



Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

Intervenciones psicológicas en situaciones de duelo perinatal

Estudiante: Zlotogwiazda Ivana

Tutora: León, Verónica

Carrera: Psicología

Matrícula: 21671

ID: 161217

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Presentación de la temática.....	4
Problema y pregunta de investigación.....	5
Relevancia de la temática.....	6
Objetivos Generales y específicos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	7
Alcances y límites.....	7
Antecedentes.....	7
Estado del Arte.....	8
Marco Teórico.....	9
Procedimiento.....	10
Capítulo I: Duelo Perinatal.....	12
1.1 Aspectos generales del duelo.....	12
1.2 Aspectos sociales y culturales del duelo perinatal.....	14
1.3 Construcción de significado y sentido en duelo perinatal.....	15
Capítulo 2: Modelo Integrativo de Héctor Fernández Álvarez.....	17
2.1 Surgimiento del modelo integrativo.....	17
2.2 Aportes del modelo integrativo en situaciones de duelo.....	20
Capítulo III: Intervenciones.....	23
3.1 Muerte inmediata.....	23
3.2 Intervenciones durante el proceso de duelo.....	25
3.3 Intervenciones grupales.....	29
Conclusiones.....	32
Referencias bibliográficas.....	35
Anexo 1: Entrevista a psicóloga especializada en Psicología Perinatal.....	39

Resumen

Si bien las pérdidas gestacionales acontecidas durante el primer trimestre de gestación son un hecho reconocido por la sociedad, esto se refleja en una conducta habitual de muchas personas al no informar de un embarazo hasta cumplidas las primeras doce semanas lo cual ignora el riesgo de pérdidas posteriores. La invisibilización de los procesos de duelo perinatal han sido fuente de sufrimiento de las personas y familias que vivieron esta experiencia. Desde el campo de la Psicología se han realizado aportes específicos respondiendo al padecimiento suscitado por la falta de validación e incomprensión social de este tipo de muerte. Es por esto, que el presente trabajo buscará reflexionar, comprender y estudiar de qué manera la psicoterapia desde el marco teórico integrativo puede brindar acompañamiento y apoyo a las personas que atraviesan una experiencia de pérdida perinatal, sin patologizar la vivencia, pero ofreciendo intervenciones adecuadas que comprendan la magnitud del dolor que representa la pérdida de un hijo.

Palabras claves: duelo, duelo perinatal, intervenciones psicológicas, emociones, proceso, psicología, muerte, pérdida.

Introducción

Presentación de la temática

Generalmente un embarazo aceptado y deseado se suele asociar con emociones positivas, pero en el momento en que ocurre una interrupción o fallecimiento del neonato se desencadenará un proceso complejo conocido como duelo perinatal que ha sido objeto de estudio de la psicología. Si bien el proceso de duelo en algunas ocasiones se desarrolla espontáneamente, en otras ocasiones las emociones despertadas pueden resultar tan intensas que llevan a las personas a realizar una consulta psicológica.

Desde la psicología diversos autores, entre ellos Sigmund Freud y la doctora Kübler-Ross, han investigado los procesos involucrados en el período de adaptación de la persona que ha experimentado la pérdida o fallecimiento de un ser significativo en su vida. Desde Freud, el duelo puede abarcar la pérdida de una persona o una abstracción de ella (Freud, 1917). Lo describe cómo el proceso mediante el cual el sujeto realiza el proceso de desinvestidura de los lazos libidinales que lo unían a esta persona o abstracción. Más recientemente, la psiquiatra

Kübler-Ross (1969), trabajando con pacientes oncológicos, desarrolló un muy conocido modelo compuesto por cinco etapas o fases en las cuales se describe el proceso de duelo. Dichas etapas son, 1) negación, siendo esta un mecanismo de defensa mediante el cual la persona expresa una resistencia o rechazo a aceptar la realidad de la muerte; 2) ira, sentimiento muy habitual ante la pérdida que puede estar dirigida hacia la persona fallecida, hacia quien experimentó la pérdida o hacia el entorno; 3) negociación, como parte del proceso, el momento por el cual la persona intenta aplazar la muerte, suspenderla, ofrecer algo a cambio simbólicamente como un intento desesperado por evitar el fallecimiento. En esta fase suelen verse promesas, rituales, sacrificios.; 4) depresión, si bien no responde necesariamente a la definición clínica de un trastorno depresivo mayor, tal como lo presentan los manuales diagnósticos (DSM 5, CIE 10), en esta fase se observan emociones de pena, dolor, desesperanza, frustración que acarrea la pérdida; 5) aceptación, representa el reconocimiento real de pérdida o su inminencia en la cual los mecanismos psicológicos pierden preponderancia ante el peso de la realidad.

Si bien la autora (Kubler- Ross, 1969 "On Death and Dying"), deja muy claro en su modelo que estas fases no son secuenciales ni correlativas, en algunas ocasiones erróneamente se las interpreta como aconteciendo de manera lineal de la primera hacia la última.

Por la relevancia que tiene el tema de la muerte en la experiencia humana, se han desarrollado diversas teorías, en las cuales el foco principal consiste en comprender el duelo como un proceso, como una experiencia individual, única, subjetiva. Dentro de estos nuevos modelos

queremos destacar el modelo de las 6 R (Rando, 1986) que plantea nuevamente el concepto de fases dinámicas y variables que pueden ser identificadas en el duelo. Estas fases son: reconocer la pérdida, reaccionar y expresar las emociones, recordar la relación, replantear una nueva vida, reacomodarse a un mundo sin el fallecido y reinventar y buscar nuevos proyectos para seguir viviendo.

Otro cambio significativo en el concepto de duelo se asocia a la representación en que el duelo no lo experimenta de manera pasiva, sino que deberá activamente realizar algunas tareas para superarlo. Estas tareas según supone Worden son: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor, adaptarse al entorno en el que falta el fallecido y continuar viviendo (Worden, 2004).

Si bien el duelo perinatal compartirá las características de otros duelos en general, su acontecer en situaciones conectadas con lo que se esperaba fuera inicio de la vida, genera desafíos que afrontará la mujer gestante y su familia.

Problema y pregunta de investigación

Las teorías modernas sobre duelo proponen que se trata de un proceso individual y, por lo tanto, las intervenciones del psicólogo que acompañen el proceso de duelo, deberán tener en suma consideración la subjetividad. Se plantea el dilema de cómo se adaptan los modelos teóricos generales a un tipo de duelo específico, como es el duelo perinatal.

En el contexto de las investigaciones de habla hispana, es posible identificar autores que abordan el tema, en España (López García de Madinabeitia, 2011), en México (Dr. García, 2003), y en Argentina (Oberman, 2005), que constituyen trabajos relevantes ya que la mayoría de las investigaciones inicialmente eran en su totalidad de habla inglesa.

Por otro lado, el ámbito de aplicación y desarrollo de los profesionales que abordan esta temática es la psicología perinatal, la cual ha sido reconocida en 2018 por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires como una especialidad (Oberman, et.al, 2022). La mayoría de los profesionales que se enfocan en la Psicología Perinatal se desempeñan en el área clínica en maternidades y hospitales con atención obstétrica, dado que la población a la que asisten consiste en mujeres embarazadas en edad reproductiva. Esto destaca la necesidad de inserción de la psicología en los equipos interdisciplinarios en obstetricia y las Unidades de Cuidado Intensivos Neonatales (UCIN).

El impacto emocional que tiene una pérdida perinatal en personas gestantes y su círculo cercano, será sin lugar a dudas intenso y complicado. Podrá generar el comienzo de un trastorno parcial, o un desajuste en la conducta y en los pensamientos. Estos procesos psicológicos, centrales en la vida de un individuo adulto, requerirán un abordaje teórico propio y el desarrollo de ciertas prácticas profesionales específicas en la temática.

Por lo tanto resulta relevante preguntarse, ¿Cuál es el rol del psicólogo ante una situación de muerte perinatal y cuáles serían las intervenciones más adecuadas para acompañar a las personas que enfrentan un proceso de duelo perinatal desde el marco teórico integrativo?

Relevancia de la temática

La visibilización de los procesos de duelo perinatal tomaron relevancia acompañados de organizaciones de madres y padres quienes habían experimentado pérdidas, entre ellas se podría mencionar Umamanita, ReNacer, Compartim, Fundación Aikén.

La existencia de cada vez más profesionales especializados en Psicología Perinatal, responde a la magnitud de los procesos emocionales que experimentan las familias y la necesidad de un área específica dentro de la Psicología que estudie los procesos psicológicos implicados en el duelo perinatal (Vega, 2006). Es importante comprender que se requiere de una intervención específica tanto en el ámbito hospitalario, donde ocurren los fallecimientos, como en las consultas psicológicas derivadas de este tipo de pérdida.

El valor socio-cultural de la vida de un recién nacido o de la gestación ha aumentado significativamente desde inicios del siglo XX hasta la fecha (Badenhorst, Hughes, 2007). Según Imhof (1992), en el siglo XIX el 40 % de los niños fallecían antes de los 10 años de vida, sobre todo en las clases sociales más vulnerables. Con el avance de la medicina y la incorporación de tecnologías en el cuidado neonatal, la tasa de mortalidad neonatal ha decrecido, generando en la sociedad menos aceptación o resignación ante la pérdida de un embarazo o un recién nacido, ya que las situaciones de pérdida son menores y por lo tanto algo menos frecuente dentro de una comunidad.

Por otra parte, se evidencia una reducción de la tasa de natalidad por motivos culturales, algunos jóvenes comienzan a cuestionarse el hecho de ser padres y dejan de darlo como una imposición de la sociedad. Esto genera una tensión entre la importancia por parte de la sociedad al inicio de la vida, y el desinterés cada vez mayor por parte de los jóvenes a reproducirse. Como consecuencia, el valor social de los embarazos buscados se refuerza dando lugar a un aumento significativo en las consecuencias psicológicas ante la pérdida. Del mismo modo, el incremento de la infertilidad y las gestaciones logradas mediante técnicas de reproducción asistida son también situaciones que acrecientan la importancia de esos nacimientos tan esperados.

A este valor social de la vida del neonato, se suma el reconocimiento otorgado a la experiencia devastadora que describen las propias familias y las investigaciones que dieron cuenta de este fuerte impacto psicológico (Hertz, 1984) que antes era invisibilizado o minimizado.

Por lo tanto, este trabajo contribuirá a conocer cómo se aborda esta problemática en Argentina, de qué manera intervienen los psicólogos que participan en los equipos de salud de los hospitales y maternidades o en la práctica clínica privada. Se buscará un acercamiento a la práctica profesional desde una perspectiva científica donde se identifiquen las intervenciones validadas por la investigación en este campo, desde el Modelo Integrativo de Hector Fernández Álvarez.

Objetivos Generales y específicos

Objetivo General

El objetivo principal de este trabajo será describir y desarrollar las posibles intervenciones de un psicólogo ante una situación de duelo o pérdida perinatal, tomando el modelo integrativo de Héctor Fernández Álvarez.

Objetivos Específicos

- Identificar las emociones y sentimientos que se presentan ante la pérdida de un embarazo o un recién nacido.
- Desarrollar las características del modelo integrativo de Héctor Fernández Álvarez
- Diferenciar las intervenciones del psicólogo ante la muerte inmediata o inminente y aquellas que se realizan a lo largo del proceso de duelo desde el modelo integrativo.

Alcances y límites

Dentro del desarrollo de esta tesina quedarán por fuera el abordaje de duelo complicado o patológico, no porque no se consideran relevantes sino porque la perspectiva planteada apunta a la prevalencia en los duelos, siendo está vinculada al duelo con un desarrollo habitual o frecuente, mientras que, el duelo complicado se trata de una situación más específica donde podrán intervenir otros trastornos o situaciones complejas que dificultan el proceso de duelo. Se trabajará sobre el proceso de duelo sobre mujeres gestantes en edad fértil desde un marco teórico integrativo, ya que el proceso de duelo abarca cuestiones tanto del pensamiento, de las emociones, las conductas, cuestiones vinculadas al sentido y el círculo social de apoyo.

Antecedentes

Los procesos de duelo han sido estudiados a lo largo de la historia desde diferentes marcos teóricos. Desde la teoría psicoanalítica, Freud (1917, p. 2092) explica cuál es el trabajo que el duelo lleva a cabo para aceptar que el objeto amado no existe ya, y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo.

Desde la psiquiatría, Lindemann (1944) ha realizado una detallada descripción de los fenómenos observados en los procesos de duelo, ya que él y un equipo de profesionales asistieron a las víctimas y sus familiares de un incendio en una discoteca en Boston. En su trabajo pudo

identificar y describir la sintomatología que se repetía en los individuos al momento inmediato de la pérdida y su seguimiento posterior, poniendo el foco en las manifestaciones frecuentes o habituales consideradas como esperables.

Así como Lindemann hizo una descripción general de las emociones, conductas y distorsiones cognitivas ante una pérdida, la psiquiatra Kübler-Ross (1969) se centró más en la evolución del proceso de duelo, con la presentación de su Modelo de Fases del duelo, ampliamente utilizado no solo en casos de duelo por fallecimiento sino en otros tipos de duelo como la pérdida de un trabajo, divorcios, migraciones y otros.

Siguiendo el modelo de etapas, otros autores han desarrollado modelos teóricos como es el caso de Rando (1984) considerando al duelo como un transcurso con fases plásticas, dinámicas y variables, o Sanders (1992), quien desarrolla una teoría integradora del duelo compuesta por cinco etapas distintas de duelo: conmoción, conciencia de la pérdida, conservación-retirada, curación y renovación, es interesante que ella incorpora el concepto de la personalidad como factor modulador y que ésta guiará las intervenciones.

Un autor que propone una visión innovadora en relación a estas etapas o fases identificadas hasta el momento es Worden (2004), enfocada en una posición activa del deudo, quien más que atravesar estas etapas, deberá realizar "tareas psíquicas" tal como las denomina el autor.

Desde la Teoría del Apego, Bowlby (1986) también plantea cuatro fases (embotamiento, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperación, reorganización) y señala que las emociones más intensas que se experimentan al perder un ser querido están relacionadas con el tipo de apego. Aparecerá el miedo a quedar abandonado, el anhelo por la figura perdida y la ira de no poder sustituirla (Bowlby, 1986).

