aún cuando se comprenda la resistencia de los participantes de hablar sobre algunos aspectos o temas, es responsabilidad del terapeuta guiar la sesión y considerar los pequeños avances como logros significativos.
- Validar las emociones de los participantes, pero enfatizar en las respuestas y recursos positivos, para ello es importante que el terapeuta valore el tono inicial de cada sesión y pueda identificar a quienes preferiblemente debería dar de primero la palabra, pues de ahí dependerá el tono de la sesión. Si el tono inicial es lánguido u optimista va a determinar el subsecuente clima colectivo del grupo por un efecto de contagio por competición.
- Enfatizar en las terapias de grupo por duelo complicado y asociados a muertes perinatales en la homogeneidad de las participantes, aunque el dolor por la pérdida es igual de intenso sin importar el tiempo de gestación o de vida de ese ser tan querido y esperado, el manejo de cada duelo es distinto. El perder a un bebé en las primeras semanas o el primer trimestre del embarazo carga consigo unos problemas únicos que no enfrentan los padres que han sufrido la pérdida de un

bebé de mayor tiempo de gestación o que nació a término y murió poco tiempo después. Pues es más difícil enfocar sus necesidades cuando tienen que lidiar con una pérdida que no tiene memorias tangibles.

- Incluir en los planes de estudios de las carreras de Psicología, Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Educación el Tema de la Muerte y los Procesos de Duelo, pues la experiencia demuestra que existe un desconocimiento al respecto. La ausencia de este tema en los diseños curriculares de dichas carreras confirma la resistencia que culturalmente se tiene con respecto al complemento de la vida: La Muerte. Su desconocimiento, ha influido negativamente en el abordaje integral que se le debe dar al paciente. El manejo adecuado que cada profesional de estas ramas debe tener con respecto al tema les permitirá brindar un servicio humanizado y con calidad.
- Concienciar a los Servicios de Salud Públicos y Privados del país, a que incorporen entre sus programas de Salud Mental, Grupos terapéuticos que ayuden a los padres y familiares a superar y manejar la muerte de un bebé, pues como hemos señalado, son muchas las personas que acuden a una instalación de Salud por un problema y no son conscientes que su padecimiento se debe a un duelo no resuelto, debido a una muerte perinatal. De todas las muertes esta es la que tiende a complicarse, por tratarse en nuestro medio de una muerte negada socialmente, no asumida, sin espacio, sin rituales y por ende proclive a vivirse a "escondidas", sin el permiso requerido para afrontar saludablemente su duelo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

ALONSO, ANNE Y HILLEL SWILER (1995). Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. Págs. 568.

BELLACK, ALAN (1989). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Declée de Brouwer, S.A. Bilbao, España. Págs. 424.

BELTRAN, CLAUDIA (1998). Volver a Vivir tras la Muerte de un Ser querido. Editorial Intermedio. Colombia.

BOLWLBY, JOHN (1986). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Ediciones Morata, S.A. Madrid. Págs. 200.

BOLWLBY, JOHN (1983). La Pérdida Afectiva, Tristeza y Depresión. Editorial Paidós, Buenos Aires. Págs.464.

BRENSON, GILBERT (1999). Recuperación Psicosocial. Una Guía para facilitadores de apoyo en Crisis y Desastre. Santafé de Bogotá, Colombia. Págs.65.

BRESON, G., SARMIENTO, M. (1999). Luz en el Valle Oscuro. Un Manual de Recuperación Emocional: Cosas que puedes hacer cuando no hay nada que hacer. Santafé de Bogotá, Colombia. Págs. 55.

CABODEBILLA IOSU (1999). Vivir y Morir Conscientemente. Primera Edición. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España. Págs. 217.

CARMELO ANGI (2000). Déjame Llorar: Un apoyo en la pérdida. Primera Edición. Taranna Edición. España. Págs. 88.

COLE DIANA (1987). Después de un gran Dolor, Una Vida Emerge. Primera Edición. Editorial Trillas. Págs. 225.

DSM – IV (1996). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, S.A. Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. México, D. F., Págs. 909.

FREUD, SIGMUND (1973). Duelo y Melancolía. Obras Completa Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, Págs. 2019 – 2100.

GRINBERG, L (1994). Culpa y Depresión, estudio psicoanalítico. Alianza Editorial, S.A. Salamanca. Págs. 276.

JARAMILLO ISA (1999). De Cara a la Muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Primera Edición, Editorial Intermedio, Colombia. Págs. 330.

JARAMILLO ISA (1999). La Muerte, El Morir y el Duelo vistos desde Diferentes Perspectivas Profesionales. Fundación Omega. Colombia. Págs. 70.

JARAMILLO ISA (1989). Cuando se Muere el Ser Querido. Fundación Omega, Colombia. Págs. 109.

KAZDIN ALAN (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Tercera Edición, Editorial Prentice may. México. Págs. 500

KERLINGER, FRED N. (1996). Investigación del Comportamiento. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill/Interamericana. México, S.A. Págs. 748.

KIRK PAUL (2001) Cuándo Hola Significa Adiós: Guía para padres del niño que fallece antes, durante y poco después del parto. Tercera Edición. Págs. 50.

KÜBLER-ROSS, ELIZABETH (1997) Living with death and dying. First Touchtone Edition. New York. Págs. 181.

KÜBLER-ROSS, ELIZABETH (1997). On Death and Dying. First Touchtone Edition. New York. Págs. 286.

LORRAINE, SHERR (1992). Agonía, Muerte y Duelo. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. Págs. 273.

MASON Y LIND (1990). Estadística para Administración y Economía. Segunda Edición. Editorial Alfa Omega S.A. México. Págs. 420

NEIMEYER, ROBERTO (1997). Método de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. Primera Edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Págs. 286.

OCONOR NANCY (1990). Déjalos ir con Amor, La Aceptación del Duelo. Primera Edición. Editorial Trillas. Págs. 152.

PANGRAZZI, ARNOLDO (1993). Experiencias de Crecimiento. El Duelo. Segunda Edición. Editorial Kimpres Ltda. Págs. 155.

SCHWIEBERT PAT (2001). Una Memoria Demasiado Temprana: Guía para Padres sufriendo un Aborto. Primera Edición. Perinatal Loss, Oregon. Págs. 65.

SAMPIERI, ROBERTO Y OTROS (1995). Metodología de la Investigación. Editorial McGra- Hill Interamericana. México. Págs. 501.

WORDEN, WILLIAM (1997). El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. Primera Edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Págs. 240.

ARTÍCULOS Y SITIOS DE INTERNET.

ÁLAMO C., LABORDA A. (2000). **Problemática del Duelo.** Volumen 12, Número 3, Diciembre, España.

BIANCHI JUAN (2002). **Enfoque Terapéuticos en el afrontamiento del Duelo.** Argentina.

GÓMEZ MARCO (2002). **El Duelo y el Luto: la Atención al Doliente.** España.

MEDINA EMILIO (2002). **Problemática del Duelo en la asistencia en Salud Mental.** Volumen 12, Número 3, Diciembre, España.

PÉREZ P. CRIADO L. **Terapia de Grupo en Duelo Complicado: Un enfoque desde los factores de cambio positivo.** Volumen 12, Número 3, Diciembre, España.

SALES LUCENA (2000). **Duelo: Una Perspectiva Transcultural.** Volumen 12, Número 3, Diciembre, España.

w.w.w. dinarte-es/saludmental.

ANEXOS

ANEXO No 1

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

INSTRUCCIONES: Lea cada declaración cuidadosamente y marque con una X (equis) la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si o lo estuviera.

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Fecha: _____

Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido, melancólico y triste.					
2. Por las mañanas es cuando mejor me siento.					
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar.					
4. Duermo mal.					
5. Como tanto como solía comer antes.					
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres / hombres atractivos					
7. Noto que estoy perdiendo peso.					
8. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9. Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10. Me canso sin motivo.					
11. Mi mente está tan clara y despejada como siempre.					
12. Hago las cosas con la misma facilidad.					
13. Me siento nervioso e intranquilo.					
14. Tengo esperanza en el futuro.					
15. Me irrito más de lo normal.					
16. Encuentro fácil el tomar decisiones.					

17. Siento que me necesitan y que soy útil.					
18. Llevo una vida satisfactoria.					
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.					

ANEXO No 2

ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo **se siente ahora mismo, o sea, en este momento**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Items	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) por algún posible contratiempo.	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO No 3

ESCALA DE ANSIEDAD RASGO

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

Ítems	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan a punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a)	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desencafios que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

ANEXO No 3

INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO - REVISADO Entrevista Clínica Estructurada para el Profesional (IDC-R-ECEP)

Holly Prigerson, Stanislav Kasl & Selby Jacobs
(Autores de la versión original en inglés, 2001)

Jesus A García-García, Victor Landa, Holly Prigerson,, Margarita Echeverria,
Gonzalo Grandes, Amaia Mauriz & Izaskun Andollo.
(Autores de la versión adaptada al español, 2001)

Instrucciones:

- Los espacios en blanco y subrayados son para poner el nombre de la persona fallecida.

