



**Estrategias de Afrontamiento del Duelo en Mujeres Con Pérdidas Perinatales y la
Construcción del Proyecto de Vida**

Dayanna Segura Aguirre

Facultad De Psicología, Universidad Antonio Nariño

Asesora

Andreina Johana Bermúdez Pacheco

Mg. Educación y Desarrollo Humano

Facultad de Psicológica, Universidad Antonio Nariño, Sede Roldanillo

2020

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mis docentes quienes con sus conocimientos y apoyo me guiaron a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

También quiero agradecer a la Universidad Antonio Nariño por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mis padres, que han sido mi ejemplo, apoyo e inspiración en mi vida y quienes estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

Muchas gracias a todos.

Dedicatoria

Dedico la presente Tesis a la mayor inspiración de mi vida, mis hijos, quienes partieron de este mundo dejándome muchos aprendizajes y enseñanzas, este logro es en honor a ellos ¡Los amo hijos míos! Jacobo Quintero Segura y Emmanuel Quintero Segura. Por siempre en mi corazón.

Abstrac

The present research aims to understand the coping strategies used in three (3) women between 20 and 40 years of age in the construction of their life project in the face of perinatal loss. To this end, a conceptual and theoretical description of issues on coping strategies, perinatal losses, mourning, perinatal grief and life project was used. In order to obtain information, a qualitative methodology with a narrative design was used, since it allows a study to be carried out through the experience reported by means of an interview, in this case the semi-structured interview which allowed the analysis of the discourse. In conclusion, the perinatal losses constitute for the three participants a traumatic and painful event, which requires family and marital support to overcome the loss, without saying that it is overcome. At the same time, similar coping strategies were identified, such as: avoidance and denial, which for all of them occurred in the first moment, subsequent self-control, search for social and family support and finally positive re-evaluation.

Key words: Grief, perinatal loss, coping strategies, life project

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal, para lo cual se hizo uso de la



descripción conceptual y teórica de temas sobre estrategias de afrontamientos, pérdidas perinatales, duelo, duelo perinatal y proyecto de vida. Para obtener información se apoyó en una metodología de tipo cualitativa con un diseño narrativo ya que permite realizar un estudio a través de la experiencia relatada por medio de una entrevista, en este caso la entrevista semi estructurada la cual permitió el análisis del discurso. Concluyendo que, las pérdidas perinatales constituyen para las tres participantes un suceso traumático y doloroso, que es necesario del acompañamiento familiar y conyugal para sobrellevar la pérdida, sin decir que sea superada, a su vez se identificaron estrategias de afrontamiento similares como lo fueron: la evitación y negación que para todas se dio en su primer momento, posterior el autocontrol, búsqueda de apoyo social y familiar y finalmente la reevaluación positiva.

Palabras clave: Duelo, pérdida perinatal, estrategias de afrontamiento, proyecto de vida.

Tabla de contenido

Planteamiento del problema..... 9

 Pregunta de investigación 11

Objetivos..... 11



General 11

 Específicos 11

Justificación 11

Marco Teórico..... 14

Marco contextual 49

Metodología 51

 Tipo de investigación: Cualitativa 51

Fuentes de información..... 53

Instrumento 53

Procedimiento 55

Aspectos éticos..... 58

Resultados 58

Discusión..... 78

Conclusiones 90

Recomendaciones 93

Bibliografía 94

Apéndice 99

 Consentimiento informado..... 99

 Instrumento 102



Índice de tablas

Tabla 1 <i>Caracterización</i>	59
Tabla 2 <i>Respuestas</i>	60

Introducción

La presente investigación, busca comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal del municipio de La Unión en el departamento del Valle del Cauca; teniendo como base los referentes teóricos expresados por (Barrantes Valverde & Cubero Cubero, 2014) (Bautista, 2014) (Guillem Porta, Romero Retes, & Oliete Ramírez, 2008) (López García de Madinabeitia, 2011). Adicional a esto, se presentan las definiciones de conceptos como el duelo, pérdidas perinatales, maternidad, proyecto de vida, estrategias de afrontamiento.

El tipo de metodología empleada es cualitativa, la cual pretende integrar los estudios construyendo una unidad de análisis ya sea una persona, una entidad étnica, social o empresarial. Este tipo de investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica la cual da razón plena a comportamiento y manifestaciones. Como diseño se emplea el narrativo donde el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas. Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación e intervención, ya que al contar la narración ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras.

La recolección de la información es obtenida mediante una entrevista semiestructurada dirigida a las tres (3) participantes. Esta entrevista cuenta con cuatro categorías de análisis que

estudian la pérdida perinatal, el duelo, estrategias de afrontamiento y por último el proyecto de vida. Dicho instrumento ha sido sometido a evaluación de experto, para su respectiva validación.

Planteamiento del problema

Esta investigación busca identificar la influencia del duelo perinatal, en el proyecto de vida de tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad, pertenecientes al municipio de La Unión en el departamento del Valle del Cauca.