Desde la Teoría Constructivista Narrativa, Neimeyer (2009) propuso que la pérdida de un ser querido puede desafiar la validez de las creencias fundamentales y socavar la coherencia de la autonarrativa, por lo que el trabajo terapéutico se centrará en la reconstrucción de esta narrativa.

La aplicación de los modelos de duelo al ámbito perinatal se inicia luego de la década de 1970. En una revisión histórica del tema, Leon Irving (2008) destaca que la literatura médica y psicológica mostraba poca conciencia de que la pérdida perinatal causaba una angustia considerable y que la separación incompleta del bebé del yo físico y psicológico de los padres, particularmente de la madre, puede conducir a una profunda confusión, decepción y baja autoestima. Esta intensidad y severidad llevó a otros investigadores a profundizar el conocimiento de los fenómenos psicológicos desencadenados por este tipo de duelo (Hertz, 1984).

Estado del Arte

En los últimos años se ha continuado trabajando sobre las características del duelo perinatal, sus especificidades y las intervenciones que se requieren para ofrecer a las familias y, especialmente, a la mujer puérpera que ha perdido a un hijo, un acompañamiento adecuado.

Algunas investigaciones desarrollaron modelos de intervención (Bennet, 2021) que en la mayoría de los casos, después de los respectivos períodos de referencia, demostraron que hubo una disminución en los síntomas de duelo informados. Estas mejoras se mantuvieron en gran medida en una evaluación de seguimiento de 6 semanas. Este estudio proporciona evidencia inicial en apoyo de futuras investigaciones y esfuerzos clínicos que adaptan el comportamiento cognitivo en intervenciones para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres que experimentan pérdidas perinatales.

Otros proponen modelos de intervención grupal (Fuentetaja y Villaverde, 2018), ya que se observa la importancia de ofrecer un contexto donde compartir y expresar sentimientos intensos y angustiantes derivados de la pérdida. En este trabajo se destaca el cambio en el reconocimiento de este tipo de duelo y del sufrimiento que lleva aparejado, como consecuencia señalan que, desde distintos hospitales, se están poniendo en marcha guías de intervención o protocolos para asistir las necesidades psicológicas derivadas de esta experiencia y brindar herramientas a los profesionales del equipo de salud.

Otros trabajos analizan el modo en que incide la tecnología prenatal (ecografías, ultrasonidos, fotos intra útero) sobre la construcción de la representación materna. Este material, ante una pérdida perinatal, será la única evidencia de la existencia de ese bebé para las familias (Cassidy, 2017). La necesidad de rituales y la conservación de recuerdos es una parte de los procesos de despedida en cualquier duelo, pero en el duelo perinatal estos elementos son muy pocos.

También se han desarrollado diferentes guías o protocolos de intervención al momento del fallecimiento, a ser implementados en hospitales y maternidades para una respuesta institucional inmediata. Ejemplos de estos son “Guía Para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal” publicada por la colaboración entre las Asociaciones El Parto es Nuestro y Umamanita (2009) o “Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales” (Sanchez Pichardo, 2007).

Marco Teórico

La muerte fetal tardía es el fallecimiento, antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable. Este carácter de viabilidad es precisamente el que sirve para diferenciar a las muertes fetales tardías de los abortos. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la viabilidad del feto con aquellos nacidos muertos que pesen al menos 500 gramos o tengan una edad gestacional de al menos 22 semanas (Pescador y otros, 2021). La muerte neonatal es considerada como aquella que se produce desde el nacimiento hasta los 27 días de vida según (Finkelstein, et al., 2017). Se entiende entonces por muerte perinatal la que reúne la muerte fetal tardía y la neonatal.

Asimismo, el duelo es el proceso psicológico que surge como consecuencia de una pérdida. Como fue mencionado previamente, los procesos de duelo han sido estudiados a lo largo de la historia desde diferentes marcos teóricos, tal es el caso del psicoanálisis, el cual introduce la

diferencia entre el proceso espontáneo de desligazón de la libido de su objeto y los procesos patológicos (Freud, 1917). Desde esa fecha se han realizado aportes significativos desde otros marcos, como la teoría sistémica (Reilly, 1978), la teoría del apego (Bowlby, 1993), la teoría constructivista narrativa (Neimeyer, 2009) o el significativo aporte desde la psiquiatría de la Dra Kübler Ross (1969).

Este trabajo se abordará siguiendo el criterio de las teorías integrativas que se fueron desarrollando desde la década de los 80 y que reconocen que en la práctica clínica los terapeutas emplean recursos y procedimientos heterogéneos. El objetivo de las teorías integrativas es unificar y organizar las intervenciones bajo un marco teórico y conceptual organizado, evitando el eclecticismo (Fernandez Álvarez, 1992), por lo cual el modelo integrativo sostiene el principio de que se pueden combinar diferentes enfoques terapéuticos en un nivel superior de elaboración conceptual.

La integración en psicoterapia ofrece una posibilidad de organizar los aportes de la clínica y la investigación, en el caso de las teorías de duelo autores como Moos (1995), Bonnano (1999) o, Sanders (1992) han contribuido a la comprensión de los procesos de duelo mediante modelos integrativos.

Este trabajo realiza un recorrido histórico sobre las teorías de duelo, para poder indagar su aplicación en un área específica como es el duelo perinatal. Se indaga las intervenciones del psicólogo ante la muerte intra útero o en el período inmediato al nacimiento, según define la OMS a este duelo. Se tendrán en cuenta los diferentes actores presentes a la hora de atravesar un proceso de duelo perinatal (psicólogos perinatales, comunidades de familiares en duelo, círculo social).

El duelo perinatal comparte con los otros duelos sus características principales, sin embargo, hay algunas particularidades que lo identifican. Se observa una emoción intensa en la madre, que suele expresar sentirse traicionada por su propio cuerpo. Es frecuente un sentimiento de envidia hacia quienes pueden terminar su embarazo o tienen su recién nacido vivo. La dificultad de adaptación de una situación visualizada como alegre a una traumática como la muerte, requiere de estrategias de afrontamiento que pueden verse inhibidas por la condición del puerperio de la madre que experimenta una severa sensación de pérdida de control (Hertz, 1984). Se observa también la reticencia de la red de apoyo a hablar de lo ocurrido o, si bien acompaña inicialmente, se retira muy pronto (Callahan, Brasted, Granados, 1983), estos autores también señalan que se genera una culpabilidad intensa en la madre. Por otro lado, Bennet y otros (2005) describen la naturaleza de la muerte perinatal como única y devastadora, a diferencia del duelo de un adulto no hay experiencia de vivir con el niño y por eso es socialmente vista como insignificante, si bien es un duelo que permanece en la experiencia personal por toda la vida, en muchos casos después del shock las personas se readaptan. Sin embargo, es frecuente la recomendación de postergar una nueva gestación por un período de tiempo mínimo de un año, ya que se ha encontrado evidencia de estrés post traumático en embarazos luego de una pérdida perinatal (Badenhorst, Hughes, 2007).

Se la nombra como una “pérdida silenciosa” o minimizada, donde el inicio y el fin de la vida se encuentran (Madinabeitia, 2011).

Procedimiento

Dado que el duelo perinatal podría ser pensado como una temática poco frecuente, el siguiente trabajo será de naturaleza exploratoria. Para esto, se investigará acerca de los procesos de duelo en general para luego poder indagar sobre el duelo perinatal en específico. Se buscará conocer acerca de lo que realmente conlleva un proceso de duelo perinatal, los sentimientos, emociones y conductas vinculadas, la individualidad del mismo dentro de las características compartidas, así como explorar las intervenciones realizadas desde la psicología en estas situaciones. Se intentará comprender cómo se trabaja desde la psicoterapia el duelo perinatal, cuáles son las intervenciones y si existen protocolos específicos de aplicación en la República Argentina. No obstante, será también una investigación de naturaleza descriptiva, dado que se ahondará en las distintas concepciones de duelo, según distintos marcos teóricos, con el fin de poder lograr luego un desarrollo detallado respecto al duelo perinatal.

Para esto, se recurrió a revistas científicas, libros tanto de papel como virtuales, investigaciones, y una entrevista para así contar con material de diversa índole, procurando que la información no sea sesgada. El trabajo buscará también comprender cómo es visto y entendido el duelo perinatal desde la sociedad, qué comprensión hay sobre el mismo y qué conlleva atravesar este tipo de experiencia de pérdida.

Respecto a la limitación del tiempo se observa una significativa diferencia entre la bibliografía y las investigaciones sobre la problemática del duelo en general y las primeras publicaciones referidas a la temática específica del duelo perinatal. Por esto, es que se utilizará bibliografía que data alrededor de los años 80 vinculada con la temática del duelo en general, pero en el caso de las investigaciones de duelo perinatal en Argentina, éstas datan de los últimos 15 años, dado que se trata de una especialidad dentro de la Psicología de la última década.

Se utilizará el marco teórico integrativo ya que, en las últimas investigaciones sobre la temática, aparece destacado en los modelos científicos de duelo. El material sobre este marco teórico pertenece a un período reciente, aproximadamente de los últimos 20 años.

Capítulo 1: Duelo Perinatal

Para comenzar, resulta interesante tomar La Organización Mundial de la Salud 1997, que diferencia a la muerte perinatal en, Mortalidad Fetal Tardía (desde la semana 22 de embarazo, o si el feto pesa más de 500 gramos hasta el parto); la Mortalidad Neonatal Precoz (desde el nacimiento hasta los 7 días de vida) y la Mortalidad Neonatal Tardía (desde el día 7 hasta el día 28 después del nacimiento). Más allá de la definición de muerte neonatal de la OMS, el proceso psicológico del duelo excede la definición técnica y podrá incluir situaciones como pérdidas tempranas, la interrupción de un embarazo e incluso el fallecimiento de edad temprana de un bebé, más allá de las fechas estrictas.

1.1 Aspectos generales del duelo

En primer lugar, para entender el duelo perinatal y que presupone este, es necesario primero considerar algunas cuestiones sobre el duelo en general.

El duelo es un proceso que será personal e individual de cada ser humano que sufre una pérdida ya sea de una persona querida, o de algo a lo cual se le tenía afecto. De todas maneras, más allá de la individualidad y la subjetividad de cada persona implícita en este proceso, se tendrá también en suma consideración durante el proceso de duelo, el apoyo social y la contención por parte del círculo cercano de la persona en el mismo. Resulta importante para quienes sufren una pérdida encontrar el tiempo que cada quien considere necesario para poder encontrar la forma en la cual puedan expresar sus emociones y sentimientos sin juicios externos, ya sea con el apoyo de un profesional o no. (Murray Parkes 1986).

En esta misma línea, en el transcurso de un proceso de duelo, hay sentimientos y emociones que serán sumamente intensos y abruptos (tristeza, enfado, desamparo, soledad, culpa, ansiedad, fatiga, apatía, impotencia, shock, insensibilidad, entre otras), siendo éstas algunas de las reacciones esperables en el proceso (Worden, 2004). De cualquier forma, estos pueden llegar a convertirse en algo crónico o patológico cuando se sostienen en el tiempo y afectan al día a día de la persona sin que esta logre desarrollar los recursos y herramientas necesarias para afrontarlos o transitarlos (Worden 2004)

Tal como se mencionó previamente, actualmente debido al desarrollo de la tecnología y la medicina, las cuales permiten un embarazo con cuidados específicos y una salud pública reproductiva de mejor calidad, las pérdidas de los mismos o de los recién nacidos suelen ser más shockeantes y menos esperadas. Es decir, las reacciones por parte de los padres ante la pérdida de un embarazo o de un recién nacido, se transformaron de acuerdo a las expectativas sobre los mismos que se tenían y se tienen ahora. En siglos anteriores estaba naturalizada tanto la pérdida de los embarazos o la muerte del bebé en el momento del parto, incluso la muerte materna, lo cual

generaba una actitud diferente en las familias, donde se aceptaba como una fatalidad de la vida que se debía superar.

Por lo que refiere a los avances tecnológicos en la medicina, especialmente la Ginecología Y Obstetricia, otro aspecto fundamental a considerar a la hora de pensar en el proceso de un duelo perinatal, son las novedosas formas de seguimiento y control médico del proceso de gestación de un embarazo. Hoy en día se pueden observar imágenes de los fetos y luego bebés desde el comienzo del embarazo. Esto genera que el apego al bebé y los sentimientos hacia él mismo se comiencen a desarrollar desde un principio, creando así un vínculo intenso con el bebé (García de Madinabeitia 2011).

Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de pensar en las emociones, algunas de ellas ya mencionadas, que se desencadenarán al momento de atravesar un proceso de duelo perinatal. Siendo el número de nacimientos o embarazos sanos mayor en la actualidad, quienes sufren una pérdida serán una minoría. Esto demostrará la consideración que se deberá tener por parte de la Psicología a situaciones cada vez más particulares, como es el caso de un duelo perinatal, donde también se considerará un duelo el proceso de aceptación de la enfermedad o patología del feto, situación que actualmente es detectada tempranamente mediante los estudios genéticos que se realizan en la semana 10 o 12, o con el scan fetal que se realiza en la semana 20. Es por esto que hoy en día un embarazo controlado permite anticipar enfermedades maternas o del feto, lo que suele desencadenar procesos de duelo anticipado.

Al forjarse vínculos tan fuertes, entre la madre, el padre, o la familia y el bebé que se espera, se establecen planes a futuro, expectativas, se piensan nuevas formas en las que tendrán que reacomodar sus vidas, se discuten nombres para el niño, donde dormirá, incluso se les compra ropa, y se reciben regalos por parte de amigos y familiares. Es decir, ese bebé recién nacido, o ese bebé esperado ya conforma una identidad, un lugar en la familia y tiene un significado para los padres que lo esperan (Páez Cala, 2019). Todo esto conlleva a que al momento de la pérdida la ilusión de ese plan de vida que se soñó y se manifestó a lo largo de pocos o muchos meses dependiendo el caso, se interrumpa y se desvanezca de un día para el otro. Dicho en otras palabras, se genera un vínculo previo tan fuerte con el bebé que se espera, se piensa un proyecto de vida, un futuro vínculo con el bebé, una vida compartida, que luego tras la pérdida del mismo, en el duelo perinatal se duela no sólo la pérdida en sí misma, sino también todo aquello que se esperaba vivir y disfrutar que nunca llegó a ser.