- Explicar al doliente que en el cuestionario hay principalmente dos tipos de respuestas:

1) unas que se refieren a la frecuencia con que aparece el sentimiento, emoción, pensamiento, conducta, síntoma, etc

Casi nunca	0 1	=	menos de una vez al mes o nunca.
Pocas veces	0 2	=	una vez al mes o más, pero menos que una vez a la semana
Algunas veces	0 3	=	una vez a la semana o más, pero menos que una vez al día
Muchas veces	0 4	=	una vez cada día
Siempre	0 5	=	varias veces cada día.
NC/NS	0 6	=	no sabe / no contesta

2) y otras que se refieren a la intensidad de su aparición,

No o nada	0 1	=	_____
Un poco	0 2	=	███ _____
Algo	0 3	=	█████ _____
Mucho	0 4	=	████████ _____
Muchísimo	0 5	=	██████████ _____
NC/NS	0 6	=	no sabe / no contesta

- Situar al doliente en el tiempo que nos interesa explorar, con la siguiente frase:

"Por favor, cuando conteste a las siguientes preguntas piense en como se ha sentido desde la muerte de _____ hasta ahora, pero más especialmente durante el último mes

CRITERIO A:
ESTRÉS POR LA SEPARACIÓN QUE CONLLEVA LA MUERTE

A1. ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?

Si	θ 1
No	θ 2
NS/NC	θ 6

A2.1. ¿En algún momento ha notado que desea con todas sus fuerzas que _____ esté con usted, y que el recuerdo de su ausencia le provoca una enorme y profunda tristeza?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	θ 1	
Pocas veces (cada mes)		θ 2
Algunas veces (cada semana)	θ 3	
Muchas veces (cada día)		θ 4
Siempre (varias veces al día)	θ 5	
NS/NC		θ 6

A2.2. ¿En algún momento se ha sentido atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con _____ ?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	θ 1	
Pocas veces (cada mes)		θ 2
Algunas veces (cada semana)	θ 3	
Muchas veces (cada día)		θ 4
Siempre (varias veces al día)	θ 5	
NS/NC		θ 6

A2.3. ¿En algún momento se ha sentido solo/a durante el último mes?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	θ 1	
Pocas veces (cada mes)		θ 2
Algunas veces (cada semana)	θ 3	
Muchas veces (cada día)		θ 4
Siempre (varias veces al día)	θ 5	
NS/NC		θ 6

CRITERIO A: ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo (responder "Si" en A1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre") en al menos 2 de las 3 preguntas A2?

Si	θ 1
No	θ 2

CRITERIO B:
ESTRÉS POR EL TRAUMA QUE SUPONE LA MUERTE

B1. ¿Ha sido la pérdida traumática para usted?

No	0 1
Algo	0 2
Mucho	0 3
NS/NC	0 6

B2. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares,... que le recuerdan que _____ está muerto?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1
Pocas veces (cada mes)	0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3
Muchas veces (cada día)	0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5
NS/NC	0 6

B3. ¿En algún momento ha tratado de evitar las cosas, personas, lugares,... que le recuerdan a _____?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1
Pocas veces (cada mes)	0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3
Muchas veces (cada día)	0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5
NS/NC	0 6

B4a. ¿Hay cosas que antes de la muerte _____ solía hacer y ahora no hace (o personas que solía ver y ahora no ve)?

Si	0 1
No	0 2
NS/NC	0 6

B4b. Si esto es así, ¿cuánto le afecta no hacer esas cosas que hacía antes, o no ver a esas personas que solía ver?

Nada	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B5. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil sin _____?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B6. ¿En algún momento, durante el último mes, se ha sentido distante de las personas que le importan, o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B7. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría e insensible, como que no sintiera nada, ni nada le conmoviera?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B8. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como "atontada", aturdida o conmovida por la muerte de _____ ?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B9. ¿En algún momento ha sentido que no se podía creer que _____ estuviera muerto?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B10. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su muerte?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1
--------------------------------------	-----

Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC	0 6	

B11. ¿Cree que la vida está vacía o que no tiene sentido sin _____ ?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B12. ¿En algún momento ha sentido que no se podía imaginar una vida plena sin _____ ?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC	0 6	

B13. ¿En algún momento ha sentido que una parte de usted mismo/a se ha muerto con _____ ?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC	0 6	

B14. ¿Cree que la muerte de _____ ha cambiado su manera de ver y entender el mundo?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B15. Sitúese en el último mes ¿ha sido difícil para usted confiar en los demás?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B16. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de seguridad, o de estar a salvo, que tenía antes?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B17. Sitúese en el último mes ¿cree que ha perdido esa sensación de control que tenía antes?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B18. ¿En algún momento ha tenido los mismos dolores que _____ o alguno de sus síntomas, o ha asumido algo de su forma de ser o a veces se ha comportado como él/ella lo hacía?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1
Pocas veces (cada mes)	0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3
Muchas veces (cada día)	0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5
NS/NC	0 6

B19. ¿En algún momento ha sentido rabia o enfado por la muerte de _____?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1
Pocas veces (cada mes)	0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3
Muchas veces (cada día)	0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5
NS/NC	0 6

B20. ¿Hasta que punto está amargado/a por la muerte de _____?

Nada	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B21. A veces, las personas que han perdido a un ser querido se sienten mal por seguir adelante con su vida. ¿Es difícil para usted seguir adelante con su vida, por ejemplo hacer nuevos amigos o interesarse por cosas nuevas?

Nada	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B22. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente, porque está pensando demasiado en _____?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B23. ¿En algún momento le han afectado y trastornado los recuerdos de _____?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B24. ¿En algún momento ha oído la voz de _____ que le habla?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B25. ¿En algún momento ha visto a _____ como si lo tuviera delante?

Casi nunca (menos de una vez al mes)	0 1	
Pocas veces (cada mes)		0 2
Algunas veces (cada semana)	0 3	
Muchas veces (cada día)		0 4
Siempre (varias veces al día)	0 5	
NS/NC		0 6

B26. Sitúese en el último mes ¿se ha sentido nervioso/a, irritable o asustadizo/a?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3

Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B27. Sitúese en el último mes ¿qué tal ha dormido?

Bien	0 1
Un poco mal	0 2
Algo mal	0 3
Muy mal	0 4
Fatal	0 5
NS/NC	0 6

B28. ¿Cree que es injusto seguir vivo/a, estando _____ muerto, o se siente culpable por ello?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

B29. ¿En algún momento ha sentido envidia de la gente que nunca ha perdido a un ser querido?

No	0 1
Un poco	0 2
Algo	0 3
Mucho	0 4
Muchísimo	0 5
NS/NC	0 6

CRITERIO B: ¿Ha sido la pérdida traumática (responder "Algo" o "Mucho" en la pregunta B1) para la persona entrevistada, y ha elegido las respuestas 4 ó 5 ("Muchas veces" o "Siempre", "Mucho" o "Muchísimo", "Muy mal" o "Fatal") en al menos 14 de las 28 preguntas B (no se incluye la B4a)?

Si	0 1
No	0 2

CRITERIO C
CRONOLOGIA Y CURSO DEL PROCESO DE DUELO

C1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la muerte de _____?

Meses _____

C2. ¿Al de cuánto tiempo después de su muerte, empezaron estos sentimientos de los que hemos estado hablando?

Meses _____

C3. ¿... y cuánto tiempo lleva notándolos?

Meses _____

C4. ¿Ha habido algún momento en el que estos sentimientos hayan desaparecido y luego han vuelto otra vez?

Si	01
No	02
NS/NC	06

C5. ¿Puede decir como han ido cambiando sus sentimientos desde la muerte de _____ hasta ahora?

CRITERIO C: ¿La duración del trastorno (síntomas referidos en los criterios A y B) es de al menos 6 meses (C3 es mayor o igual a 6 meses)?

Si	01
No	02
NS/NC	06

CRITERIO D: DETERIORO

CRITERIO D: *¿Cree que como consecuencia de su dolor, se han deteriorado de una manera importante sus relaciones sociales, su trabajo u otras actividades significativas de su vida?*

Si 01
No 02
NS/NC 06

DIAGNOSTICO DE DUELO COMPLICADO:

¿Cumple los criterios A, B, C y D?

Si 01
No 02

EVALUACION SUBJETIVA DEL ENTREVISTADOR:

Después de realizar la entrevista y a su juicio, ¿cree Ud. que esta persona está aquejada de un diagnóstico de duelo complicado clínicamente significativo?

Si 01
No 02

OBSERVACIONES:

ANEXO No 5

CREDO DEL GRUPO

Las afirmaciones siguientes describen el proceso de curación de las personas en duelo y recuerdan los principios que están en su base.

Inspirado en el credo profesado en los grupos de Alcohólicos Anónimos, el credo puede ser leído a partir del tercer o cuarto encuentro. Permite fortalecer la fe (difícil de mantener en ciertos momentos) en una posible curación, y recordar las certezas que sostienen el proceso de resolución de un duelo.

1. Creemos que las pérdidas de seres queridos forman parte de la vida, y que es importante "hacer los duelos" para volver a vivir.
2. Creemos que el duelo no es una enfermedad, sino un acontecimiento en la vida de toda persona, con vistas a una mayor madurez.
3. Creemos útil saber que el proceso de duelo exige energía y coraje.
4. Creemos que es importante tener un medio en el cual podamos expresar nuestro sufrimiento sin ser juzgados.
5. Creemos necesario el ser sostenidos por la escucha y el aliento de otros.
6. Creemos que las verdaderas emociones son buenas y que evolucionan en la medida en que uno las expresa.
7. Creemos importante que cada miembro camine a su ritmo.
8. Tenemos la convicción de que poseemos todos los recursos necesarios para vivir bien un duelo y salir de él liberados y habiendo crecido.