Resulta interesante comprender desde la Psicología que quienes están atravesando el proceso de duelo perinatal se podrán sentir solos o que sus emociones no son las esperables. Suelen asociar sus emociones a un sufrimiento tan intenso que se les escapa de control, por lo que necesitarán ser asistidos por profesionales que puedan reafirmarles que los mismos son esperables y que su recuperación podría tardar mucho tiempo incluso meses (Badenhorst, Hughes, 2007). Por otra parte, es importante destacar que no en todos los casos de duelo perinatal será necesario un tratamiento psicológico en el caso de que quien lo esté atravesando no esté interesado en éste. Aún así es aconsejable contar con un acompañamiento terapéutico que brinde las herramientas

necesarias para transitar el duelo de la mejor manera posible. De todas maneras, algunos autores afirman que un proceso de duelo que dure más de seis meses, sí requerirá de un tratamiento o acompañamiento psicológico (Badenhorst, Hughes, 2007).

1.2 Aspectos sociales y culturales del duelo perinatal

Como todo proceso humano, el duelo perinatal está atravesado por cuestiones políticas, sociales, culturales y económicas. Diversos autores coinciden en que el duelo perinatal es social y culturalmente minimizado o invisibilizado (García de Madinabeitia, 2011; Bennett y otros 2005). Este comportamiento social podría explicarse desde una perspectiva histórica en la cual la importancia de la vida en la etapa infantil se fue modificando o valorando al reducirse las tasas de mortalidad. De igual modo, otra explicación podría ser que se trata de un duelo cuya representación psíquica es intolerable, en la cual socialmente se despliegan mecanismos de defensa tendientes a negar o rechazarla.

A la hora de pensar un duelo perinatal, el perder un embarazo o un recién nacido, muchas veces no es comprendido el dolor que puedan estar sintiendo quienes sufren la pérdida por parte de la sociedad ya que no es una muerte que atraviesan todas las personas, como sí lo es el fallecimiento de un padre, o una madre.

En este trabajo se apunta a la importancia de tener información sobre el duelo perinatal, para que las personas que atraviesan dicho duelo, puedan ser más comprendidas, visibilizadas y acompañadas.

La sociedad capitalista imperante de la época, determina el deber de encontrarse como ser humano siendo "útil", pudiendo entender a este término como el estar constantemente produciendo o consumiendo. Quienes sufren una pérdida de un embarazo o un recién nacido, no se encuentran en condiciones mentales ni físicas para retomar la vida de forma inmediata a la pérdida vivenciada, deberán contar con el espacio y el tiempo para poder procesar sus emociones y sentimientos de manera gradual en soledad o si es deseado con el apoyo de su círculo social o profesionales, espacio necesario que muchas veces no es considerado al momento de otorgar licencias laborales. Por consiguiente, otro punto a considerar al momento de pensar la influencia de la cultura capitalista en el proceso de duelo desde el lado de quienes sufren la pérdida, podría ser el trabajo. El mismo puede ser también utilizado como vía de escape ante los sentimientos tan intensos que se presentan y a la ansiedad que pueden generar. Es decir, en algunas ocasiones hay quienes necesitan un tiempo de licencia como se mencionó anteriormente, aunque en otros casos el trabajo funciona como salida ante las emociones del duelo pudiendo entender a la actividad laboral como estrategia de afrontamiento de lo que sería un proceso evitativo.

Del mismo modo, influye la cultura que nos atraviesa, la cual impone de manera implícita y muy peligrosa, la no expresión de los sentimientos. Actualmente es valorado quien logra callar de cierta forma sus emociones y sentimientos más intensos, con el objetivo de ser capaz de continuar

una vida activa y veloz, sin quedarse transitando el sentir, pudiendo seguir con la velocidad que requiere la sociedad actual. Un duelo que pueda ser expresado, llorado, sentido y aceptado sin juicios por la sociedad será entendido como un duelo autorizado, mientras que aquel proceso de duelo que la sociedad no logre comprender, que se sienta avasallada por una situación tan compleja, que no comprenda cómo acompañar al deudo en su proceso personal de tristeza, ira, ansiedad, que sea juzgado e incomprendido, será entendido como un duelo desautorizado. Como todo proceso personal y subjetivo, implica conductas que se diferenciarán en cada persona según su individualidad. En el duelo perinatal, cómo en cualquier duelo, es frecuente el llanto aunque no siempre ocurrirá, lo que no significa que la persona no esté atravesando el proceso de duelo o no esté sufriendo. En quienes sí lloran, cabe destacar la importancia de las lágrimas y la libertad de poder llorar sin apuros por parte de una sociedad, que muchas veces no encuentra la manera de acompañar ni intentar comprender un dolor como el que se atraviesa en el proceso de un duelo perinatal. Los intentos fallidos de una sociedad que frecuentemente no comprende cómo manejar sentimientos propios menos podrá manejar sentimientos o emociones ajenas. Al intentar evitar las lágrimas, callar los sentimientos, buscar dar respuestas a preguntas que nadie hizo, sólo lastimarán, desautorizarán el dolor del deudo y podrán enojar a quien está pasando por un proceso tan arduo como es el de un duelo perinatal. (Martínez Osta, et.al. 2012)

Asimismo, siguiendo la línea de pensamiento de la influencia por parte de la cultura y la sociedad, cabe destacar la presión sobre las mujeres en sociedades actuales occidentales por ser mamá y las consecuencias al decidir no serlo. Ser madre será lo que definirá a una mujer según gran parte de la sociedad, implícitamente dejando a la mujer muchas veces atada a una maternidad obligada (Ávila González, 2005). Sin lugar a dudas estas presiones repercuten luego al momento de transitar un proceso de duelo perinatal, de compartirlo con aquella sociedad que presiona y oprime a la mujer. No sólo se está atravesando el arduo proceso de duelo perinatal personal e individual por el gran dolor que se vivencia por la pérdida en sí misma, sino también mucho miedo, frustración y ansiedad por no lograr cumplir con los estándares y exigencias por parte de la sociedad expectante.

1.3 Construcción de significado y sentido en duelo perinatal

Asimismo, como característica esencial e intrínseca, base de la psicología humanista, el ser humano buscará encontrarle el significado a aquello que le sucede, al sufrimiento al cual se ve enfrentado, para luego habiendo encontrado un sentido a la vida poder pensar en un futuro (Riveros Aedo, 2014). El duelo perinatal no es la excepción. En esta búsqueda de significado, es frecuente que los deudos tiendan a entender la muerte como un sin sentido, sin encontrar un por qué, de esta forma pudiendo acrecentar intensamente aquellas emociones y sentimientos negativos.

A saber, perseguir el objetivo de darle un significado a la pérdida de un embarazo o la muerte de un recién nacido, puede en muchos casos resultar una vía de alivio, un recurso o un mecanismo de defensa ante tanto dolor experimentado. En el caso de que se encuentre un significado personal o compartido ante la pérdida, puede este ayudar a procesar el duelo de una manera más eficaz y mejor

para cada individuo. El inconveniente se presentará cuando alguien que sufre una pérdida pretenda encontrarle un significado a la misma, y no lo haga. No sólo estará duelando el embarazo perdido o el recién nacido, sino también estará batallando por hallar un significado que no encuentra. Para quienes desean encontrarle un significado a la pérdida, no lograrlo puede resultar sumamente frustrante y desesperanzador pudiendo incluso desencadenar un duelo patológico. (Davis, et al. 2000).

Para finalizar, luego de esta pequeña revisión por el duelo perinatal, resulta interesante destacar la importancia de reforzar la presencia de un psicólogo en las clínicas o maternidades, debido a la necesidad de contar con apoyo psicológico especializado al momento de la pérdida (Cuéllar Flores, Valle Trapero, 1970). Esto se debe a que puede resultar un facilitador al momento de pensar el proceso de duelo que atraviesa el deudo, brindando herramientas que acompañen el proceso. Por la delicadeza y especificidad del duelo perinatal es que existe la especialidad de la Psicología Perinatal dentro de las ramas de la psicología para poder formar psicólogos en cómo atender un proceso de duelo perinatal y en cómo trabajar con tales emociones y sentimientos partes de un proceso tan complejo, siempre visibilizando y velando por la salud mental.

Capítulo 2: Modelo Integrativo de Héctor Fernández Álvarez

2.1 Surgimiento del modelo integrativo

A modo de introducción del modelo teórico integrativo, se hará una recapitulación de su surgimiento y evolución. Tal como lo menciona el Doctor Héctor Fernández Álvarez, propulsor del modelo integrativo en Argentina y uno de sus principales referentes en el resto del mundo también, “Hoy en día, en nuestra disciplina la integración no es algo que está por ocurrir; es algo que ya está ocurriendo.” (Neufeld 2019, p.1).

Vivimos en una era muy dinámica en la cual siempre hay cambios y novedades en todos los aspectos del desarrollo humano. Dentro del campo de la psicología, debido a la constante oferta de nuevas formas de tratamiento y de nuevas técnicas posibles a utilizar, un modelo integrativo resulta imprescindible para evitar el eclecticismo (Fernandez Alvarez, 1992). Por la alta demanda de tratamientos, la complejización de las problemáticas y la investigación sobre nuevas patologías surgen estos nuevos formatos de abordaje que intentan adaptarse a los desafíos de la clínica actual. Un modelo integrativo deberá incluir un marco teórico consistente, un modelo psicopatológico y un abanico de estrategias terapéuticas avaladas por un método científico y la investigación.

Para introducir el modelo integrativo que se tomará en este caso, es importante considerar los inicios de este modelo en el mundo. En el año 1983, se creó la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia, siendo esta una organización internacional, con el objetivo de hallar una articulación teórica y práctica entre los distintos modelos ya existentes, para luego sí pensar en una integración (Neufeld, 2019). Al considerar un modelo integrativo, compuesto por teorías, técnicas y herramientas de distintos modelos psicoterapéuticos, se requerirá abordarlo desde distintos enfoques, a saber, la coherencia teórica, los acuerdos entre especialistas y la formación y el entrenamiento de los profesionales. Dentro de la formación de profesionales se incluye también el concepto de formación continua y diferentes modalidades de supervisión de la clínica. Se requerirá también incentivar el estudio e investigación científica para el desarrollo y sustento tanto de los conceptos teóricos como de las intervenciones propuestas en el modelo. Otra variable será el tipo de vínculo entre el paciente (o consultante) y el terapeuta, variando según la cercanía entre ambos, la intimidad de la relación; estableciendo un modo colaborativo de trabajo (Fernández Álvarez 1992).

Es por esto que el concepto de integración surge por la necesidad de los terapeutas de buscar que los distintos modelos ya existentes puedan converger de manera conceptual y operativa, integrándose entre sí (Fernández Álvarez, 2022). Distintos autores buscaron encontrar articulaciones que compartían entre sí distintos modelos terapéuticos. Desde la base de cuatro modelos terapéuticos: Psicoanálisis, Terapia de modificación del comportamiento, Terapia Humanística Existencial y Terapia Sistémica, surgirán variantes y combinaciones creando así nuevos modelos con distintos enfoques. Es por ello que surge la idea de buscar una integración sin caer en el

eclecticismo, buscando un sustento teórico y práctico plausible de ser evaluado con rigurosidad. Dado que no hay una sola forma ya sea teórica o práctica de llevar adelante un proceso psicoterapéutico, es que resulta relevante hablar de psicoterapias y no de una única psicoterapia. El modelo integrativo supone herramientas y técnicas de los distintos modelos, considerando que todos son necesarios para un tratamiento completo, proponiendo una psicoterapia que no esté basada en el modelo médico, sino contextualizada dentro de la sociedad, la cultura, el sistema familiar, los valores, por citar algunos de los aspectos a tener en cuenta (Fernández Álvarez, 2022).

Es importante para todo modelo en psicoterapia, contar con una teoría de la mente, un modelo psicopatológico y un programa de cambios (Fernández Álvarez, Kirszman, Vega, 2008). Considerando que cada marco teórico plantea distintos modos de comprender el funcionamiento de la mente, los pensamientos y las intenciones, el modelo integrativo intenta organizar planteos heterogéneos tanto dentro de los constructos teóricos, como en las prácticas del tratamiento dentro de un mismo modelo. Nuevamente, habrá no sólo un motivo teórico para pensar en un modelo integrativo sino también un motivo clínico también. Para ello, es necesario en el modelo integrativo planteado por Fernández Álvarez, como cualquier modelo en psicoterapia, contar con un marco teórico consistente que pueda ser estudiado para comprobar su efectividad y su eficacia, contando con principios a utilizar como guía, mostrando la consistencia del mismo (Neufeld, 2019).

Es entonces, tal como lo señala Fernández Álvarez (1992), este modelo en psicoterapia surge y evoluciona con el fin de identificar los principios comunes y los aspectos donde se ha demostrado probada eficacia de cada modelo. Desarrollando al mismo tiempo estrategias de intervención que promuevan siempre una mejor calidad de vida mediante el acompañamiento de la psicoterapia para las personas consultantes (Neufeld 2019). De todas maneras, según Fernández Álvarez, los distintos modelos teóricos comparten entre sí un hecho fundamental en la psicoterapia que es el éxito en los tratamientos con pacientes. Por diversas vías de tratamiento, con distintas técnicas, diferentes tipos de alianza terapéutica, una relación distinta en cada caso, un entrenamiento del terapeuta diferente y una teoría específica en cada caso, todos los modelos teóricos comparten entre sí un cierto grado de éxito en el tratamiento de los pacientes (Fernández Álvarez, 2022). Antes del concepto de los factores comunes muy conocido por las propuestas de Frank (1973, como se citó en Fernández Álvarez, 1992), Rosenzweig (2002, como se citó en Uribe Restrepo, 2008) fue el primer autor en identificar hace muchos años los siguientes: reacondicionamiento social, descarga emocional (catarsis), la personalidad del terapeuta (o su estilo) y la consistencia del sistema explicativo que emplea el terapeuta.

Siguiendo esta concepción de Jerome Frank (1973 como se citó en Fernández Álvarez, 1992), los principios comunes a las psicoterapias eran cuatro, la relación entre el paciente y el terapeuta, considerando como primordial la confianza que tenga el paciente en la competencia del terapeuta para acompañarlo a mejorar su calidad de vida. El segundo aspecto en común que menciona es respecto al lugar en el cual sucede la terapia. Frank hace énfasis en que el mismo ya es entendido por la sociedad como un espacio donde las personas van a curarse, por lo que ya el hecho de asistir al lugar donde se llevará adelante la terapia genera alivio. En un tercer lugar, Frank destaca

como común a todas las psicoterapias, el hecho de que las mismas están basadas en una creencia compartida sobre la salud y la enfermedad. Por último, Frank menciona que toda psicoterapia reside en una base teórica prescrita.

Pero el modelo integrativo será superador de estos factores comunes, buscará generar un marco conceptual que permita profundizar y desarrollar una teoría y las herramientas terapéuticas específicas.

Siguiendo lo iniciado por Jerome Frank, surgen los modelos eclécticos, los cuales resultan de una elección subjetiva de acuerdo a los criterios personales que cada terapeuta considere más adecuado para cada tratamiento. Esto generó severas y constantes críticas ya que el uso del criterio subjetivo no cuenta con un respaldo científico basado en evidencia, y es por esto mismo, para resolver este eclecticismo, que el modelo integrativo surge.

Como destacan García y Fantin (2012), los aportes de Feixas y Miró(1993), contribuyeron a diferenciar tres tipos de integración técnica. A saber, la integración técnica pragmática, que consiste en una elección de la técnica basada en su eficacia científicamente comprobada, la integración técnica de orientación, en la cual se mantiene una orientación teórica específica, pero se incorporan herramientas de otro modelo. Por último estos autores identifican la integración técnica sistemática como la de Larry Beutler (2000, como se citó en Castañeiras, et.al, 2006) cuyo método selecciona de forma sistemática el tratamiento más adecuado para cada paciente considerando los criterios individuales del consultante.

Asimismo, Feixas y Miró(1993), reconocen distintos modos de integración teórica. Estos son la integración teórica híbrida, que propone integrar dos modelos teóricos que sean complementarios tomando de cada uno sus técnicas y herramientas teóricas específicas intentando unificar el marco teórico. A su vez, distinguen la integración teórica amplia, que propone tomar dos o más modelos teóricos teniendo en consideración aspectos del funcionamiento humano como son la cognición, las emociones, los valores humanísticos y los aspectos interpersonales, como el modelo integrativo de Hector Fernández Álvarez, el cual se sigue en este trabajo.

El modelo integrativo de Fernández Álvarez, tal como se mencionó previamente, plantea un modelo de teoría de la mente que explica cómo los seres humanos elaboran la realidad y construyen significados a lo largo de su vida a través de la estructura del self según un orden jerárquico de desarrollo del mismo. Esta conceptualización tiene un fundamento clínico que es el que permite interpretar el nivel de profundidad en el cual podría estar arraigada una situación disfuncional o patológica. Los niveles propuestos por este modelo son:

Función discriminante básica: discriminación de los límites corporales. Sensaciones de necesidad y saciedad.

Filiación y parentesco: diferenciación generacional y similaridad endogrupal.

Dominación: Legalidad, sistema de recompensas y castigos. Prescripciones y proscripciones.

Diferenciación sexual: Discriminación de las diferencias intersexuales. Gratificación corporal activa y pasiva.

Reconocimiento: Sentimientos de pertenencia, aceptación de los otros, confirmación social.

Autonomía: elaboración del guión personal. Constitución del juicio propio. Elaboración de proyectos.

Transitividad: Enlace amoroso, proyección de la experiencia de yo a nosotros.

Productividad y perdurabilidad: Despliegue de obra: hijos, trabajo, proyección social.

Recogimiento: Reelaboración reflexiva y preparación para la generación siguiente. Cierre de puertas abiertas. (Fernández Álvarez, 1992, pp. 200-201)

El modelo general de trabajo (Fernández Álvarez, 2008), implica distintos elementos estructurales, por ejemplo los principios de diseño y la forma en que se recibe la demanda y la orientación propuesta a quién consulta. Los factores más relevantes de una exploración inicial, seguida por los equipos de admisión, deben incluir una estimación del malestar subjetivo, el nivel de severidad identificado, la urgencia de la situación, cuáles son las estrategias de afrontamiento desplegadas, si existen resistencias o reticencia, una estimación de la red de apoyo, y la existencia o no de experiencias terapéuticas anteriores. El objetivo de una primera consulta, será lograr un juicio preliminar que permita desplegar un árbol de decisión que lleve a decidir algún tipo de tratamiento psicológico, farmacológico o combinado. Las tres funciones que se exploran en el curso de este proceso inicial, son la rotulación, la atribución y la búsqueda.

La rotulación es la forma en que la persona que consulta nombra su problemática, lo que permite comprender la experiencia en un primer intento para que, tanto el entrevistador como el consultante, puedan organizarla.

La atribución, son hipótesis que se plantean los seres humanos, como un intento de explicar lo que le sucede o su fuente de padecimiento. Para los procesos terapéuticos, será central lograr identificar algún tipo de atribución o locus interno, ya que cuando la atribución es completamente externa, la posición subjetiva dificulta el desarrollo de tratamiento.

La búsqueda está relacionada con las expectativas que la persona tiene sobre la consulta y un eventual tratamiento o posibilidad de ayuda.

2.2 Aportes del modelo integrativo en situaciones de duelo

De acuerdo a lo presentado por la entrevistada (Anexo 1), el modelo integrativo en situaciones de duelo es pertinente ya que permite tomar en cuenta las diversas aristas que se ven afectadas ante una pérdida. La muerte confronta al ser humano ante todo, con la finitud de su existencia, la trascendencia, lo efímero, los valores, el legado, todos elementos significativos desde la perspectiva de las teorías humanísticas. El fallecimiento de un ser humano, habitualmente ocurre en un contexto familiar, por lo tanto, el sistema familiar se verá afectado y modificado, y las interacciones entre sus integrantes, se modificarán tal cual lo presenta la teoría sistémica. Desde una perspectiva psicodinámica, elementos inconscientes vinculados, tanto a la pulsión de muerte como la sexualidad, participarán de esta problemática. Por último, desde una perspectiva cognitivo conductual, se verán modificadas y alteradas desde las creencias centrales sobre las que se constituyen la subjetividad y

la identidad de la persona, en este caso el o los deudos sobrevivientes; como así también sus comportamientos, conductas, emociones y pensamientos. Por lo tanto, será necesario abordar simultáneamente, todas estas áreas, y tenerlas presentes en cada una de las intervenciones que realiza el terapeuta.

Resulta importante destacar que el duelo perinatal es un proceso que se desarrolla dentro de una familia. Más allá de que se trate de un proceso individual y personal estarán implicados en el mismo no solo las madres o los padres del embarazo o el bebé recién nacido, sino también otros miembros de la familia. Según los distintos roles de cada uno en la familia y cuan implicados estén en la pérdida, habrá diferentes formas en que atraviesen o transiten el duelo. Es por esto, que es pertinente primero comprender al sistema familiar en sí antes previo a pensar en un modelo en psicoterapia.

Las familias son sistemas compuestos por reglas. Incluso en los formatos nuevos y en los más pequeños de familia, siempre habrá un sistema compuesto por miembros, reglas, jerarquías e interrelaciones, en la cual cada miembro se definirá por la interacción con los otros miembros (Moos, 1995)

En el caso específico del duelo perinatal, tratándose de situaciones tan complejas, es importante poder integrar distintos aspectos que se presentan en el proceso de duelo, poder abarcar los diferentes niveles en que se desarrolla dentro del sistema familiar y facilitar la reconstrucción del sentido de la vida, que se ve afectado por esta pérdida temprana.

El abordaje integrativo será sin lugar a dudas fructífero tanto para el deudo como para el profesional, quien contará con una mirada amplia y con la posibilidad de utilizar técnicas específicas orientadas por las necesidades de los consultantes y con un sustento científico.

En esta misma línea de pensamiento, otro motivo por el cual un modelo integrativo podrá ser considerado como un modelo abarcativo para la complejidad de un proceso de duelo, es por el hecho de que el mismo, tal como afirma Moos (1995), es tanto interpersonal como intrapersonal. Es por esto, que considerar que el proceso del duelo perinatal ocurre a nivel personal, familiar y social, es crucial para pensar el mejor tratamiento o intervención psicológica basada en un modelo que integre la emoción que surgirá a nivel individual, las cuestiones dentro de la familia como sistema, y lo social como un aspecto fundamental en cualquier proceso humano. Es por esto, que el modelo integrativo, resulta sumamente beneficioso para un proceso tan complejo como es el duelo, específicamente perinatal, en el cual se tendrán en suma consideración distintos aspectos que un sólo modelo podría no lograr cubrir con su teoría. En cambio, el modelo integrativo, tal como se mencionó anteriormente, integrará técnicas y tratamientos de distintos modelos, basándose en su propia teoría y lógica de pensamiento. Muchos estudios sobre duelo actualmente ponen foco en las estrategias de afrontamiento individuales, en una reciente investigación (Stroebe, Schut, Boerner, 2017) han realizado un examen sistemático de los procesos cognitivo-emocionales reguladores tanto en ensayos clínicos como en estudios más centrados en la teoría, y concluyen que ambos tipos de investigación se han beneficiado del empleo de diseños y técnicas recientemente disponibles y métodos estadísticos novedosos, lo que incentiva el desarrollo e investigación en este campo.

Al mismo tiempo, en un proceso de duelo, siempre será importante considerar todas las modificaciones que tendrá la pérdida en los distintos aspectos de su vida. Es por esto que elegir un modelo integrativo que le permita al terapeuta trabajar tanto cuestiones de la sintomatología de la persona, de sus conductas, cuestiones básicas de la Terapia Cognitivo Conductual, pero también en la reestructuración familiar luego de la pérdida y aspectos sistémicos centrales de la Teoría Sistémica, resulta acertado. Por otro lado en un proceso de duelo, donde hay una pérdida que puede dejar un vacío, mucha tristeza, angustia, y demás emociones ya mencionadas previamente, será crucial y valioso para la terapia, trabajar con el modelo Humanístico Existencial, ya que mucho de lo que es el sentido en la vida de la persona que sufre la pérdida se verá complejizado. Tal es el caso del duelo perinatal donde se presentan muchas complicaciones en la búsqueda del sentido luego de la pérdida de un embarazo o un bebé.

De todos modos, según afirma Fernández Álvarez (1992), cualquiera sea el tratamiento o el modelo a implementar en el mismo, sólo tendrá el resultado esperado, y efectos en el paciente, en el caso de que él mismo crea en su efectividad. Debido a las expectativas de mejora de quienes se acercan solicitando algún tipo de terapia, es que los tratamientos empleados podrán tener un efecto positivo en las personas. Es por esto que, el modelo a implementar, en este caso el modelo integrativo de Fernández Álvarez, deberá ser solicitado también por parte del paciente, quien volcará sus expectativas de mejora o curación sobre el terapeuta y la terapia en cuestión. Es decir, más allá del modelo a utilizarse, será importante que la propia persona lo solicite o crea en su eficacia, la cual sin lugar a dudas estará basada en una legitimidad social respecto a los distintos modelos psicoterapéuticos existentes.

Capítulo 3: Intervenciones psicológicas en duelo perinatal

3.1 Muerte inmediata

En primera instancia, es importante considerar el orden cronológico de los hechos. Es decir, primero sucede la muerte para luego poder darse el proceso del duelo perinatal. Es por esto que al momento de pensar intervenciones, es esencial pensar una intervención que sea integrativa y tenga en consideración un acompañamiento desde el momento inmediato tras el fallecimiento.

Las distintas posibles intervenciones de los psicólogos se analizarán de manera cronológica, desde el momento en que acontece la pérdida, el acompañamiento de las familias, y finalmente los abordajes grupales.

Para comenzar, el rol de un psicólogo en situaciones de muerte perinatal, es aportar información para facilitar protocolos y guías para la actuación del personal involucrado inmediatamente con el fallecimiento.

En el caso del fallecimiento, en tanto este ocurra tanto intraútero como luego del nacimiento, el establecimiento de un protocolo, facilitará la organización de aquellos aspectos no médicos asociados con el duelo, ya que estos se encuentran establecidos en guías médicas o de enfermería específicas siguiendo los procedimientos habituales que se siguen en estas ciencias.

En este trabajo se consultaron los protocolos de Umamanita, el del Hospital Mi Pueblo de Florencia Varela, el protocolo del Hospital Morón, el de la Clínica Materno Infantil Fundación Hospitalaria y la Guía del Ministerio de Salud de Neuquén.

En términos generales, todos los protocolos o guías coinciden en establecer criterios relacionados con las siguientes situaciones: la comunicación del fallecimiento (cómo, quién y dónde se comunica). El segundo ítem sería el contacto con el cuerpo. El tercer ítem está vinculado con los aspectos vinculados a rituales y recuerdos. Otro aspecto a considerar es la facilitación de las decisiones en cuanto a la anatomía patológica. Por otro lado, lo relacionado a cuestiones administrativas y certificados. Otro ítem sería la disposición del cuerpo. Luego está la preparación para el alta y el acompañamiento psicológico posterior, y por último el manejo de la lactancia (Chardon, E., Vega, E., Mercado, A. y Guiragossian, S., 2018)

La comunicación generalmente está a cargo del médico interviniente, ocasionalmente, podría estar acompañado de algún integrante del equipo de psicología perinatal. Es importante que se explique la causa de la muerte utilizando términos claros, con un lenguaje simple sin la presencia de un lenguaje técnico, de forma que el mismo sea comprensible para la familia. Se recomienda que siempre reciba la noticia por lo menos dos familiares, teniendo en cuenta el fuerte impacto que esta noticia puede generar, con todas las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el momento. Hay algunas sugerencias específicas, como por ejemplo, que el profesional demuestre sus

emociones y utilice frases estandarizadas como: “siento mucho su pérdida”, “podemos hablar en otro momento si lo necesitan”, “hubiera deseado que las cosas resultaran de otro modo”, “¿tienen alguna pregunta?”. Del mismo modo, se pone énfasis en aquellas frases que se recomienda no utilizar, estas son: “fue mejor de este modo”, “pueden tener otros hijos”, “con el tiempo va a pasar”, “es mejor que ocurriera antes que se encariñaron”. También se destaca la importancia de no discutir con la familia, es decir puede presentarse el caso de que quién reciba la noticia agrede al profesional, comportamiento al cual se le debe dar lugar, ya que el enojo o la expresión del mismo está descrita como parte del proceso de duelo. Se recomienda escuchar, dar respuestas cortas y mantener la serenidad (Buckman R., 1992)

Hughes(2003); y León (2008), han investigado y mencionan la importancia del contacto con el bebé, o con el feto como parte del proceso de atención inmediata a la muerte. Este contacto es independiente de las normas legales en relación al reconocimiento del cuerpo, ya que el objetivo es promover los procesos de cierre, puesto que en el feto nunca hubo un contacto visual más allá de las ecografías, y en el caso de un neonato, en muchas oportunidades las interacciones fueron pocas y a veces muy intervenidas por el acompañamiento de la Unión de Cuidados Intensivos Neonatales. Incluso en el caso de que existan malformaciones o daños en el cuerpo, se sugiere acondicionarlo y ofrecer el cuerpo a la familia, quienes decidirán si desean entrar en contacto o no.