ANEXO No 6

**FORMATO DE LA TERAPIA DE GRUPO
EN PACIENTES CON DUELO COMPLICADO**

Contenido a trabajar desglosado por sesiones / Objetivos	Dinámicas propuestas	Posible mensaje de Cambio	Comentarios -Tareas
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 1 • Introducción. • Presentaciones de los miembros del grupo. • Integrar y motivar al grupo a trabajar en su recuperación emocional. • Proporcionar un espacio privado (grupo terapéutico) para trabajar el dolor y posibles redes de apoyo futuro. • Proveer a los pacientes con la oportunidad de reunirse en un ambiente que los acepta y es seguro. • Explicar el objetivo de la terapia. • Establecer las reglas básicas. • Definir expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de Integración: Saludar al grupo, dándoles la bienvenida y manifestándoles el deseo de que la terapia le sea de utilidad para recuperarse de la terrible pérdida que han sufrido. • Se presentan las reglas básicas del grupo (puntualidad, discreción, confidencialidad, respeto, tiempo para cada uno en las intervenciones, etc.). • Se definen las expectativas y el proceso de la terapia. • Se les brinda una 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar una terapia de grupo supone ya una decisión y es una decisión valiente, porque supone enfrentar el miedo al dolor. • Se advierte de la posibilidad de al inicio, sentirse peor como consecuencia de haber escuchado las diferentes experiencias de duelo de los otros y revivir las suyas; pero que esto es necesario para iniciar el camino hacia la recuperación. • La elaboración adecuada del duelo requiere de un esfuerzo personal, de lo que se trabaje en el tiempo, el tiempo es neutral, por sí solo no recupera a nadie. • Las pérdidas significativas nos vuelven distintos: algo 	<ul style="list-style-type: none"> • Las reglas básicas, y los objetivos proporcionan estructura, que ayudan a los miembros a sentirse seguros y aumenta la sensación de apoyo. • Se espera que los miembros asistan a cada una de las sesiones y que sean puntuales. • La información que se comparte en el grupo permanece en el grupo. • Cada uno es libre de compartir tanto o tan poco sobre su pérdida como elija. • Todos tienen el mismo tiempo para explicar su experiencia. • Los miembros del grupo no deben dar consejos, no se deben solicitar tampoco. • Destacar que ninguna experiencia de nadie es más o menos importante o valiosa que la del otro. • Se aconseja a las participantes tener un diario de a bordo o un cuaderno de anotaciones personales, en donde anoten sus reflexiones, pensamientos, emociones,

<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información educativa con respecto al proceso de duelo. • Describir el estado en la cual cada una de las pacientes desea hallarse al finalizar la terapia grupal • Lectura del credo de la Terapia. 	<p>sencilla charla sobre el tema, para facilitarles una mejor comprensión y expresión de sus sentimientos.</p>	<p>ha concluido, algo comienza. Pero nos hacen crecer, pues el crecimiento está ligado a la capacidad de superar constructivamente las pérdidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La elaboración del duelo es un largo proceso al que no se le puede fijar un tiempo cronológico, pero es evidente que ese tiempo no puede perpetuarse 	<p>las tareas que deben cumplir, sus progresos, sus inquietudes, etc. El diario es estrictamente personal, en ningún momento se presionará a la persona para que lo lea; las que lo hagan, lo harán por propia voluntad, con toda libertad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El credo que será leído al inicio de cada sesión, ha sido inspirado en el credo profesado en los grupos de Alcohólicos Anónimos. Este credo permite fortalecer la fe (difícil de mantener en ciertos momentos, en una posible curación) y recordar las certezas que sostienen el proceso de resolución de un duelo. • Se tendrá a la vista de las participantes una caja de pañuelos de papel y una jarra con agua, para la que lo necesite. • Durante la terapia se apagarán los teléfonos celulares. • Antes de iniciar cada sesión se hará un breve resumen de la sesión anterior y se les preguntarán como se han sentido. Las personas que desean hacerlo pueden hablar sobre la evolución de su duelo o de hechos importantes durante la semana anterior.
---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Sesión No 2 ● Iniciar las tareas y el proceso de recuperación. ● Aceptar la realidad de la pérdida. (Tarea I). ● Comenzar el proceso catártico, relatando la historia del propio duelo. ● Revivir en un clima de confianza la tristeza de la pérdida. ● Vivencia de lo ocurrido ● ¿Por qué estamos aquí? ● ¿Es el duelo una enfermedad?.. ● Lectura del credo de la Terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se explican los objetivos de la sesión. ● Animar a cada uno de los, participantes a que hable o relate detalladamente sobre su pérdida o sobre lo sucedido y los demás escuchar empáticamente, sin intervenir ni dar consejos. ● Para ayudar a realizar su relato las participantes pueden inspirarse en las siguientes interrogantes: ¿Dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Quién te lo dijo a ti? ¿Dónde estabas cuando te enteraste? ¿Qué es lo que se vivió en ese momento? ¿Se realizaron ritos funerarios? ¿Asististe a esos ritos? ¿has conservado todo como estaba a través del 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aceptar la realidad de la Pérdida es la premisa más evidente, pero el paso más difícil. Hay resistencias a corto y largo plazo a la hora de aceptar la irreversibilidad de la pérdida. ● Asumir la pérdida como definitiva, “el Nunca Jamás”. Cuando se pierde un ser importante, aunque la muerte sea esperada, siempre hay una sensación de irrealidad. La primera tarea es llegar una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad: esa personita ha muerto y no volverá. O ser conscientes de que en el vientre existió una personita y que ya no está, y no pensar que la concepción nunca ocurrió. ● La convicción de que los hechos dolorosos sólo le ocurren a los demás perpetúa la negación de que nos haya ocurrido algo tan terrible como la muerte de un bebé. ● El ciclo biológico natural se 	<ul style="list-style-type: none"> ● Como terapeuta se parte de los relatos escuchados, para ayudar al grupo a tomar conciencia de que el duelo no es una enfermedad, sino un acontecimiento normal de la vida. Se insiste sobre el hecho de que todos tenemos en nosotros mismos los recursos necesarios para salir de la prueba con una mayor madurez. ● El duelo no es una enfermedad si se realizan tareas específicas en el tiempo, de no ser así llega a complicarse, afectando por mucho tiempo a las personas, como es el caso que nos ocupa, por lo tanto es necesario volver a revivir esos recuerdos y completar la tarea que se quedó estancada. ● Aunque esta tarea puede parecer obvia, el desafío que plantea puede ser difícil de superar, pues obliga a aprender la lección de la pérdida a un nivel intensamente emocional, a través de una serie aparentemente interminable de confrontaciones con las limitaciones que impone el daño que se ha sufrido, la ausencia del ser querido y la desaparición de un rol valioso que ayudaba a definir la identidad. ● Entre las dificultades que pueden surgir: ● “aquí no ha pasado nada”. El no aceptar que esta tragedia le hubiera ocurrido.
--	--	--	--

	<p>tiempo (ropa, objetos, la habitación, etc., generando la ilusión de que nada a cambiado? ¿tras la pérdida te has comportado como si nada hubiese pasado, sintiendo incluso cierto bienestar?</p>	<p>invierte ante la pérdida de un hijo, ningún padre cuenta con la resignación necesaria para aceptar este hecho, no es extraño el profundo dolor y desconcierto inicial, la sensación de despojo de injusticia, la búsqueda de explicaciones y el paso vacilante con que se inicia el proceso de duelo, que llega muchas veces a complicarse, como en nuestro caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La posibilidad de superar el duelo, requiere de un gran esfuerzo personal, no se puede confiar en el tiempo la resolución del dolor. • La negación de la pérdida es un vano intento por evitar el sufrimiento. Las dos formas de negación son: conservar todo como estaba a través del tiempo (todo aquello que pertenecía o recuerda al fallecido), generando la ilusión de que nada a cambiado y evitando de este modo el punto de partida de todo duelo que es la 	<ul style="list-style-type: none"> • Personificar al ser perdido en otro miembro de la familia o haberle puesto el nombre del bebé muerto a otro hijo creyendo que son una sola persona y negar o minimizar así la pérdida. • Todo duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido, forma parte integral de la relación amorosa, no es el fin ni la interrupción del amor sino una de sus fases naturales; así, sin que participe nuestra decisión el duelo no interrumpe la relación, sigue siendo amor. Si el duelo duele, aceptémoslo como una parte necesaria en esta etapa del vínculo, no podemos eludirlo con negaciones u olvidos, seríamos en este caso desertores de la relación amorosa, mataríamos por segunda vez al ausente. • La corta edad de quien fallece hace más penoso el duelo. Aceptamos con mayor resignación la muerte a edades avanzadas, ya que mal o bien, han podido llevar a cabo su proyecto de vida. • Actualmente las personas evitan la mínima alusión a la pérdida sufrida; esto no quiere decir que no se sientan conmovida, sino al contrario: cuanto más conmovida está más inducida se siente a ocultar su sentimiento, obedeciendo a una
--	---	--	---

		aceptación de la dolorosa realidad; la otra forma se presenta como una sensación de bienestar que sigue a la pérdida, efímero y dudoso bienestar que sólo es la postergación del inicio del duelo.	tácita pero real censura que nos obliga a actuar como si la muerte no existiese.
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 3 • Hablar sobre los sentimientos y reacciones por las que se pasa en un duelo. • Ayudar a los pacientes a identificar y expresar sentimientos • Experimentar el dolor y validar las emociones. • Entender el proceso afectivo normal ante las pérdidas. • Culpa, rabia, miedo, pena e impotencia: ¿tiene sentido buscar sentido? • Tomar conciencia de las manifestaciones personales de estos sentimientos. • Determinar en las participantes si tienen una sensación subjetiva de indiferencia y / o ausencia de respuesta emocional. O si por el contrario tienen excesiva irritabilidad, amargura y o enfado con relación a la muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a las pacientes a dejar de lado las resistencias, haciendo que expresen sus emociones. • Cartas que no se envían: Pedirles a los participantes que le escriban una carta al ser querido expresándoles lo que sentían antes de la pérdida, lo que sintieron, durante o poco después de la pérdida y lo que actualmente sienten ante esa pérdida. Y lo que desearían sentir. • Compartir con el grupo toda la gama de sentimientos que sintieron y sienten ante la pérdida de esa personita. • Intentar definir colectivamente pena, culpa, rabia, pena, impotencia. ¿Nos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir dolor después de una pérdida es normal. El dolor es una prueba de que se está vivo y que es la forma normal de reaccionar ante las experiencias de la vida. • El miedo, la rabia, la culpa y la tristeza son parte del dolor. • Es importante para la recuperación que sientan el dolor, la desolación, las heridas físicas y emocionales. Que comprendan que alguno de ellos no serán eternos y que sí tienen límites. Que no huya de ellos, que no los niegue, que no los tapen. • Que sentir el dolor es el punto de partida para la recuperación.. Pero otro punto importante es reconocer que la vocación permanente al sufrimiento no es sinónimo de superación. • Aceptar estos sentimientos, pero no invitarlos; atenderlos pero no habitar con ellos .Estos sentimientos son un 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante también que expresen lo que sienten, sin llegar al extremo de la violencia contra sí mismo o contra los demás. • Es indispensable que se permita en esta sesión sólo sentir, para luego aprender a cómo manejarlo. • No querer salir del dolor, como tributo al fallecido. • No haber tenido o participado en los ritos. • No dejar que el dolor los exima de superarse y ser mejores personas, el permanente recuerdo del ausente debe ser estímulo para lograrlo. • Las cartas son muy útiles cuando el doliente lleva una carga de resentimiento o de culpa difícil de compartir con los demás, pero que le han dejado bloqueado en sus pensamientos y emociones relacionados con la muerte y en ocasiones con las muchas pérdidas indirectas que la precedieron. • La sugerencia de verter los propios sentimientos en una misiva que no llegará nunca a su destinatario tiene una gran potencia terapéutica a pesar de su sencillez. • Enfrentar el dolor es el mejor camino a la recuperación, no se debe huir de él.
--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Lectura del credo. 	<p>ocurre algo de esto? ¿han tratado negar, tapar, posponer o huir de ese dolor, de esos sentimientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar de los sentimientos, incluyendo estos puntos: los sentimientos no son ni buenos ni malos, los sentimientos son únicos en cada individuo, expresar los sentimientos puede ser difícil, compartir los sentimientos está bien y hacerlo ayuda, discutir esos sentimientos es parte del duelo, esos sentimientos pueden ser confusos y sobrecogedores, no todas las personas entienden esos sentimientos, algunos sentimientos resultan más fácil mostrarse que otros. 	<p>huésped normal, aceptable y tolerable, pero poco saludable cuando la visita es por mucho tiempo. Tampoco se debe seguir siendo “el fuerte” o Sobrecargarse en actividades para no dar espacio a las emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se suele estar pocos dispuestos a abrazar el dolor que provoca la pérdida, el tiempo suficiente para aprender las lecciones que enseña, y se tiende a seguir ciegamente hacia delante, intentando satisfacer las demandas de la realidad externa sin hacer caso del ritmo que marca en el interior las emociones. Si se desarrolla la conciencia que se tiene de ellas, se podrá superar los restantes desafíos que plantea la elaboración del duelo con un sentido claro de dirección, cultivando la madurez y la profundidad personal al hacerlo. • Por otro lado, si se centra sin 	<ul style="list-style-type: none"> • En lugar de tratar de quitarse de la cabeza cualquier pensamiento sobre la pérdida, es mejor dar sentido a la pérdida permitiendo trabajar esos pensamientos sobre la pérdida, pues al intentar desterrar la imágenes las imágenes dolorosas sólo se consiguen darles más poder. • Confiar en los demás es importante para trabajar los sentimientos, las cargas compartidas son menos pesadas. • Tomarse tiempo para sentir, escribir en privado en un ambiente libre de distracciones, sobre las nuevas experiencias y reflexiones después de la pérdida, pues es una forma de conocer los sentimientos que se están experimentando y cuáles son los pensamientos que lo generan, ya que esto genera una sensación de alivio y comprensión. • El duelo constituye un proceso que fluctúa entre el sentir y el hacer. El duelo se complica cuando se queda estancado en reflexiones interminables sumergidas en el sufrimiento o por otro lado cuando se evita el dolor de manera prolongada dedicándose a cuanta actividad se pueda.
--	--	--	---

		<p>tregua en el dolor de la pérdida, puede pasar lo mismo que si se mira fijamente al sol: los ojos se lastiman si no se retira la mirada. Por lo tanto, se hace necesario alternar periódicamente la atención a los sentimientos con la reorientación a las tareas domésticas y laborales más prácticas, que no sólo es algo que se tiene que hacer, sino que también son una forma de la intensa angustia que acompaña a la elaboración activa del duelo.</p>	
--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Sesión No 4 ● Trabajar los sentimientos. ● Aceptar la tristeza ● Manejar la Depresión ● Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se ayuda a las pacientes a comprender que la expresión de las emociones acelera el proceso de duelo, porque es de esta manera como se deja partir al ser amado sin olvidarlo. Luego de hablarles brevemente sobre el tema de la tristeza y la depresión, se les invita a que se expresen con respecto al tema orientándolos con los siguientes puntos ● Que los participantes compartan si sintieron y expresaron su tristeza. ● Que especifiquen: ● Que pensaron al sentir la tristeza... ● Lo que hicieron al sentirla... ● Que compartan si actualmente siente tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Es imposible que se resuelva un duelo sin experimentar dolor. Se puede decir que es como un túnel, que para salir de él, hay que atravesarlo. Y esto requiere un trabajo, por este motivo se habla del "trabajo del duelo". Y es imprescindible, además de tener dolor, poder expresarlo, exteriorizarlo. ● La tristeza es el sentimiento más común que se ha encontrado en las personas en duelo. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a menudo. ● Es frecuente que las personas se nieguen a llorar delante de los demás por miedo a abusar, a incomodarlos o de alguna manera a perderlos; así como no demostrar debilidad sino fortaleza, obstaculizando de esta la elaboración del duelo. ● Está bien que se depriman por un tiempo. Tienen toda 	<ul style="list-style-type: none"> ● Una característica del ser humano, que lo diferencia de los animales es su capacidad de sentir. ● Tienen todo el derecho de vivir su tristeza... y llorar; pues el llorar es un gran alivio y desahogo a la tristeza, es terapéutico. Llorar solo puede ser útil, pero no suele ser tan eficaz como llorar con alguien y recibir su apoyo. ● Llorar no es suficiente se necesita ayuda para identificar el significado de las lágrimas, y este significado cambiará a medida que se avanza en la elaboración del duelo. ● No es bueno fingir que se tiene más energía, entusiasmo, alegría de la que realmente sienten. ● Salir de la "Tristeza" es un trabajo duro, que hay que buscarlo y caminar hacia ello. ● Disminuir el dolor no significa olvidar, sino integrar dentro de uno. ● Mantenerse triste y deprimido durante un largo tiempo, no es una prueba de amor, no es una prueba de nada. ● El alcohol o cualquier otra droga puede quitar el dolor y la tristeza por un momento, pero son depresivos y después de un tiempo puede causar un problema
--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Que piensan al sentirla... • Lo que hacen al sentirla... • Que pueden hacer al sentirla... • ¿Se permiten llorar? ¿Cuándo? ¿Con quién? • ¿Tuvieron o tienen miedo de molestar a los otros, en especial a los miembros de su familia que no quieren oír hablar del duelo ni verlo llorar? • ¿Qué podría ayudarlas a expresar más intensamente su tristeza? ¿Tienen temor de olvidar esa personita amada, hasta el punto de “cultivar” de cultivar el dolor interior, para mantener el recuerdo? 	<p>la razón en sentirse tristes y abatidos, y no deben permitir que les digan que no deben sentirse así, porque el tiempo o el tamaño de ese ser querido que murió.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recaltar que esas personas lo dicen con buena intención, no quieren verlos sufrir y no quieren sufrir ellos por verlos tristes. La tristeza sirve mucho, siempre y cuando no se convierta en una constante auto-lástima o una entrega total a la pena. • Sentirse deprimido y sin esperanza después de la pérdida de un ser significativo es un fenómeno normal y transitorio. Sin embargo, si esos sentimientos de tristeza, de desesperanza se transforman en desesperación irracional y van acompañados de otras características desadaptativas y depresivas, se convierte en depresión clínica, muy características de los duelos exagerados. 	<p>mucho peor, aunado al duelo no resuelto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La depresión se ve como el intento de la persona de limitar la atención, restringiendo el campo al que se aplica para poder hacer el mundo más manejable. Limita su mundo experiencial para defenderse de la posibilidad de una mayor invalidación y centrar su atención en la “elaboración” de los múltiples significados de la pérdida.
--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• La tristeza puede manifestarse por distintos signos: estado de fatiga crónica, falta de concentración, falta de gusto por el trabajo, desinterés general, falta de apetito, problemas de sueño, llanto fácil frente a escenas tristes.	
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 5 • Entender los Miedos y la ansiedad. • Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir y comentar en el grupo sobre los miedos y las ansiedades que se tenía en ese entonces y los que temen en estos momentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo más normal y natural después de una pérdida es sentir miedo. Temor a un futuro incierto, a otra tragedia, a lo que el mañana pueda traer. • La convicción de que los hechos dolorosos sólo le ocurren a los demás, es frecuente, pero el destino se encarga de demostrarnos el error de esa convicción. Entonces todos los miedos y todas las aprehensiones surgen a la vez en el intento de evitar futuras desgracias; y se transforman en consejos, reconvenciones, controles, prohibiciones o sobreprotección, generando una gran cuota de angustia y miedo. Esto paraliza también a los seres que aman, en primer lugar a los hijos vivos que se sienten responsables por las preocupaciones de los padres y que para aliviarlos sienten que deben cumplir con sus expectativas, limitando así su libre 	<ul style="list-style-type: none"> • El miedo es la voz de alerta sobre ciertos peligros reales e imaginarios que existen. Los miedos desaparecerán en su debido tiempo, tan pronto como se den cuenta que muchos de ellos son fantasmas e irracionales. • Se debe tratar de cambiar los miedos por los cuidados y la prudencia razonables. • Tratar de evitar los pensamientos catastróficos. • No contaminar con los miedos a los seres queridos, no limitar por el temor y el egoísmo el derecho que tienen los otros hijos de elegir libremente su vida. • Tomar en cuenta que en la vida no hay garantía ni seguridad en nada. que así son las reglas de la vida. • Los padres que han perdido bebés se sienten muy ansiosos y con miedos. Gran parte de esta ansiedad proviene de la impotencia de pensar que no pueden continuar y sobrevivir sin ese ser querido, que no podrán tener más hijos, que no serán buenos padres, etc. Es importante entonces ayudarles a reconocer, mediante la reestructuración cognitiva, las estrategias que usaban para funcionar solos antes de la pérdida, y esto los ayuda a dar a estos sentimientos algún tipo de perspectiva.
---	---	---	---