En relación a los rituales y los recuerdos, es fundamental conocer o indagar sobre las creencias religiosas dentro de la familia en caso de que estas existan. Si el caso es que la familia tiene creencias religiosas, es importante tener en cuenta que cada religión establece pautas y ritos específicos en relación a la muerte, de forma tal de poder respetar las creencias personales y acompañar a la familia en su implementación. Para los recuerdos, es posible organizar y ofrecer en ese momento o más adelante, un recipiente donde se reunirán los objetos que hayan estado en contacto, o que hayan pertenecido al recién nacido o al feto. (El Parto es Nuestro, Umamanita, 2009)

La anatomía patológica es un procedimiento médico mediante el cual se toma muestra de los diferentes tejidos del cuerpo, de forma tal que permitieran establecer o indagar las posibles causas del fallecimiento. Dado que, en el caso de la muerte perinatal no siempre es posible establecerla, ofrecer información y orientar a la familia en relación a este procedimiento, será uno de los ítems a tener en cuenta en este tipo de protocolos. Se deberá tanto ofrecer la posibilidad de realizarlo, señalar sus limitaciones y orientar al momento de tener los resultados tanto para esclarecer las condiciones de este fallecimiento en particular como para futuros embarazos, en caso de que las causas puedan tener incidencia en el futuro. (Díaz, A., Ponce, M., 2022)

Si bien los procedimientos administrativos y los certificados son aspectos estrictamente técnicos de otras áreas de incumbencia, los protocolos o las guías de duelo perinatal suelen recomendar que las indicaciones para acceder a estos documentos están dadas por escrito, de forma organizada y clara, ya que se sabe que una persona en una situación de duelo puede estar en

estado de shock. Asimismo, dado que muchos de estos trámites se deben realizar de forma personal, se sugiere que se hagan de forma acompañada.

En relación a la disposición del cuerpo, nuevamente entrarán en consideración, si hubiera, aspectos religiosos, pero sobre todo, se aspira a que los profesionales guíen empáticamente a la familia en la toma de estas decisiones que suelen ser muy dolorosas.

Dado que estos procesos se presentan durante el momento de la internación, ya sea de la madre o del bebé, el acto médico finaliza con el certificado de defunción y el alta, en caso de que sea la madre. Se recomienda, preparar emocionalmente al padre, a la madre, o al familiar más cercano, para el momento de abandonar el hospital, dejando atrás no sólo el cuerpo físico del bebé, sino todo un proyecto de vida y un futuro ideado. Se podrá ofrecer en ese momento, el acompañamiento psicológico por parte de los profesionales de salud mental, formados o especializados en la temática.

La lactogénesis, el proceso de producción de leche humana, se desencadena alrededor del momento del nacimiento. Si bien hay algunos procedimientos médicos orientados a inhibir o interrumpir este proceso, no siempre se completa, por lo que muchas veces la madre o la mujer gestante, deberá enfrentar esta producción de leche. En el caso de haber iniciado ya la lactancia, deberá frenar el proceso. Nuevamente, esto enfrentará a la persona con emociones y vivencias dolorosas, por lo que es de vital importancia acompañar y preparar no solo a la madre o la mujer gestante para afrontar este momento, sino también a la familia para acompañar. La intervención de especialistas en puericultura, obstetricia, serán quienes acompañarán la parte más biológica, y el psicólogo seguirá los aspectos emocionales específicos.

3.2 Intervenciones durante el proceso de duelo

Resulta oportuno indagar sobre la especificidad de las intervenciones en situaciones de duelo perinatal, debido a que, tal como se mencionó ya reiteradas veces, se trata de un proceso individual, donde pesan tanto aspectos subjetivos, como culturales, religiosos, espirituales, entre otros. Es por esto, que se realizó una entrevista a una profesional dedicada especialmente a trabajar junto a personas que atraviesan estas situaciones, para así poder conocer una perspectiva desde el modelo integrativo sobre las intervenciones a realizar en estos casos, enfocando este apartado en la descripción de la práctica cotidiana que se desempeña tanto en el ámbito hospitalario como dentro del consultorio privado.

Como en cualquier ámbito profesional, las situaciones que llevan a una persona a especializarse o a elegir una orientación específica, dependerá no sólo de su afinidad con la problemática, sino también con otras circunstancias contextuales o circunstanciales. En la entrevista se indagó sobre estas condiciones, en este caso en particular

“El primer día de cursada de la especialización en Psicología Perinatal, ingreso a la maternidad junto con mi tutora y cuando llegamos al office de obstetricia, nos encontramos a la médica de guardia llorando. Esto me impactó mucho porque no es frecuente, y lo he comprobado con los años, encontrar al médico llorando y más en un modo tan desesperado. Mi tutora lo primero que hizo, y acá ves una primera intervención, fue acercarse y contenerla físicamente sin hablar. Cuando la médica recupera un poco su estado emocional, la invita a sentarse, le ofrece un vaso de agua y le pide que nos explique qué había ocurrido. Esto me sorprendió porque de lo que había aprendido en la facultad, se ponía mucho énfasis en el encuadre terapéutico, donde en ningún caso, se sugería o recomendaba o incluía el contacto físico.” (Anexo 1, p.35)

El abordaje integrativo, tiene como característica, dar suma importancia al trabajo interdisciplinario de modo de incluir no sólo modelos de otras especialidades, sino también la perspectiva de otros profesionales, sus desafíos, e incluso sus posiciones subjetivas. En la entrevista realizada, se puede destacar la pertinencia de la incorporación de una mirada médica para la conceptualización del caso y para establecer posibles intervenciones.

“La médica nos explicó que habían fallecido intraútero dos bebés en la semana 38, por un accidente de cordón. Ella había controlado en semana 37 y debido al buen estado de salud de la madre y los bebés había sugerido esperar una semana más para que nacieran con más madurez antes de programar una cesárea. Tengo que aclarar que en ese momento yo no entendí completamente cual había sido su responsabilidad, las decisiones que había tomado y lo que éstas implican, pero ella nos solicitaba que fuéramos a hablar con los padres ya que había dos situaciones que complicaron todavía más el caso. La pareja tenía un hijo de cinco años que por supuesto estaba esperando a sus hermanitos y se habían hecho las celebraciones típicas y los padres no sabían cómo manejar la situación” (Anexo 1, p.35.)

En relación a la eficacia de utilizar un abordaje integrativo para trabajar en situaciones de duelo perinatal, se le consultó a la entrevistada los motivos por los cuáles decidió seguir este modelo. La misma señala:

“Como te señalé un poco, en nuestro trabajo cotidiano en el área perinatal, se trabaja sobre todo de manera interdisciplinaria y en el caso de duelo se trabaja simultáneamente con diferentes protagonistas y personas involucradas. Por lo tanto, la mirada tiene que ser amplia y dinámica. El abordaje integrativo nos permite incluir en nuestras intervenciones, por ejemplo, uno de los temas centrales que aparecen en el duelo que son por una parte la representación sistémica, ya que la familia es un sistema que se verá afectado por esta pérdida y cada uno de los integrantes generará cambios que realimentarán y modificarán el funcionamiento familiar. Al mismo tiempo, la muerte siempre desafía o saca a la luz un tema central desde la perspectiva humanística que tiene que ver con el sentido de la vida, el cual

es desafiado, reformulado y modificado ante la realidad de la muerte. La necesidad de tener en cuenta simultáneamente la interacción entre el pensamiento, la emoción y la conducta, tal vez más desde una perspectiva de lo que es la TCC, se hace muy imprescindible en todas las etapas del duelo y que los deudos entiendan y comprendan cómo estos tres interactúan y se inciden mutuamente los podrá ayudar a recuperar un poco el control del proceso, sentirse más proactivos y más involucrados. A diferencia de los modelos teóricos iniciales sobre el duelo, actualmente el abordaje integrativo, nos presenta un trabajo activo del deudo, que no es que vivenciará pasivamente estos momentos o etapas, sino que comprendiendo y recibiendo el apoyo de un terapeuta podrá ir incidiendo y modificando el desarrollo de cada una de las etapas. Algunos modelos integrativos específicos de duelo, integran también modelos sobre la Teoría del Estrés y la inclusión de las Neurociencias observando de qué forma ciertas intervenciones terapéuticas pueden incidir en el sostenimiento de canales neuronales que en vez de promover la salud mental podrían resultar iatrogénicos. Ya desde hace bastante tiempo, sabemos y estamos atentos a que sí hay algunas intervenciones terapéuticas que a diferencia de lo que se pensaba antes que podían ser inocuas, pueden resultar efectivamente dañinas. Por esto el modelo integrativo nos permite tener un modelo teórico y herramientas sistematizadas, organizadas y científicas que guíen las intervenciones reduciendo el riesgo del eclecticismo, muchas veces disfrazado de espontaneidad.” (Anexo p.37)

Retomando lo dicho por la entrevistada, es importante esclarecer que en el caso particular de estar atravesando un proceso de duelo, ya de por sí hay un daño enorme al cual los individuos se someterán, por lo que desde el lado de la psicoterapia, no se debe generar más daño con la intervención. En el caso de forzar dentro de la terapia el proceso de duelo, esto podría convertirse en lo que Lilienfeld (2007), nombra una terapia potencialmente dañina, ya que de acuerdo a lo que se dijo previamente, será fundamental respetar los tiempos y estilos de cada proceso de duelo. En caso contrario, se podrá transformar en un duelo patológico.

En las situaciones de duelo, es absolutamente necesario el trabajo con emociones intensas y con las características individuales, como pueden sensaciones físicas, la conducta, los aspectos cognitivos de todas las personas involucradas, incluido el terapeuta y el equipo de salud tratante (Martínez Osta, Quesada Amundarain, Subiza Pérez, Torrea Araiz, Urtasun Martínez, 2012).

“En el hospital esto ocurre permanentemente, las situaciones que asistimos generalmente son traumáticas y con un alto impacto emocional. Aprender, comprender y practicar una adecuada disociación instrumental para poder al mismo tiempo ser empático pero no involucrarse emocionalmente y poder de esta manera asistir a la persona protagonista de la situación traumática requiere mucho entrenamiento. “ (Anexo 1, p.36)

Las intervenciones sobre el grupo familiar, son una de las posibles áreas de intervención dentro del abordaje integrativo (Kirszman, Salgueiro, Vega, 2008), la cual puede desplegarse específicamente dentro del consultorio, o puede incluirse como una orientación sistémica dentro de la selección de las intervenciones. Esta inclusión del concepto de familia, está sustentado por autores muy significativos, como el abordaje de Minuchin o el de Haley. Siguiendo a Kirszman, Salgueiro y Vega (2008), cabe destacar la importancia en el entrenamiento en habilidades y competencias que debe tener el terapeuta para la implementación de recursos, la cual está asociada a una mayor efectividad en los resultados.

“El trabajo con la familia podría ser dividido en diferentes etapas, la primera fue durante la internación donde nuestras primeras tareas fueron trabajar en la regulación emocional, en facilitar la comunicación en la pareja para que pudieran compartir tanto lo que sentían, lo que pensaban como las decisiones que debían tomar. Asesorarlos y acompañarlos en el proceso de comunicación de la noticia a su hijo y al entorno familiar. Acompañarlos en las decisiones con la disposición del cuerpo y la preparación para el alta y la llegada a la casa donde debían encontrarse con todos los objetos y mobiliario que habían preparado para el nacimiento. Una segunda etapa, más larga donde nuestras intervenciones eran a demanda de la familia, es decir no se pautaban sesiones o entrevistas terapéuticas sino que la familia se comunicaba espontáneamente conmigo, donde se los fue acompañando inicialmente como pareja pero luego la madre era quien solicitaba más apoyo para afrontar múltiples situaciones que iban atravesando. Estas eran las emociones de su hijo, algunas reacciones de regresiones o miedos, algunos problemas en el jardín. La dificultad para relacionarse con el entorno no tan directo y a medida que avanzaba el tiempo aparecía con más claridad la angustia de la ausencia y la pérdida. La tercera y última etapa, fue a demanda de la pareja y estuvo relacionada con las diferencias que encontraron, ya que el padre deseaba volver a buscar un embarazo y la madre no. La preocupación del padre tenía que ver con su propia salud y los años que estimaba que el podía estar saludable y disfrutar de sus hijos y la madre sentía que no estaba preparada emocionalmente o que no había terminado de procesar su propio duelo.” (Anexo 1, p. 36)

Asimismo, en la entrevista se indagó sobre una emoción en específico, el enojo, y qué sucede cuando el mismo se vuelca sobre otro miembro de la familia o la pareja. La entrevistada señala la importancia de primeramente, desde la psicoeducación con una posición empática a comprender de dónde viene esta emoción. Se buscará acompañar desde el rol del terapeuta a que la persona pueda conectar su enojo con la pérdida específica, para luego sí poder resignificar, y encontrar una forma de descarga que sea funcional.

Como un ejemplo de la aplicación del modelo integrativo, dentro del análisis de la demanda, es importante reconocer e identificar la rotulación, la atribución y la búsqueda. Como un ejemplo de esto, en la entrevista se hizo referencia a los mismos como ejes orientadores. Sin embargo, en la entrevista también se señala que no se debe dejar de considerar la evaluación de la severidad de la

situación, las cuestiones vinculadas al malestar subjetivo, y las estrategias de afrontamiento de las cuales disponen los consultantes hasta el momento.