		<p>albedrío.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo contrario al amor es el miedo. • La ansiedad aparece cuando el individuo toma conciencia de que la muerte supera ampliamente su capacidad para explicar, predecir y controlar el mundo. La muerte se percibe con suficiente claridad, pero la persona no es capaz de ver las implicaciones inestabilizadoras que tiene para el futuro de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una segunda fuente de ansiedad proviene de la conciencia cada vez mayor de la propia muerte ; no es la conciencia de la muerte en general, o de alguna otra persona, sino de la de la propia muerte. Esta conciencia existe a un nivel muy bajo, sin embargo con la pérdida de un ser significativo, esta conciencia aumenta y produce una ansiedad existencial. Se puede ayudar al paciente tratando el tema directamente y motivándolo a que hable de sus miedos y aprensiones, y así sientan alivio al desahogarse de sus preocupaciones y explorar otras opciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 6 • Tomar conciencia de las emociones de enojo en el duelo y de la necesidad de expresarlas en forma sana y directa. • Canalizar la Rabia, ira, enojo o enfado. • Ayudar a los pacientes a reconocer sus sentimientos de ira o rabia ante la pérdida. • Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de las siguientes preguntas, se busca despertar reacciones ante el material presentado: ¿se reconocen ustedes en las manifestaciones de enojo? ¿Cómo reaccionan ante el vacío de la ausencia? ¿Ha habido frialdad con las personas cercanas, desde el día de la pérdida? • Pedirles que escriban 	<ul style="list-style-type: none"> • El enfado o la rabia, se experimenta con mucha frecuencia después de la pérdida, y puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el doliente, y como tal, está en la base de mucho de los problemas del proceso del duelo. • Una de las desadaptaciones más peligrosas del enfado es la postura de dirigirlo hacia adentro, hacia el sí mismo. • Es importante transmitirles 	<ul style="list-style-type: none"> • La ira es una respuesta común a la pérdida.: ira contra la muerte, contra el ser querido que murió, o contra los miembros de la familia. Frecuentemente es dirigida equivocadamente hacia las personas o situaciones inapropiadas. • La ira o rabia proviene de dos fuentes: una la frustración, y la otra, una sensación de impotencia regresiva. Sea cual sea la fuente, las personas experimentan la ira pero no siempre la asocian con el fallecido. Si el enfado no es dirigido hacia el fallecido, ni se desplaza hacia ninguna otra persona, se puede volver hacia sí mismo experimentándose como

	<p>algunas cosas que le provocaron mucha rabia en ese momento de la pérdida y las que les provocan actualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Con quiénes se enfadaron en el momento de la pérdida? ¿Con quién están enfadados o sienten rabia actualmente y por qué? 	<p>que es normal que la mayoría de las personas sientan rabia ante cualquier pérdida. Hacer caso omiso a las personas que les digan que no deben sentir ira o rabia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está bien que sientan rabia consigo mismo, con la naturaleza, con los médicos, con los demás, con la falta de comprensión de otros, con las costumbres sociales, el destino, la cultura, la suerte, la injusticia, la situación actual y hasta con Dios. • La mejor forma de canalizarla es aceptándola, hablando de ella en el grupo. La rabia pasará mientras se sana y se habla de ella. • Si la rabia es canalizada y disipada en esta u otras formas sanas, se evitarán discusiones fuertes, e inútiles, accidentes y muchas enfermedades. 	<p>depresión, culpa o disminución de la autoestima, en casos extremos el enfado vuelto hacia dentro se puede convertir en una conducta suicida, ya sea en pensamiento o acción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No esta bien que se odien a sí mismos, de tal forma que actúen de forma violenta o destructiva. Eso empeora todo. La violencia física y verbal con las otras personas puede momentáneamente descargar frustraciones , pero desarraiga y aleja al doliente de un contacto humano más sanador. Que comprendan que han sufrido suficiente y no conviene dar y recibir más sufrimiento. • La mayoría de las veces el sentimiento de enojo se expresa en “porqués”: “¿Por qué te has ido tan pronto? ¿Por qué me has dejado ahora que tenía tanta necesidad de ti? ¿Por qué Dios ha venido a buscar a mi bebé?”..
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 7 	<ul style="list-style-type: none"> • Se expone brevemente sobre el tema de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse culpable es una reacción normal, hasta puede 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de una pérdida o tragedia los dolientes tienden a sentirse muy

<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los sentimientos de remordimiento y de culpa. • Manejar las Culpas • Hablar sobre la culpa y si es posible, transformar la culpa obsesiva en culpa existencial. • Lectura del credo. 	<p>Culpa, y les explica a las participantes la diferencia entre culpa obsesiva y culpa existencial y se realizan algunos ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir y comentar algunas de las cosas por las que se sienten culpables. Luego contestar la siguiente pregunta: ¿Pueden hacer algo actualmente para cambiar el pasado?. De esta forma se ayuda a que descubran que el mejor remedio a la culpa es la aceptación de las limitaciones humanas. 	<p>servir para no caer en los mismos errores en un futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dejarse dominar por estos sentimientos de culpa les hará mucho mal e impedirá su recuperación. • Si desean y lo consideran necesario algunos pueden pedirse perdón a sí mismos, perdonar a los demás y Dios o pedir perdón a Dios y a las personas supuestamente afectadas por la supuesta falla. • Culpar a los demás o a sí mismos no devuelve al fallecido, ni reduce el dolor, sino todo lo contrario. • Tras un por qué (¿por qué me pasó esto? ¿por qué no tomé precauciones? ¿por qué no fui al médico? ¿por qué hice eso?, etc.) siempre hay otro por qué. Es una búsqueda imposible y basada en suposiciones e imaginaciones. No hay respuesta, no puede haber alivio. • Normalmente la culpa se 	<p>culpables. Piensan ¿por qué murió él y no yo? ¿por qué no hice...? ¿por qué no fui capaz de...? ¿por qué no estuve allí..? ¿Por qué el médico no hizo...? ¿por qué permití que...?, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que se torturan con estos pensamientos se sentirán cada vez peor y eso no sirve para remediar nada. • La vida no siempre es justa, pero siempre es la vida. • Lo que pasó no fue ningún castigo para ti , ni para las otras personas que están sufriendo contigo. • No te culpes ni te dejes culpar por errores reales o imaginarios que hayas cometido en relación con la tragedia. • Un ciclo ha terminado, terminó prematuramente, pero ha terminado • Sentirse culpable es atribuirse a sí mismo una desmesurada importancia, es a partir de una reflexión omnipotente, arrogante, es decirse a sí mismo: ¿Cómo yo que pude ser perfecto no lo fui con ese hijo mío? ¿Cómo es que hice o dejé de hacer tal cosa?. Creo que sólo partiendo de esta irrealidad se llega a la culpa. • Partiendo de la aceptación de nuestras limitaciones, de nuestra humanidad falible, del humilde reconocimiento de
--	---	--	---

		<p>manifiesta respecto a algo que ocurrió o algo que se descuidó alrededor del momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que no se puede matar a alguien con “desear” que alguien muera, quizás algunos no desearon ese bebé en un inicio y se sienten responsables de su muerte, o por sentir alivio luego de ver sufrir a ese bebé en cuidados intensivos, aparece entonces la culpa como una propuesta de autocastigo que no otorga beneficio alguno. 	<p>nuestras equivocaciones y reflexionando nuestros vínculos a la luz de esta realidad, se puede ir mitigando la culpa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones existe una culpabilidad real y ésta es más difícil de trabajar, el usar psicodrama en el grupo ayuda a la persona a superar este tipo de culpa. • La culpa tiene su origen en la percepción de un comportamiento contrario a las propias estructuras nucleares de identidad. Como tal, es el reconocimiento personal y no social, de la culpabilidad por no haber sido capaz de “vivir de acuerdo” con los estándares que la propia persona se autoimpone respecto al rol que debe desempeñar en su relación con los demás.
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 8 • Perdón y Reconciliación. • Conceder el perdón a la personita fallecida, perdonarse a sí mismo por sus sentimientos de culpa y perdonar a las personas con las que se enfadaron. • Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Luego de haber trabajado y explorado los sentimientos de rabia y de culpa se habla sobre el perdón y de sus efectos y se resalta la importancia de realizar ejercicios de perdón o reconciliación para logra el equilibrio emocional o la salud mental. Perdonarse a sí mismo, perdonar al fallecido por haberlo dejado y perdonar a las perdonas con las que se enfadaron ante la pérdida de su bebé. • Ejercicio de perdón o reconciliación consigo mismo, con el fallecido y a terceros. Para realizar este ejercicio se hace uso de las técnicas de visualización y la técnica de la silla vacía: Visualización del espejo (pedir perdón al niño interior) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los ejercicios de perdón tienen como fin eliminar los residuos de cólera, de animosidad y de culpa. • Concediendo perdón al ser desaparecido de su vida, se limpia todo lo que queda de la cólera interior. • Perdonándose o pidiendo perdón por sus propias debilidades o por sus faltas de amor, la persona se alivia de la culpa malsana y reencuentra la paz del corazón.. • Perdonarse a sí mismos por estar enfadados o desilusionado con los otros, incluyendo a la personita que murió y los dejó; por haber sido incapaz de evitar la pérdida; por todo lo que desearían haber hecho o no haber hecho. • Para muchos perdonar es una tarea muy difícil. El perdonar no es justificar comportamientos negativos o improcedentes, sean propios o ajenos. No quiere 	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar a las participantes que no es obligatorio perdonar en esta sesión, pues se debe respetar su tiempo. Lo más importante es saber a dónde han llegado en esta etapa. Es posible que todavía existan en ellas demasiada tristeza y demasiado enojo como para poder perdonar. La sola conciencia de estos sentimientos ya significa un gran progreso. • Para realizar la sesión de perdón se tenía que trabajar primero los sentimientos de rabia y de culpa. No se puede ofrecer un perdón verdadero si se niega y se hace caso omiso de la rabia y el resentimiento. No es hacer como que todo va bien cuando se sabe que no es así. A veces suele ser engañosa y confusa la distinción entre perdonar de verdad y negar y reprimir la rabia y el dolor, porque enfadarse no es compatible con la imagen que tenemos de "buena persona". Manejar la ira y la culpa perdonando constituyen el medio más eficaz para lograr la paz interior y la armonía emocional. • Perdonar no significa que se deba comunicar verbal y directamente con la persona que has perdonado, ni que debemos cambiar nuestro comportamiento, el motivo más obvio es
---	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • La silla vacía (pedirle perdón al fallecido y perdonar a terceros). 	<p>decir que se tenga que aprobar o defender la conducta que ha causado sufrimiento, ni tampoco excluye que se tomen medidas para cambiar la situación o proteger nuestros derechos. El perdón nos ofrece la oportunidad de curar viejas heridas y librarnos de la práctica habitual de la autocrítica. La liberación del pasado no sólo es posible sino también necesaria, si queremos alcanzar una salud y armonía duradera..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante reconocer la rabia, el rencor y la culpa que se siente, canalizarlas adecuadamente y luego perdonar para obtener bienestar psicológico. Algunos creen que enfadarse, aferrarse al rencor y a la culpa es señal de poder, energía, entrega y amor propio. Pero en realidad sólo están encubriendo sentimientos de 	<p>liberamos de los efectos debilitadores de la rabia, la culpa y los rencores crónicos. La rabia es una intensa reacción emocional temporal cuando uno se siente amenazado. El resentimiento viene de resentir, es decir sentir el dolor del pasado una y otra vez.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante no confundir perdonar con negar los propios sentimientos, necesidades y deseos. Por otro lado, si intentamos perdonar negando el temor, el sentimiento de culpa y de rabia, continuamos con el hábito de rechazar los sentimientos. Posiblemente en el pasado otras personas no respetaron ni honraron nuestros sentimientos por lo que se reprimían o negaban, ocasionándonos malestar físico y psicológico. Pero sí en el presente seguimos sin prestar atención a esos sentimientos, que están ahí, somos nosotros quienes nos hacemos lo mismo.
--	---	--	--

		impotencia, desilusión, inseguridad, aflicción o miedo, y se usan con frecuencia en sustitución de los sentimientos de verdadero poder personal.	
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Sesión No 9 ● Comprender el Duelo propio y el de los demás. ● Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compartir con el grupo cómo creen ellos que reaccionaron los demás ante esa pérdida y que sintieron y pensaron con respecto a las reacciones o manifestaciones de esas personas. ● Manifestar qué sucedió en el grupo familiar con relación con el entorno, familia, amistades, vida social etc. ¿se modificó la relación de pareja? ¿en qué sentido? ¿Cambió la relación con los demás hijos? ¿Creencias suyas y de los demás con respecto a una vida después de la muerte? ● ¿el grupo familiar habla sobre el bebé perdido? ¿de qué manera se lo recuerda? ● ¿qué sentido tiene para ustedes y para las otras personas las visitas al 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cada persona reacciona de diferentes maneras ante una pérdida. Cada quién elabora o vive el duelo de una forma particular y distinta. Ni mejor ni peor que otras. ● De debe evitar caer en la inocencia de comparar el duelo que cada persona tiene con otros duelos. ● Existe un amplio rango de respuestas conductuales en el duelo. De la misma manera que es importante no esperar que todas las personas que estén muriendo lo hagan de manera similar, también es importante no esperar que todas elaboren el duelo de la misma manera. Sin embargo esto es difícil entender para las familias. Se sienten incómodas cuando un miembro se desvía de la conducta del resto, o el mismo miembro que experimenta algo diferente está intranquilo respecto a su propia conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dentro del mismo grupo familiar, y con respecto a la misma pérdida , suelen existir notables diferencias en las manifestaciones de las vivencias. Esto es motivo de silencios, incomunicación y reproches en el ámbito familiar, también de conclusiones equivocadas al calificar el dolor de los demás al observar sus actitudes. ● La sugerencia es aceptar la libertad del otro a hacer su propio duelo, aunque éste no coincida con el que el doliente tiene. El doliente se debe preocupar de su propio dolor, con eso lamentablemente tiene bastante. ● Algunos padres consideran que hubieran preferido una muerte distinta para su hijo o circunstancias distintas, creyendo que el cambio podría mitigar el dolor. Considerando que el dolor por la muerte de su bebé, es más dolorosa que la de otros. ● Es importante que reconozcan que no todos en la familia trabajarán las mismas tareas al mismo tiempo; cada miembro procesará las tareas a su ritmo y a su manera.
--	---	--	---

	<p>cementerio, la ofrenda floral?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los miedos y aprehensiones de los miembros de la familia a partir de la pérdida? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 10 • Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente Tarea III • Ayudar a vivir sin el fallecido, facilitando su capacidad de tomar decisiones de manera independiente, y manejar adecuadamente los recuerdos. • Plantear y reflexionar acerca del sentido que ha tenido o va a tener esa pérdida en su vida. ¿Por que a mí? • Replantear nuevos roles y actividades. • Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta tarea exige la participación activa y decidida versus la pasiva perpetuación de su incapacidad para seguir viviendo y para buscar creativa flexiblemente una sana adaptación a la nueva situación, por lo que se realizarán las siguientes tareas: Reflexionar y compartir con el grupo sobre las siguientes preguntas. ¿Qué nuevos recursos han encontrado en sí mismos luego de la muerte del ser querido? ¿Qué sentido va a tener esa pérdida en su vida? ¿Qué cambios preven en el conocimiento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante plantearse y reflexionar sobre estas preguntas, aun cuando por el momento no se tengan respuestas concretas y claras, pues las respuestas van abrirse camino de manera inconsciente y germinando poco a poco. • Las pérdidas a causa de una muerte pueden cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno y sus creencias filosóficas, creencias influidas por nuestras familias, nuestros pares, la educación, y la religión así como las experiencias vitales. • No adaptarse a la pérdida es no reconocer el sentido de la pérdida, es estancarse y no redefinir sus metas en la vida y mantenerse en un estado de 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas personas han descubierto en si mismas, recursos desconocidos luego de un gran dolor, un mejor conocimientos de ellas mismas, una mayor confianza en si mismas y en los demás, una mayor compasión hacia los sufrimientos ajenos, una nueva orientación en el trabajo, una nueva misión en la vida.. • Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. En estos casos en se trata de la muerte de un bebe, generalmente súbitas y prematuras, en los que el único e importante rol es el de ser madre o padre, entonces sienten que han perdido la dirección en la vida, pues la vida no ha seguido un curso normal, sienten la fragilidad de la vida y los pocos limites de control que tienen sobre ella. La persona lucha contra sí misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamientos necesarias,