Por otro parte, al momento de pensar en una intervención, se deberá comprender primero quién es el que consulta, este puede ser un integrante sólo de la familia, o la pareja. En el último caso mencionado, es importante desde la terapia, tener en cuenta la premisa de que “el paciente” es el vínculo. (Anexo 1. p.38)

“Como siempre es fundamental una adecuada exploración y entrevistas iniciales para poder realizar una conceptualización del caso, siempre deberá tomarse en consideración factores asociados a la personalidad y el estilo de afrontamiento. Como en cualquier otro abordaje terapéutico, una vez que se comprende la situación, la primera intervención será validar la experiencia. Es decir, hacer saber a la persona que el terapeuta la comprende, entiende sus emociones, y que las mismas son resultado del contexto en que se desarrolló la experiencia. La identificación y regulación de las emociones deberán emplearse o aplicarse en el momento en que la persona se encuentre, tal como lo señalan las teorías de duelo, en esa etapa, facilitando o promoviendo las estrategias de afrontamiento funcionales.

Dado que el duelo perinatal altera las representaciones asociadas al sentido de la vida y al ciclo vital de la vida, se realizará un importante trabajo de reestructuración cognitiva y se acompañarán los procesos de atravesamiento de creencias centrales y se trabajará con la trascendencia. Por último no podemos olvidar todas las intervenciones que tengan en cuenta la perspectiva familiar sobre todo cuando hay hermanas o hermanos pequeños.” (Anexo 1. p.40)

3.3 Intervenciones grupales

Dado que el duelo perinatal, tal como se ha mencionado anteriormente (García de Madinabeitia, 2011; Bennett y otros 2005), es un duelo ignorado, minimizado y silenciado, las intervenciones grupales facilitarán o reducirán la sensación de aislamiento y soledad, ofreciendo contextos donde se podrán compartir empáticamente estas vivencias y desarrollar estrategias que permitan afrontar el proceso. El trabajo en grupos puede ser una herramienta de sumo valor que podrá facilitar el trabajo dentro de hospitales y maternidades, donde particularmente la demanda es muy alta siendo este el lugar de ocurrencia más inmediato, permitiendo un trabajo interdisciplinario en los casos donde se presentan aspectos clínicos de mayor complejidad. Es decir, el trabajo en grupos será la herramienta que utilizarán los psicólogos, para así guiar mediante actividades y tareas organizadas para trabajar los problemas psicológicos, pudiendo realizarse con las madres, los padres y con el personal médico del hospital (Vega, 2006).

Habrá entonces que diferenciar dentro de las intervenciones grupales, en grupos de apoyo y grupos terapéuticos. Los grupos de apoyo, estarán conformados por pares con rol simétricos,

quienes encuentren características en común dentro de su proceso, a la vez que, son ellos mismos quienes determinan el tono emocional que se utilizará. Por otro parte, los grupos terapéuticos estarán siempre guiados por un profesional que intervendrá poniendo el foco en los conflictos intrapsíquicos, desde un rol asimétrico, dirigiendo el eje central de cada encuentro (Vega, 2006).

Cabe destacar que actualmente, debido al avance de las redes sociales, el acceso a los grupos de pares se encuentra a un alcance inmediato, algunos de los principales son “Era en Abril”, “Con la Luna como Cuna”, “Latiendo Distinto”, entre otros.

Dentro de los beneficios que posee el trabajo en grupos, es pertinente resaltar que dentro de lo que es un proceso de duelo, las intervenciones que puedan realizarse con más de una persona, lograrán en quien esté sufriendo la pérdida, encontrarse con otras personas con quienes sentirse identificado, así como ayudar a modular la emocionalidad, por lo tanto facilitando, sin lugar a dudas, la elaboración del duelo (Fuentetaja; Villaverde, 2018)

En la investigación realizada por Fuentetaja y Villaverde (2018), señalan las siguientes intervenciones, en primera instancia, legitimar los sentimientos provenientes de la pérdida y el duelo, acompañar a que se logre una expresión de los diferentes modos en que la pareja comprende la pérdida para así lograr una elaboración conjunta, buscar la identificación entre los distintos miembros del grupo para así poder integrar la experiencia traumática de la pérdida. Luego se hace referencia a la idea de compartir dentro del grupo aquellos aspectos placenteros o agradables que consideren de lo que fue el embarazo para así poder considerar experiencias positivas. Asimismo, una intervención que proponen es compartir las estrategias que utilizan en lo que es el ámbito social y familiar para lidiar con la situación que enfrentan, así pudiendo otros incorporarlas a su vida cotidiana. Tal como se señaló previamente en el trabajo, desde la Teoría Constructivista Narrativa Neimeyer (2009), es necesario que dentro del contexto de una intervención se facilite la elaboración de narrativas alternativas. Los autores refieren al acompañamiento en la toma de decisiones y en las dudas que se presenten así como en las incertidumbres. A su vez, una de las intervenciones alude a la posibilidad de articular pérdidas o duelos anteriores, con la pérdida actual, siempre que se mantenga el foco en el trabajo presente. Por último, desde el rol del terapeuta, se acompañará a trabajar y así mejorar las estrategias de afrontamiento que permitan la reincorporación tras la pérdida al mundo social y laboral, revinculación con su grupo que pueda ser de contención.

Quienes sufren una pérdida, suelen fantasear con posibles escenarios distintos al que les tocó vivir, en relación a cómo se pudiese haber presentado el momento de la pérdida en distintos casos. Es un factor común del ser humano, tener la creencia de que el caso que le tocó vivir, siempre es el peor escenario, en el que mayor sufrimiento se ven obligados a afrontar. Es por esto, que una intervención grupal, permite la posibilidad de encontrarse con individuos que vivieron la misma situación, pero tal vez bajo diferentes circunstancias, lo que ayuda a reducir estas fantasías conforme a la manera en que pudiese haber sido si la pérdida si se daba en otro momento o lugar pudiendo haber sido vivenciada con menos dolor o un menor sufrimiento.

Seguendo a Yalom (1985), uno de los principales referentes de la psicoterapia de grupos, algunos de los factores que son considerados principales en este tipo de terapias, son la universalidad, entendiendo a ésta como el descentrarse del propio dolor para poder encontrarse con el dolor del otro y hallar entonces similitudes en la experiencia. En relación a este concepto mencionado, Yalom hace referencia también a la catarsis por la cual las personas podrán dentro de la terapia expresar su afecto de una manera directa. Al momento del duelo, la capacidad de valorarse a sí mismo, es decir el autoestima de las personas, puede verse afectado, ya que se encuentra vivenciando una situación de pérdida, de vacío, de tristeza y enojo, por lo que siendo parte de un grupo, donde pueda aportar ayuda o acompañamiento a otro miembro del mismo, podrá aumentarle la capacidad de valorarse. Esto es lo que Yalom nombra como altruismo.

Conclusiones

El presente trabajo buscó comprender las intervenciones específicas desde la Psicología en procesos de duelo o pérdida perinatal. Tomando a este como objetivo general, el trabajo se orientó a conocer las emociones y sentimientos que se presentan ante la pérdida de un embarazo o recién nacido, desarrollar las características del modelo integrativo de Héctor Fernández Álvarez, para mostrar su aplicación en el ámbito del duelo perinatal, y poder luego comprender las intervenciones del psicólogo ante la muerte inmediata o inminente y las que se realizan a lo largo del proceso de duelo.

El capítulo I, tuvo el enfoque en conocer en profundidad las características del duelo perinatal. Para esto, se contemplaron no sólo las emociones y los sentimientos, sino también otros aspectos involucrados en el proceso de duelo perinatal, los aspectos culturales y sociales. Dentro de lo que son las emociones y sentimientos, según se desarrolló en el trabajo, estas son reacciones esperables dentro de lo que es el proceso de duelo, no obstante, en el caso de que se sostengan por un periodo indeterminado el mismo podría ser considerado como un duelo complicado. En lo que respecta a los aspectos sociales y culturas, resulta pertinente hacer énfasis en que como todo proceso humano, es social y cultural, se presenta dentro de una sociedad, y por más de que se trate de un proceso personal e individual, surge dentro de un contexto. Muchas veces, las dificultades dentro del proceso de duelo perinatal, están asociadas en gran parte a la falta de empatía por parte del entorno. Es necesario subrayar el hecho de que el duelo perinatal, tiene como una de sus características principales, el ser un duelo invisibilizado o minimizado. Es por esto que es una problemática más vigente en la actualidad que en otros tiempos, donde la muerte de un infante estaba más naturalizada. Esta minimización e invisibilización de lo que acontece viene acompañado por la presión por seguir adelante, muchas veces sin lograr una comprensión del dolor que sufre quien vive estos procesos, ya que se trata de un dolor que no todos los individuos vivieron o vivirán.

Asimismo, en el capítulo II tuvo como objetivo conocer el modelo teórico integrativo presentado por Héctor Fernández Álvarez, principal propulsor y referente del mismo en Argentina y sus principios básicos. En este apartado se describió la evolución de los modelos integrativos, diferenciándolos del criticado eclecticismo. Debido a nuevas prácticas, intervenciones o propuestas en el cambio de la psicoterapia, producen el eclecticismo, por esto la importancia de un modelo integrativo que evite una práctica desorganizada.

Cabe destacar, que a lo largo del trabajo, se indagó en la evolución de las distintas teorías de duelo, observándose como los diferentes modelos teóricos tienden a orientarse hacia modelos integrativos, los cuales amalgaman distintas conceptualizaciones teóricas, organizando e integrando un modelo psicopatológico y una teoría de la mente que sean compatibles con la práctica clínica, con el objetivo así de evitar el eclecticismo, es decir, integrar en un mismo modelo cuestiones teóricas que avalan la práctica.

En relación específica con el duelo perinatal, y dado el enorme compromiso de los valores, las creencias y los significados, tanto individuales como culturales asociados a la muerte, el modelo

integrativo da a estos aspectos un lugar central, integrando cuestiones humanísticas y existenciales de los procesos humanos, por lo tanto lo hace pertinente y adecuado para las intervenciones en duelo. Debido a que el duelo perinatal, se trata de un proceso que abarca cuestiones no sólo cuestiones personales e individuales, sino que también desafía las estructuras familiares, que podrán ser trabajadas con técnicas de una terapia sistémica, alterarán las emociones, los pensamientos y la conducta, trabajadas con técnicas de la terapia cognitiva conductual, cuestiones del sentido de la vida de terapias humanísticas, entre otras, por lo que dentro del modelo integrativo resulta sumamente pertinente para estas situaciones.

Finalmente, en el capítulo III, se distinguió entre las intervenciones ante la muerte inmediata, y aquellas intervenciones que se realizan en el transcurso del proceso de duelo perinatal. En lo que respecta a la muerte inmediata, se consultó con diversos especialistas que desempeñan sus tareas en maternidades, accediendo a protocolos que dan pautas generales sobre cómo actuar desde una perspectiva psicológica ante estas situaciones. Estos protocolos o guías coinciden en algunos aspectos centrales como la comunicación de la muerte, el contacto con el cuerpo y el acompañamiento en las decisiones en cuanto a la disposición del mismo, los aspectos relacionados a rituales y recuerdos, y a las cuestiones administrativas y de certificados. Por otro lado, la preparación para el alta y el trabajo terapéutico posterior incluyendo el manejo de la lactancia.

Vinculado a las intervenciones específicas en el proceso, se consultó mediante una entrevista a una especialista en Psicología Perinatal que trabaja con el Modelo Integrativo de Héctor Fernández Álvarez. Además de la aplicación del Modelo Integrativo de aspectos teóricos y prácticos, la entrevistada señaló que este modelo destaca la importancia del trabajo interdisciplinario, algo fundamental y requisito para el trabajo con situaciones que involucren a la muerte como es el caso del proceso de duelo perinatal. Por otra parte, la profesional, señaló que sustentar las intervenciones en un modelo teórico adecuado, evita o minimiza los riesgos de la iatrogenia, tal como se ha señalado en la existencia de los tratamientos potencialmente dañinos, comprendiendo que es necesario no sólo evaluar la eficacia de los tratamientos y técnicas a utilizar sino también el daño que pueden causar. En esta entrevista se incluye no sólo las emociones involucradas con quienes sufren la pérdida, sino también consideraciones en relación al estilo personal del terapeuta y el entrenamiento de sus habilidades para desempeñar sus tareas.

Por último, el capítulo III tuvo en consideración las intervenciones grupales como una alternativa terapéutica adecuada y un recurso para estas situaciones. Retomando el concepto del duelo minimizado, el encuentro con otras personas en esta situación, ayudará a reducir los sentimientos de incomprensión y soledad, ya que la interacción grupal facilita y promueve estrategias de afrontamiento funcionales. Debido a que en los últimos años se ha registrado un aumento a través de las redes sociales de grupos de apoyo para personas y familias que estuviesen atravesando un duelo perinatal, se diferenció en este capítulo las interacciones grupales organizadas a la modalidad de grupo de apoyo de aquellas con un modelo de intervención terapéutica. Se señaló sus características específicas y el rol que desempeña el psicólogo especialista en ambos tipos de grupos.

Por otra parte, en este capítulo se presentaron aquellas intervenciones específicas en situaciones de duelo perinatal. Primeramente será pertinente realizar una adecuada exploración en conjunto con entrevistas iniciales con el fin de lograr una conceptualización del caso, considerando la personalidad y el estilo de afrontamiento de quien consulta. Luego, se validará la experiencia, el terapeuta mostrará una comprensión de las emociones de la persona. Se continuará por la identificación de las emociones para así poder trabajar con la regulación de las mismas. Posteriormente, el terapeuta facilitará y ayudará a promover estrategias de afrontamiento que sean funcionales. Por otra parte, debido a que el duelo afecta las representaciones asociadas al sentido de la vida, se trabajará con la reestructuración cognitiva, así como con las creencias centrales y la trascendencia del ser humano, siempre considerando la perspectiva familiar dentro de las intervenciones. Este trabajo terapéutico permitirá que la persona genere una narrativa única e idiosincrática que le permita describir la experiencia vital que le tocó atravesar.