	<p>sí mismos y en la orientación de sus vidas? ¿Han cambiado sus valores después de la pérdida?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pide a las participantes que exploren y compartan los cambios de estatus, funciones intereses y necesidades que han tenido después de la pérdida, y que describan cuál será o quisiera que fuera su proyecto de vida. • Se les pide que escriban los tres recuerdos más dolorosos y luego los tres recuerdos más agradables en relación con la pérdida. 	<p>detención del crecimiento, encontrándose aprisionado por un dilema que no puede resolver.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si encuentran que las fotos y los otros recuerdos del pasado les ayudan en la elaboración del duelo, utilícenlos; si encuentran que esos recuerdos les han atado a un pasado muerto que impiden su recuperación, elimínenlos. Los recuerdos del pasado pueden ser una grata compañía mientras no se conviertan en los amos del presente. Recordar adecuadamente es una manera de despojarse de la energía relacionada con el bebé fallecido. • Es muy frecuente que los familiares y amigos de quienes han perdido un bebé eviten hablar de cualquier situación que recuerde a dicho bebé o a las circunstancias de la muerte. Negar los recuerdos impide la elaboración del duelo. 	<p>aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los esfuerzos inútiles para revivir un pasado muerto son muy dolorosos. Vivir en el pasado impide la recuperación y malgasta la valiosa energía y el tiempo. Las energía y el tiempo se deben gastar en la recuperación, gastarlo en las nuevas realidades, gastarlo en nuevas realidades, en la vida.. en la de cada uno y en la de los demás sobrevivientes. • Recordar a la persona amada es un consuelo para los supervivientes: da significado a su relación, a su dolor. Reevocar el nombre es terapéutico. La estrategia de reevocar a la personita fallecida tiene el objetivo de ayudar a las personas en duelo a describir lo que era su vida antes de sufrir la pérdida y dejar claro el confin entre este período y la nueva situación con la que han de enfrentarse.
--	---	---	---

		<p>Dos signos concretos indican que la persona está recuperándose del duelo: la capacidad de recordar y hablar de la personita amada sin llorar ni desconectarse; y la capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 11 • Examinar defensas y estilos de afrontamiento. • Ayudar y explorar con los participantes posibles estilos de afrontamientos más eficaces para reducir los malestares o los conflictos producidos por la pérdida. • Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar en los participantes sus estilos de afrontamiento frente a la pérdida realizando los siguientes cuestionamientos. • ¿Utilizan medicamentos, drogas o alcohol para dormir, para disminuir la ansiedad y eliminar la rumiación del pensamiento con respecto a la pérdida.? • ¿Evitan ver fotos del bebe fallecido o tener algo a la vista que lo recuerde?. ¿Que relación se guarda con lo que le perteneció?. ¿Se evita hablar del 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se usan medicamentos, drogas o alcohol para afrontar las situaciones que le recuerden al ser querido, la persona no se esta ajustando de manera eficaz a la pérdida. • De igual manera los que evitan hablar del tema y de cualquier situación u objeto que lo recuerde, así como vivir como si esa pérdida no hubiese ocurrido tienen un estilo de afrontamiento poco sano que van en perjuicio de su salud física y mental. • El supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo nuestros pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • El abuso de sustancias, medicamentos o alcohol puede intensificar la experiencia de dolor y depresión, perjudicando el proceso de duelo. de sospechar que exista un problema en el abuso de sustancias, se le recomendará a la persona a recurrir a grupos de apoyo como alcohólicos anónimos o Programas de drogodependencia.. • Se debe ayudar al paciente a identificar sus pensamientos irracionales o demandantes y contrastarlos con la realidad para ver su precisión y sobregeneralización, y de esta manera ayudar a reducir los sentimientos disfóricos. Entre los pensamientos demandantes pueden estar: eso no debió ocurrirme a mi, no es posible que me pasara eso y entre los irracionales están:.. no volveré a engendrar otro bebe porque me pasara lo mismo.

	<p>tema?.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Como vive las fiestas, cumpleaños, navidades, día del padre, de la madre, y días especiales?. ¿Que sentido tiene las visitas al cementerio, la ofrenda floral, etc?. • ¿De que manera se le recuerda?. • Poner en practica la restructuración cognitiva para reducir el malestar y resolver problemas. 	<p>encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente, si cambiamos nuestros pensamientos, nuestros sentimientos y nuestra conducta cambiara.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión. No 12 • Resolver asuntos inconclusos • Proponer gestos o tareas concretas para resolver los temas que derivan del duelo. • Lectura del credo.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se les explica a las participantes que, a medida que hay una evolución emotiva en el duelo, las personas deben proponerse gestos exteriores que pongan de manifiesto el trabajo interior realizado. • Para realizar adecuadamente las 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando que dan asuntos inconclusos se hace muy difícil la resolución adecuada del duelo. Es importante entonces ir resolviendo dichos asuntos para ir gradualmente diciendo un adiós al fallecido. • Existen cuatro tipo de formas diferentes de asuntos que han podido quedar pendientes: asuntos que tienen que ver 	<ul style="list-style-type: none"> • Decir adiós es algo que se debe hacer gradualmente durante el curso de la terapia. En cada sesión se anima al paciente a decir un “adiós temporal, un adiós por el momento.”. al completarse asuntos pendientes o inconclusos las pacientes se van preparando cada vez más para decir un adiós final a esa personita que han perdido • Traer a la sesión, una foto, o cualquier otro objeto que recuerde o se relaciones con la existencia del bebé y compartirlo

	<p>tareas en esta sesión se reflexiona sobre los siguientes puntos y se dan respuestas a estas interrogantes: ¿Que cosas consideran debieron haber hecho y no hicieron. le dieron nombre al bebé, lo sepultaron, conservan algún recuerdo de el o ella, visitan su sepultura?..</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tareas le quedan por cumplir?. ¿Qué dificultades encuentran en el cumplimiento de esas tareas?. ¿Es capaz de cumplirlas? ¿Quién podría ayudarla respetando su propio ritmo? 	<p>con cosas que se hicieron; con cosas que se omitieron; con cosas que se dijeron o pensaron; y con cosas que se callaron.. Existen personas que arrastraban algún asunto pendiente, que dentro de ellas mismas les parecía enorme, pero después han llegado a comprender que era mucho menos importante de los que le parecía.. Así que el primer paso que deberemos dar para liberarnos de ese punto inconcluso será contemplar la realidad de la situación, ponerla de nuevo en su justo término.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante para liberarnos de un asunto pendiente, diferenciar u subrayar lo esencial de la relación. Se debe procurar no quedarse en una frase o en un acto, hay que intentar contemplar la relación con el ser querido en general. • Pueden hablar o comunicarse con la personita que ha 	<p>con el grupo. De no tener ese objeto, fabricarlo o comprarlo para que quede como recuerdo. En caso de que el bebé no tuviese nombre colocarle uno y realizar una pequeña ceremonia funeraria, en caso de que no se hubiese dado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para realizar el trabajo de duelo se sugieren realizar las actividades relacionadas con estas interrogantes como: terminar los diálogos o dar otra forma a lo no dicho o expresado mediante visitas al cementerio, cartas a esa personita fallecida; cumplir las promesas hechas al bebé. Si la promesa resulta imposible cumplir, reemplazarla por otra que tenga algún sentido para la persona en duelo; en fin realizar las tareas que consideran faltan por hacer. • Se sugiere a las que desean, que para los aniversarios realicen alguna actividad simbólica que les recuerde al bebé que tuvieron y le den un sentido a su breve existencia, como por ejemplo regalar ropitas o artículos de bebé algún niño que nazca en esa fecha, reunirse en familia y llevarle un regalito a su tumba, etc.
--	--	--	---

		<p>muerto, y manifestarle todo lo que sienten, el amor entre ustedes es un vínculo que la muerte no puede romper. Esto se debe hacer tomando en cuenta que ese bebé a partido y nunca volverá, para no caer en fantasías o irrealidades.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Sesión No 13 ● Trabajar las fantasías de acabar el duelo. ● Explorar y desactivar los objetos de vinculación. ● Trabajar sobre los sueños relacionados con el bebé fallecido. ● Lectura del credo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hacer que las pacientes exploren sus fantasías sobre cómo sería acabar el duelo o qué implicaría para ellas: ¿qué perderían al acabarlo? ¿qué ganancia secundaria obtienen para no acabarlo?. Se utiliza el role playing para trabajar el respecto. ● Explicarles a las pacientes que son objetos de vinculación y en qué se diferencian de los recuerdos, para luego permitirles que 	<ul style="list-style-type: none"> ● .Algunas personas conscientes o inconscientemente no resuelven adecuadamente el duelo por la pérdida de un hijo (a), porque obtienen una ganancia secundaria, puede ser mayor atención de su esposo, de sus otros hijos, de sus padres o de cualquier otro ser querido, entre otros. ● Los objetos de vinculación juegan un papel en la irresolución del duelo. Los objetos de vinculación son objetos simbólicos que guarda el superviviente y le permite mantener 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las pacientes se representarán como personas que han terminado el duelo y las posibles consecuencias que podrían tener en su entorno por haber terminado el duelo. ● Se reflexionará sobre los posibles miedos y fantasías de acabar el duelo. Se confrontarán los pensamientos o creencias irracionales de las pacientes con la realidad y se reflexionará sobre los daños que les está ocasionando el mantener esas creencias o pensamientos. ● Después de la muerte se puede investir algún objeto inanimado con un simbolismo que establece un vínculo entre la persona en duelo y el fallecido. La mayoría de las personas son conscientes del simbolismo que le han otorgado al

	<p>hablen al respecto y trabajar sobre el tema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las pacientes cuenten sobre los sueños que mantienen o han mantenido con relación a la pérdida. Sueños repetitivos, agradables o angustiantes ¿Qué nos dice de nosotros mismos y de nuestra relación con el fallecido?. 	<p>externamente la relación con el fallecido</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objeto de vinculación puede ser entre otro, alguna pertenencia del fallecido, una representación del fallecido como una fotografía, algo que tenía a mano cuando se recibió la noticia de la muerte o cuando vio el cuerpo del fallecido. • Son diferentes de los recuerdos. La mayoría de las personas cuando muere alguien, guardan algo como recuerdo o conmemoración. Sin embargo, los objetos de vinculación están investido de mucho más significado y causan más ansiedad cuando se pierden. • A través de los sueños podemos analizar el contenido inconsciente que las pacientes tienen con relación a la pérdida y que les es difícil hacerlos conscientes. 	<p>objeto sin comprender quizás todo lo que simboliza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante ser conscientes y entender el concepto que hay detrás de este fenómeno, porque los objetos pueden dificultar la realización satisfactoria del proceso de duelo. • Para la persona que posee un objeto de vinculación es importante saber dónde está dicho objeto en todo momento. • Los objetos de vinculación son similares a los “objetos transicionales” como los que guardan los niños cuando crecen lejos de sus padres (una manta, un peluche, etc) que los hace sentir más seguros y protegidos durante la transición entre la seguridad y protección asociada con los padres y su propia necesidad de crecer y desvincularse de su familia y convertirse en ellos mismos.
<ul style="list-style-type: none"> • Sesión No 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir un poema, un pensamiento, o una 	<ul style="list-style-type: none"> • El duelo acabado es cuando pueden pensar en el bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a las personas en duelo a encontrar un lugar adecuado para el

<ul style="list-style-type: none"> ● Recolocarse emocionalmente al fallecido y continuar viviendo <p>Tarea IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ayudar a la paciente a decir un adiós final. ● Motivar a las pacientes a la redefinición de metas ● Incentivarlas a la adquisición de nuevos vínculos e intereses ● Reflexionar sobre los altibajos en el proceso de recuperación. ● Recordar que en la próxima sesión es la finalización de la terapia.. ● Lectura del credo. 	<p>carta al bebé que perdió en la que manifiestan un adiós final. En la que manifiesten todo lo que ha supuesto la relación con ese ser tan pequeñito. En la que se pueda reconstruir la esencia de esa relación,, todo lo que esa relación aportó a el crecimiento personal de cada una.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que escriban y compartan con el grupo cuáles serían sus planes o metas a corto, mediano y largo plazo, y cuáles serían sus nuevos vínculos e intereses, en donde se refleje la recuperación emocional obtenida en la terapia grupal. 	<p>fallecido sin dolor, aunque siempre habrá una sensación de tristeza, es un tipo de tristeza diferente, no tiene la cualidad de sacudida que tenía previamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hay que destacar que el duelo es un proceso a largo plazo, y su culminación no será un estado como el que tenían antes del mismo. Y que tomen en cuenta que aunque el duelo progrese habrá malos días, pues no se trata de un proceso lineal; puede reaparecer algunos síntomas y se tendrá que volver a trabajar. ● Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismas, de no querer nunca más. Se quedan bloqueadas y más tarde se dan cuenta, de que su vida en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida. Algunos vacilan a la hora de establecer relaciones nuevas porque creen que deshonrarán la 	<p>fallecido en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El proceso de recuperación no es un camino recto como muchas personas lo quisieran, es más como un relámpago, lleno de altibajos, de brincos y de caídas desesperante, esto es muy importante que lo tengan presente, para que no piensen que el trabajo realizado en la terapia grupal no fue provechoso. Deben ser amables con ustedes mismos, deben respetar el poder del duelo, han de saber que les afecta psicológica, física y espiritualmente de forma intensa y a veces sorprendente. El duelo es una de las cosas más sagradas y más humanas por las que puede pasar una persona, se cae de lleno en el misterio de la vida y de la muerte, por lo tanto hay que respetarlo. ● No volverán a ser la misma persona que antes de la pérdida, pero obtendrán la riqueza emocional y la profundidad que proviene de haber conocido el dolor intenso y también su curación. ● Muchas personas equivocadamente asimilan el restablecer nuevos vínculos con un desleal olvido del ser querido y se resisten a permitirlo. Ésta se modifica de una relación de presencia a una de
--	--	--	---

		<p>memoria, o porque sienten que nadie podrá ocupar el lugar de la persona perdida. Pero aunque es cierto que nunca nadie podrá reemplazarla, no hay nada de malo en seguir viviendo y establecer nuevas relaciones. Existen otras personas a las que amar sin que esto signifique que se quiera manos a esa personita.</p>	<p>ausencia, pero la desaparición de alguien a quién amamos no nos obliga a olvidarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Continúen manteniendo razones para vivir. Tienen un futuro por el que vale la pena resistir y merecen encontrar un nuevo sentido de propósito y placer en la vida. Han aprendido que no siempre tienen el control de las circunstancias vitales. Deben usar este descubrimiento para vivir más intensamente, para disfrutar más a cada momento.
<ul style="list-style-type: none"> Sesión No 15 Cierre de la terapia Poner de manifiesto a través de actos externos el trabajo interior realizado durante la terapia. Evaluar objetiva y subjetivamente a las pacientes. Dar una pequeña charla sobre estilos saludables de vida y proporcionarle un material didáctico a las participantes. Realizar en la sesión una técnica de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de soltar las amarras (visualización). Aplicarles a las pacientes los instrumentos de medición que se utilizaron al inicio de la terapia. Pedirles que comenten cómo se sintieron durante la terapia y qué beneficios o que contratiempos tuvieron durante la misma. Darles una pequeña charla para que las 	<ul style="list-style-type: none"> Normalmente hay tres tipos de cambios que nos ayudan a evaluar los resultados de la terapia: la experiencia subjetiva, los cambios conductuales y el alivio de síntomas. En la experiencia subjetiva las personas informan si hubo aumento de sentimientos de autoestima, reducción de culpa, etc. Entre los cambios conductuales están: la persona empieza a socializarse, hacen cambios notables en su forma de 	<ul style="list-style-type: none"> Hacer que las pacientes imaginen que el espíritu de la personita fallecida es una barca que está amarrada a un puerto, o es un globo de gas cuyo hilo lo están sosteniendo ellas,, que imaginen que ya sea la barca o el globo necesitan ir libremente donde ellos quieran. Que ellas imaginen que sueltan el hilo del globo y éste comienza a alejarse en el cielo, o que sueltan la amarra de la barca y ésta se empieza a ir por el mar. Hay que dejarlas sentir la profundidad de ese adiós. Es el momento de que corten con las ataduras. Hacer que las pacientes imaginen que el espíritu de la personita fallecida es una barca que está amarrada a un puerto, o es un globo de gas cuyo hilo lo están

<ul style="list-style-type: none"> • Lectura del credo. 	<p>participantes pongan en práctica, estilos saludables de vida.(ejercicios, buenos hábitos alimenticios, etc.)</p>	<p>conducir su vida (visitan el cementerio, hacen cambios en la habitación del fallecido, etc). y entre los alivios de síntomas que muestran la eficacia y la efectividad del tratamiento están; menos dolores corporales y reducción de síntomas como: pérdida de apetito, insomnio, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben recordar que un nuevo capítulo en su vida ya ha comenzado; que hoy es el primer día del resto de su vida. Que tendrán que llevar a cabo cambios que esa nueva vida requiere, ensayando nuevas maneras de vivir. 	<p>sosteniendo ellas,, que imaginen que ya sea la barca o el globo necesitan ir libremente donde ellos quieran. Que ellas imaginen que sueltan el hilo del globo y éste comienza a alejarse en el cielo, o que sueltan la amarra de la barca y ésta se empieza a ir por el mar. Hay que dejarlas sentir la profundidad de ese adiós. Es el momento de que corten con las ataduras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los instrumentos aplicados son: el cuestionario de Duelo Complicado, La escala de Depresión de Zung y la Escala de ansiedad Rango – Estado (IDARE). • Comentarios sobre la experiencia subjetiva de cada una de las participantes. • Sí las participante logran introducir estilos saludables de vida, la terapia de grupo será de mayor provecho para ellas. Pues han enfrentado una pesadilla real y han sobrevivido a ella, han sufrido incalculablemente y necesitan herramientas para utilizar la tragedia como elemento para su crecimiento personal.
--	---	--	--