A su vez, se pudo constatar la posibilidad de la articulación de los modelos teóricos de duelo y el modelo integrativo de Héctor Fernández Álvarez, que permite la implementación de intervenciones específicas adecuadas.

Finalmente, el desarrollo de los capítulos permitió comprender la pertinencia de la aplicación de un modelo teórico integrativo para el abordaje y acompañamiento de los procesos de duelo perinatal, respondiendo al objetivo general del trabajo que era conocer las intervenciones específicas en estas situaciones. El desarrollo del trabajo permitió un acercamiento con el área de trabajo clínico, siendo una temática de alto impacto en las personas que lo viven, aunque no ampliamente difundido. Fue posible conocer los aportes que puede proporcionar la Psicología en estas situaciones, brindando un acompañamiento de suma importancia que podrá ser central en el proceso del duelo.

En efecto, tal como lo dice Fernández Álvarez (1992) "(...) la Psicoterapia es una práctica ligada con el núcleo de la realidad humana, hecho de dolor, de preguntas y de esperanza" (pp.324)

Referencias bibliográficas

- Alvarado García, R. (2003). Muerte Perinatal y el Proceso de Duelo. México.
- Ávila González, Y. (2005) *Mujeres Frente a Los Espejos de la maternidad: Las Que Eligen ..., Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres*. Available at: <https://www.redalyc.org/pdf/139/13901707.pdf>
- Badenhorst, W.; Hughes, P. (2007) Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* [Aspectos Psicológicos del duelo perinatal. Mejores prácticas e investigación en clínica Obstetrica y Ginecología] (Traducción Personal) Vol. 21, No. 2, pp. 249e259, 2007 doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004
- Beckett, C., Dykeman, C. (2015) A Metatheory of Grief: Implications for Counselors. [Metateoría de Duelo; Implicaciones para terapeutas] (Traducción personal). En *Ideas and Research You Can Use: VISTAS 2017*
- Bennett, S.M., Litz, B.T., Lee, B.S., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 180- 187. [El alcance y el impacto de la pérdida perinatal: estado actual y direcciones futuras. Psicología profesional: investigación y práctica](Traducción personal)
- Bonanno, G.; Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*. 125: 760–776.
- Bowlby, J. (1986) *Vínculos afectivos Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: EDICIONES MORATA, S. A. Quinta Edición.
- Bowlby, J. (1993). *La Pérdida afectiva. Paidós*. Barcelona.
- Buckman, R. (1992) A SixStep Protocol. [Un protocolo de seis pasos] (traducción personal) En: Buckman R, editor. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. [Una Guía para el Cuidado de la Salud](traducción personal) Baltimore: Johns Hopkins University Press. p. 65-97
- Callahan E, Brasted W, Granados J. (1983) *Life span developmental psychology. Non-normative life events*. [Psicología del desarrollo del ciclo vital. Acontecimientos vitales no normativos] (Traducción Personal) En New York: Academic Press.
- Chardon, E., Vega, E., Mercado, A. y Guiragossian, S., 2018. Intervención interdisciplinaria en Duelo Perinatal. Poster presentado en: X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología – XXV Jornadas de Investigación y XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR- 2018 – Bs. As. Argentina. Póster número 14664.
- Davis, C.; Wortman, C.; Lehman, D.; Silver, R.; (2000) Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct. [Buscando el significado en la pérdida: ¿Resultan correctas las suposiciones clínicas?] (Traducción Personal) En *Death Stud*; 24(6):497-540
- Díaz, A., Ponce, M., (2002) *Guía para situaciones de fallecimiento neonatal en UTIN*. Hospital Mi Pueblo Varela- Servicio de Neonatología y Psicología Perinatal.

- El Parto en Nuestro (2009) Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Colaboración de la Asociación Umamanita y El parto es nuestro. (Recuperado el 15 de julio 2023)
<https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/guia-para-la-atencion-la-muerte-perinatal-y-neonata>
 !
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Fernández Álvarez, H. (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. (Ed 1. 3° reimpresión). Buenos Aires: Editorial Paidós 2008.
- Fernández-Alcántara, Manuel, Cruz-Quintana, Francisco, Pérez-Marfil, Nieves, & Robles-Ortega, Humbelina. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. Index de Enfermería, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Fernández Álvarez, H., Kirszman, D., Vega, E., (2008), Programa de habilidades terapéuticas en H. Fernández Álvarez (Ed.), Integración y Salud Mental(2008). Ed.1,pp. 109-137). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer
- Fernández Álvarez, H. (2022), Introducción en S. Grzona (Ed.), L.M. Casari (Ed.), Avances en Psicoterapia Integrativa (1 edición, pp. 15-64) . San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Finkelstein, J; Duhau, M; Fasola, M; Escobar, P. (2017) Mortalidad neonatal en Argentina. Análisis de situación de 2005 a 2014. Arch Argent Pediatr 2017;115(4):343-349.
- Flores, I.C.;Trapero, M.V. (1970) *Programa de Atención Psicológica en neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Clínica Contemporánea*. Available at:
<https://scholar.archive.org/work/ypja3c2j4nfctfbbjc7skrhsjq>
- Freud, S. (1917), en Obras Completas, Tomo II. En Ensayos XXVI al XCVII. Traducción directa del alemán Lopez Ballesteros, L y De Torres. 1° edición
- Fuentetaja, A. M. L. y Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. Revista Clínica Contemporánea, 9(e25), 1-24.
<https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- García de Madinabeitia, P. (2011). Duelo Perinatal: Un Secreto dentro de un Misterio. Madrid.
- García, H. D., Fantin, M.B., (2012), Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2012, Vol. 46, Num. 3, pp. 447-458
- Castañeiras, C., Fernández Álvarez, H., García, F., Gómez, B., Rial, V. (2006) Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2), 09-26. Recuperado en 21 de noviembre de 2023, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000200002&lng=es&tlng=es.
- Herz E. (1984) Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychiatr Ann* 1984; 14: 454-457
- Hughes P, Riches S.(2003) Psychological aspects of perinatal loss. [Aspectos Psicológicos de la Muerte Perinatal](Traducción personal) *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 15(2):107-11. DOI: 10.1097/00001703-200304000-00004

- Imhof AE. (1992) The implications for increased life expectancy for family and social life. In Wear A (ed.). *Medicine and Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 347e376.
- Kirszman, D., Salgueiro, M., Vega, E., (2008) Las tareas de intercesión en terapia familiar, en Héctor Fernández Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental* (1 edición, capítulo 16 pp 541-563). Editorial Descleé de Brouwer.
- Kübler Ross E (1969). En "On death and dying". New York: Macmillan. BF789. D4K8
- Leon, I. (2008) *Helping Families Cope with Perinatal Loss*. Glob. libr. Women's Med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10418.
- Lilienfeld, SO. (2007) Psychological Treatments That Cause Harm. [Tratamientos Psicológicos que Causan Daño](Traducción Personal). *Perspect Psychol Sci*. Mar;2(1):53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x. PMID: 26151919.
- Lopez Fuentetaja, A. y Villaverde, O (2018) Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea* 2018, 9, e25, 1-24 <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- Madinabeitia, Ana. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31. 10.4321/S0211-57352011000100005.
- Martínez Osta, N.; Quesada Amundarain, S.; Subiza Pérez, I. ; Torrea Araiz, I.; Urtasun Martínez, I. (2012) En *El duelo desautorizado: muerte perinatal*. Pechos llenos, brazos vacíos. ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO DICIEMBRE 2012
- Moos, N. (1995) An integrative model of grief, *Death Studies*, 19:4, 337-364, DOI: 10.1080/07481189508252737 [Un modelo integrativo acerca del duelo y sus estudios] (Traducción personal)
- Murray Parkes C 1986: *Bereavement: studies of grief in adult life*. [Duelo: estudios de duelo en la vida adulta.] (Traducción personal). Second edition. London: Tavistock publications. 265 pp. £12 (HB). ISBN 0 422 607 304. *Palliative Medicine*. 1988;2(1):85-86. doi:10.1177/026921638800200127
- Neimeyer, R; Burke, L; Mackay, M; van Dyke Stringer, L. (2009). *Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice*. *J Contemp Psychother* DOI 10.1007/s10879-009-9135-3.
- Neufeld, Carmem Beatriz. (2019). Psicoterapia integrativa: história, pressupostos y futuro entrevista con Héctor Fenández-Álvarez. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 156-163. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190022>
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y Después: Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oiberman, A. J.; Mansilla, M; Galíndez, E. (2022) De la práctica a la enseñanza: Desarrollo de la psicología perinatal en Argentina; . Editorial:Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación; *Naciendo*; 2; 8-2022; 81-87
- Páez Cala, M.L. (2019) *Vista de Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una Atención diferencial e integral: Archivos de Medicina (manizales)*, *Vista de Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral | Archivos de Medicina (Manizales)*. Disponible en:

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4944>
(Accessed: January 30, 2023).

- Pescador, M; Zeballos, S; Ramos, C; Sanchez-Luna, M. (2021) Límite de viabilidad: Dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021; 32(6) 656-663
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.10.002>
- Rando, T. (1984). en *Grief, dying and death Research Press*. [Duelo, morir y muerte] (Traducción personal)
- Rando, T. (2014), en *What Therapists Need to Know About Traumatic Bereavement: What It Is and How to Approach It Ph.D., BCETS, BCBT* [¿Qué necesitan saber los terapeutas acerca del duelo; qué es y como trabajarlo] (Traducción personal)
- Riveros Aedo, Edgardo. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayú Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 12(2), 135-186. Recuperado en 02 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000200001&lng=es&tling=es.
- Sanchez Pichardo, M. A (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 147-150.
- Sánchez Villalba, R. et al (25 de agosto 2022) Apoyo integral a los padres en el duelo perinatal y herramientas de soporte emocional y psicológico en el personal sanitario. *Revista Sanitaria de Investigación*.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/apoyo-integral-a-los-padres-en-el-duelo-perinatal-y-herramientas-de-soporte-emocional-y-psicologico-en-el-personal-sanitario/>
- Sanders, C. (1992) en *Surviving Grief and Learning to Live Again* [Sobreviviendo al Duelo; Aprendiendo a vivir de nuevo] (traducción personal) Editorial Wiley
- Stroebe ,M.,Schuta, H., Boerner, K. (2017) Models of coping with bereavement: an updated overview. [Modos de afrontamiento en duelo: una revisión actualizada] (Traducción personal). *Estudios de Psicología*, 2017Vol. 38, No. 3, 582–607, <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.13400>
- Uribe Restrepo, M. (2008), *Factores Comunes e Integración de las Psicoterapias*.
rev.colomb.psiquiater. vol.37 suppl.1.
- Vega, E. (2006). *El Psicoterapeuta en Neonatología. Rol y estilo personal*. 1a ed. - Buenos Aires.
- Wainerman, C (2020). *El arte de elaborar los objetivos de la tesis*. En C. Worden W. (2004). *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós. 2da Edición revisada
- Worden W. (2004). *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós. 2da Edición revisada
- Yalom, I. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* [La Teoría y Práctica de la Psicoterapia en Grupos](traducción personal) (3ªed) New York: Basic Books

Anexo 1: Entrevista a psicóloga especializada en Psicología Perinatal

¿Cuál es tu especialidad? ¿A qué te dedicas?

Soy psicóloga clínica egresada de la UBA, hice un posgrado en psicología perinatal y otro posgrado en terapia cognitivo conductual orientada a pareja y familias en Aiglé- Universidad de Mar del Plata, y soy psicóloga orientada en reproducción con el título de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva.

¿Qué marco teórico utilizas?

Si bien los títulos que tengo especifican terapia cognitivo conductual porque es el foco, yo trabajo con el modelo de abordaje integrativo de Fundación Aiglé.

¿Cuál es tu trabajo dentro de la Psicología Perinatal?

Soy docente de la cátedra de grado de Psicología Perinatal de la UBA que por tratarse de una práctica profesional desempeño dentro de un Hospital materno infantil (Fundación Hospitalaria) en las áreas de obstetricia y neonatología. En obstetricia trabajamos con un equipo interdisciplinario de medicina fetal para acompañar las familias con embarazos que han recibido un diagnóstico de algún tipo de problema o mal formación, los cuales requieren un control durante el embarazo y luego al nacimiento internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales (USIN) . Se hace también el acompañamiento de personas embarazadas que requieran o soliciten el acompañamiento por parte del equipo de psicología perinatal debido a situaciones muy diversas, desde malestar físico en el embarazo, dificultades en la aceptación del embarazo, problemas de pareja, temores, ansiedad, depresión. Estoy a cargo también del Preparación Integral para la Maternidad, lo que antes era el curso de pre parto, el cual también se realiza de manera interdisciplinaria con obstetricia, neonatología, puericultura y obstetricas antes denominadas parteras. Esta es la parte más orientada a la promoción de salud mental del embarazo. En la USIN, trabajamos dentro de la sala de internación entrevistando a las familias que acompañan a los bebés internados. Muchas de estas situaciones pueden desencadenar en la interrupción de un embarazo o el fallecimiento de un bebé, por lo que parte de mi formación estuvo dedicada al estudio del duelo perinatal. En estos casos se habla de un duelo concreto porque me refiero a la muerte, sin embargo hay muchas otras situaciones donde también se atraviesan proceso de duelo, por ejemplo el duelo por el hijo sano, el duelo por la fertilidad cuando se atraviesan dificultades reproductivas, el duelo por una pareja al haber dificultades, entre otras, por lo que se puede pensar el duelo en un sentido más amplio.

¿Por qué decidiste dedicarte a esto?

Si bien como te dije las situaciones de duelo son frecuentes en el ámbito perinatal, creo que me interesó especialmente cuando lo comparo con otras colegas que se dedican mucho más a cuestiones que tienen que ver con el vínculo con el recién nacido o cuestiones de crianza, que también hago, consultorio y asesoramiento en crianza de 0 a 3 años, hubo una situación en particular que me parece me orientó a este campo.

Justamente el primer día de cursada de la especialización en Psicología Perinatal, ingreso a la maternidad junto con mi tutora y cuando llegamos al office de obstetricia, nos encontramos a la médica de guardia llorando. Esto me impactó mucho porque no es frecuente, y lo he comprobado con los años, encontrar al médico llorando y más en un modo tan desesperado. Mi tutora lo primero que hizo, y acá ves una primera intervención, fue acercarse y contenerla físicamente sin hablar. Cuando la médica recupera un poco su estado emocional, la invita a sentarse, le ofrece un vaso de agua y le pide que nos explique que había ocurrido. Esto me sorprendió porque de lo que había aprendido en la facultad, se ponía mucho énfasis en el encuadre terapéutico, donde en ningún caso, se sugería o recomendaba o incluía el contacto físico. Tal vez sería un estereotipo del Psicoanálisis clásico, pero por lo menos eso es lo que yo había aprendido.

La médica nos explicó que habían fallecido intraútero dos bebés en la semana 38, por un accidente de cordón. Ella había controlado en semana 37 y debido al buen estado de salud de la madre y los bebés había sugerido esperar una semana más para que nacieran con más madurez antes de programar una cesárea. Tengo que aclarar que en ese momento yo no entendí completamente cual había sido su responsabilidad, las decisiones que había tomado y lo que éstas implican, pero ella nos solicitaba que fuéramos a hablar con los padres ya que había dos situaciones que complicaron todavía más el caso. La pareja tenía un hijo de cinco años que por supuesto estaba esperando a sus hermanitos y se habían hecho las celebraciones típicas y los padres no sabían cómo manejar la situación. Además el padre tenía un diagnóstico de esclerosis múltiple. En ese momento noté la incomodidad de mi tutora y nuevamente me llamó la atención, positivamente, la indicación que me hizo que fue tomémos un tiempo, unos minutos, antes de hacer la entrevista, porque es importante primero regularnos emocionalmente nosotras. En el hospital esto ocurre permanentemente, las situaciones que asistimos generalmente son traumáticas y con un alto impacto emocional. Aprender, comprender y practicar una adecuada disociación instrumental para poder al mismo tiempo ser empático pero no involucrarse emocionalmente y poder de esta manera asistir a la persona protagonista de la situación traumática requiere mucho entrenamiento.

El trabajo con la familia podría ser dividido en diferentes etapas, la primera fue durante la internación donde nuestras primeras tareas fueron trabajar en la regulación emocional, en facilitar la comunicación en la pareja para que pudieran compartir tanto lo que sentían, lo que pensaban como las decisiones que debían tomar. Asesorarlos y acompañarlos en el proceso de comunicación de la noticia a su hijo y al entorno familiar. Acompañarlos en las decisiones con la disposición del cuerpo y la preparación para el alta y al llegada a la casa donde debían encontrarse con todos los objetos y mobiliario que habían preparado para el nacimiento. Una segunda etapa, más larga donde nuestras intervenciones eran a demanda de la familia, es decir no se pautaban sesiones o entrevistas terapéuticas sino que la familia se comunicaba espontáneamente conmigo, donde se los fue

acompañando inicialmente como pareja pero luego la madre era quien solicitaba más apoyo para afrontar múltiples situaciones que iban atravesando. Estas eran las emociones de su hijo, algunas reacciones de regresiones o miedos, algunos problemas en el jardín. La dificultad para relacionarse con el entorno no tan directo y a medida que avanzaba el tiempo aparecía con más claridad la angustia de la ausencia y la pérdida. La tercera y última etapa, fue a demanda de la pareja y estuvo relacionada con las diferencias que encontraron, ya que el padre deseaba volver a buscar un embarazo y la madre no. La preocupación del padre tenía que ver con su propia salud y los años que estimaba que el podía estar saludable y disfrutar de sus hijos y la madre sentía que no estaba preparada emocionalmente o que no había terminado de procesar su propio duelo.

¿Por qué te parece que el modelo integrativo es el más adecuado para situaciones de duelo perinatal?

Como te señalé un poco, en nuestro trabajo cotidiano en el área perinatal, se trabaja sobre todo de manera interdisciplinaria y en el caso de duelo se trabaja simultáneamente con diferentes protagonistas y personas involucradas. Por lo tanto, la mirada tiene que ser amplia y dinámica. El abordaje integrativo nos permite incluir en nuestras intervenciones, por ejemplo uno de los temas centrales que aparecen en el duelo que son por una parte la representación sistémica, ya que la familia es un sistema que se verá afectado por esta pérdida y cada uno de los integrantes generará cambios que realimentarán y modificarán el funcionamiento familiar. Al mismo tiempo, la muerte siempre desafía o saca a la luz un tema central desde la perspectiva humanística que tiene que ver con el sentido de la vida, el cual es desafiado, reformulado y modificado ante la realidad de la muerte. La necesidad de tener en cuenta simultáneamente la interacción entre el pensamiento, la emoción y la conducta, tal vez más desde una perspectiva de lo que es la TCC, se hace muy imprescindible en todas las etapas del duelo y que los deudos entiendan y comprendan cómo estos tres interactúan y se inciden mutuamente los podrá ayudar a recuperar un poco el control del proceso, sentirse más proactivos y más involucrados. A diferencia de los modelos teóricos iniciales sobre el duelo, actualmente el abordaje integrativo, nos presenta un trabajo activo del deudo, que no es que vivenciará pasivamente estos momentos o etapas, sino que comprendiendo y recibiendo el apoyo de un terapeuta podrá ir incidiendo y modificando el desarrollo de cada una de las etapas. Algunos modelos integrativos específicos de duelo, integran también modelos sobre la Teoría del Estrés y la inclusión de las Neurociencias observando de qué forma ciertas intervenciones terapéuticas pueden incidir en el sostenimiento de canales neuronales que en vez de promover la salud mental podrían resultar iatrogénicos. Ya desde hace bastante tiempo, sabemos y estamos atentos a que sí hay algunas intervenciones terapéuticas que a diferencia de lo que se pensaba antes que podían ser inocuas, pueden resultar efectivamente dañinas. Por esto el modelo integrativo nos permite tener un modelo teórico y herramientas sistematizadas, organizadas y científicas que guíen las intervenciones reduciendo el riesgo del eclecticismo, muchas veces disfrazado de espontaneidad.

Más allá de la generalidad, hay algunas situaciones específicas sobre las que me gustaría escuchar tu opinión y cómo se podrían abordar, como es el caso de que dentro de una pareja una de las dos personas encuentre explicaciones religiosas o metafísicas para la interpretación de lo ocurrido y la otra persona no las comparta ¿Cómo se interviene?

Justamente, tanto por lo que había señalado anteriormente en relación al sentido de la vida y a los valores, como si lo miramos más desde el lado estricto de las teorías de duelo en las cuales los duelos son individuales y personales, desde las dos perspectivas entendemos que es posible que esto ocurra no solo dentro de la pareja sino también en el ámbito de la familia ampliada. Es decir podría tratarse de una hija y su madre que tienen una atribución de significado diferente o incluso completamente opuesta. En relación a la intervención, en estos casos es muy importante ante todo identificar cuál es la demanda y de quién es la demanda, porque podría tratarse de un problema de pareja, pero demanda orientación o apoyo terapéutico sólo uno, o podría tratarse de una demanda de pareja en relación a los problemas que genera en el vínculo estas atribuciones de significado. Siguiendo las premisas de un abordaje integrativo, rotulación, atribución y búsqueda, serán los ejes orientadores en la entrevista inicial, más allá también de la severidad y el nivel de malestar subjetivo y las estrategias de afrontamiento que hubieran desplegado hasta el momento de la consulta. También es importante tener en cuenta, el tiempo de desarrollo de este malestar o dificultad, si ha aparecido desde el momento en que ocurrió la muerte, es decir si lleva cierto tiempo de desarrollo o si aparece más adelante y eso genera la consulta.

Si la demanda es de un sólo integrante de la familia o de la pareja, además de escuchar qué es lo que demanda o que es lo que busca en el espacio terapéutico, deberán ajustarse las intervenciones también a los estilos personales de los que están involucrados. La personalidad siempre va a atravesar cualquier situación terapéutica, pero sabemos que los cambios en aspectos de la personalidad serán pocos, salvo que provengan de una necesidad individual. Si no es una cuestión de personalidad, podría tratarse de una estrategia de afrontamiento circunstancial desencadenada por la pérdida, es decir aferrarse a las representaciones religiosas de la vida eterna, del reencuentro o las metafísicas de continuidad en otros espacios, tiempos, cuerpos. En estos casos es importante comprender que se trata de una estrategia de afrontamiento que genera impacto en la otra persona, y tal vez lo más recomendable es promover la aceptación, validar que se trata de procesos individuales y absolutamente subjetivos, facilitar encuentros en otros ámbitos donde estas creencias o representaciones no generan tanto dolor y aliviando la experiencia de soledad e incompreensión mutua.

Si la demanda es de pareja, como siempre, hay que recordar que “el paciente” es la relación. Es decir, como terapeuta se observan y se realizan intervenciones que inciden en el vínculo, en la manera de relacionarse y no sobre las personas.

¿Qué sucede si el enojo, que es una de las emociones más frecuentes, se vuelca sobre otro miembro de la familia o la pareja?

Por supuesto que el enojo aparece y debe ser trabajado. Todos sabemos que es frecuente la descarga emocional del enojo de una manera inadecuada, tanto en la forma como en el o los destinatarios. En general, es más frecuente el enojo con el equipo profesional tratante, lo cual no representa un desafío terapéutico, ya que de ser necesario y posible podrán iniciar acciones legales por mala praxis eventualmente. Pero cuando como lo decis en tu pregunta, ocurre en la pareja o dentro de la familia, la primera intervención es validar la emoción. Es decir, que la persona que consulta comprenda que el enojo tiene su origen en el dolor de la pérdida. Luego acompañar a la persona para que despliegue los aspectos más racionales o cognitivos en que ella sustenta el enojo con la otra persona. Será posible entonces plantearse una resignificación cognitiva del mismo. Como intervención terapéutica será muy importante ofrecer o ayudar a desarrollar mecanismos de descarga o procesamiento emocional del enojo. Hay personas que manejan la descarga del enojo de una manera física, correr, bailar, realizar actividades en la casa, etc, y hay otras personas que pueden descargar el enojo escribiendo, escuchando música. El objetivo de estas intervenciones sería que el enojo no quede retenido en el cuerpo ni descargado en otra persona que no lo originó.

¿Por qué se lo considera el duelo perinatal un duelo minimizado?

Yo tengo la impresión de que esto irá cambiando o está cambiando en los últimos años. Primero te voy a explicar por qué se decía o se dice en muchos casos por qué se habla de un duelo minimizado y después te voy a contar cuáles son los cambios que están ocurriendo hoy en día. Históricamente, cuando hablamos de otros siglos con otra participación de la medicina, la muerte de mujeres en el parto, bebés recién nacidos y niños pequeños, sin ir tan lejos en la historia, yo te podría decir que mis dos bisabuelas tuvieron doce hijos y la otra creo que catorce, de los cuales menos de la mitad llegaron a la adolescencia. Me imagino que los recursos de mis bisabuelas para tolerar y manejar todas esas muertes tendrían bastante que ver con la normalización de la muerte o la negación de sus emociones. Pienso esto porque hoy en día me resulta difícil pensar que una persona pueda soportar la muerte de uno solo de sus hijos, en cambio en esa época era algo que le ocurría habitualmente a muchas familias. Por lo tanto, esto también es parte del sistema sociocultural, es decir la cultura que rodeaba a mis bisabuelas, facilitaba que ellas pudieran seguir con sus vidas, ya que no había ni recursos ni soluciones médicas o científicas para ayudarlas. Si quisiera pensarlo desde una perspectiva más feminista, se podría decir que el patriarcado no daba lugar a que las mujeres hagan algo más allá de parir y ser madre. Por lo tanto, era muy común también, que en el momento del parto se le informara a la mujer que su hijo haya muerto, lo que se prestaba muchas veces a la apropiación y suplantación de identidad, es decir al robo de bebés. Son muchas las condiciones que reforzaban esta minimización.

Podría pensarse también que humanamente es tan difícil de aceptar que el inicio y el final de la vida coincidan, por lo que esto podría transformarse en una representación inconciliable según la perspectiva más freudiana, que tendiera a ser reprimida por lo tanto eliminada de la conciencia. Lo que te decía que estoy observando en los últimos diez años, es que de la mano de las redes sociales sobretudo, pero también en el ámbito profesional, la pérdida de un embarazo, o de un recién

nacido, tiene lugar, aparecen grupos, aparecen personas que ofrecen distintos tipos de servicios para acompañar a las familias. Por supuesto que no se trata de un proceso generalizado, sin embargo la ventaja de las redes es que una persona que esta viviendo la experiencia de una pérdida perinatal, podrá buscar en internet y encontrar estos espacios disponibles. Esto incluye también la formación de los profesionales en estas areas que antes no existian, por lo tanto lo veo como potencialmente con el tiempo que exista un cambio cultural en relación a esto. Sin embargo, muchas madres hoy en día siguen diciendo o presentando estas dificultades de que no se nombra al bebé, de que la gente parecería pasar rápido de página, que se les exige volver rápido a trabajar y adaptarse rápido a la vida cotidiana cuando ellas todavía no lo pueden hacer y sobre todo no se respetan los duelos prolongados.

¿Cuáles señalarías vos como las principales intervenciones en situaciones de duelo perinatal?

Como siempre es fundamental una adecuada exploración y entrevistas iniciales para poder realizar una conceptualización del caso, siempre deberá tomarse en consideración factores asociados a la personalidad y el estilo de afrontamiento. Como en cualquier otro abordaje terapéutico, una vez que se comprende la situación, la primera intervención será validar la experiencia. Es decir, hacer saber a la persona que el terapeuta la comprende, entiende sus emociones, y que las mismas son resultado del contexto en que se desarrolló la experiencia. La identificación y regulación de las emociones deberán emplearse o aplicarse en el momento en que la persona se encuentre, tal como lo señalan las teorías de duelo, en esa etapa, facilitando o promoviendo las estrategias de afrontamiento funcionales.

Dado que el duelo perinatal altera las representaciones asociadas al sentido de la vida y al ciclo vital de la vida, se realizará un importante trabajo de reestructuración cognitiva y se acompañarán los procesos de atravesamiento de creencias centrales y se trabajará con la trascendencia, Por último no podemos olvidar todas las intervenciones que tengan en cuenta la perspectiva familiar sobre todo cuando hay hermanas o hermanos pequeños.