Según el Instituto Nacional de Salud de Colombia, para el año 2018 se reporta un aumento de muertes perinatales notificadas por entidades territoriales de Colombia, la notificación indica que desde el año 2008 al 2017 aproximadamente 8.253 neonatos murieron. Con respecto al año 2018 el número de casos de muerte perinatal y neonatal semanalmente fue de mínimo 128 neonatos que perdieron la vida y máximo 204 casos, en total la cifra fue de casi 2.400 neonatos fallecidos, dejando así a más de 2.000 madres y familias con un dolor profundo por la pérdida de su hijo(a). (instituto nacional de salud, 2018).

Según Bautista (2014) El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue ante cualquier pérdida. Por su parte, Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedente o desbordante de los recursos del individuo”.

Así mismo, el proyecto de vida es entendido como el proceso que articula la identidad personal-social en las perspectivas de su dinámica temporal y posibilidades de desarrollo futuro. Se comprende, entonces, como un sistema principal de la persona en su dimensionalidad esencial de la vida (D'Angelo Hernández, 2000).

De manera que, la pérdida de un hijo magnifica la sensación de que se ha perdido una parte de sí mismo, además de causar un gran desgaste físico y emocional. Por lo que afrontar este proceso puede llegar a representar para la mujer una desorientación en sus propósitos de vida o sentimientos de frustración e importancia que le impidan avanzar y retomar el camino de sus metas y sueño.

Por lo tanto, se hace necesario revisar en las mujeres que han tenido pérdidas perinatales la forma y el tipo de estrategias de afrontamiento que estas han venido desarrollando, del mismo modo que ellas puedan tener estrategias más activas, aunque se reconoce que estos sucesos de pérdida como tal contemplan unas fases que son propias del duelo y que en su gran mayoría tienden a ser dolorosas, largas y con otra significación a otro tipo de pérdidas, por lo que conocer las estrategias de afrontamiento que han utilizado cada una de las mujeres tienen una propensión y utilización que han determinado la estrategia que la llevaría a replantear nuevas expectativas sobre la vida.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal?

Objetivos

General

Comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal.

Específicos

Identificar en qué fase del duelo se encuentran las tres (3) mujeres que tuvieron la pérdida perinatal.

Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres ante la pérdida perinatal.

Indagar cuál era el proyecto de vida de cada una de las mujeres antes de la gestación y después de la pérdida.

Justificación

La presente investigación pretende conocer cómo se lleva a cabo el proceso de duelo en madres con pérdidas perinatales. Entendiendo que, una muerte perinatal sucede cuando el bebé muere entre la semana 28 de gestación y los primeros 7 días de vida, ya sea por un nacimiento prematuro, bajo peso al nacer o la presencia de morbilidades al momento del nacimiento.

En Colombia existen pocas investigaciones acerca del tema de duelo perinatal. Sin embargo, en los últimos años se ha extendido el interés en este campo, mostrando una mayor importancia en estudiar sobre este tema y darle así un grado de atención desde el área médica y el área psicológica.

De igual forma, se tienen en cuenta los aportes ya existentes sobre los aspectos psicológicos en relación con el proceso de gestación. Por ello, en la actual sociedad, a la maternidad se le brinda gran importancia, puesto que se le ha considerado como un proceso que fortalece a la mujer como tal, relacionando la feminidad a la posibilidad de concebir a los hijos, lo cual simboliza en algunas mujeres una de las etapas más trascendentales para lograr su realización personal.

Por otro lado, la muerte de un bebe durante el embarazo o posterior al nacimiento es una de las experiencias más perturbadoras que puede vivir una mujer, lo cual puede llegar a ser la causa de posibles problemas psicológicos y emocionales. Por su parte, el afrontamiento frente a una situación de pérdida es diferente en cada persona y le permite regular de una u otra forma la conducta y la forma de percibir la realidad. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento pueden ser distintas dependiendo de la capacidad y la conducción de ellas mismas.

Frente a esto, el duelo es un proceso único e irrepetible; se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo no debe ser considerado como una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento estresante de gran

magnitud que puede afectar al organismo de quien atraviesa esta circunstancia, que tarde o temprano debe ser afrontada por todos los seres humanos.

Según reportes del Ministerio de Salud de Colombia, en lo observado para la semana 32 de 2018 se presentó un aumento de los casos notificados por alguna entidad territorial con residencia en el exterior en comparación con lo notificado entre 2012 y 2016. Con relación a la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía para los casos residentes en otros países (exterior) corresponden a un total 60 casos, de los cuales el 83,3 % son residentes en Venezuela y se atribuye al proceso migratorio; la notificación histórica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía desde el 2008 hasta el 2017 tiene un comportamiento hacia el incremento con un promedio de casos notificados al año de 8453. Lo anterior se traduce en la mejora del proceso de notificación al evento al sistema de vigilancia en salud pública de Colombia, con respecto al número de casos de muerte perinatal y neonatal registradas publicados en datos oficiales por DANE. El promedio mínimo de casos notificados semanalmente es de 128 casos y el máximo es de 204 casos (Instituto Nacional de Salud, 2018).

En las cifras anteriores se puede observar la cantidad de pérdidas perinatales y neonatos que mueren al año, de allí la importancia de esta investigación al obtener información acerca de cómo las mujeres se han afectado psicológicamente con la pérdida de su hijo en cuanto a cómo afronta el duelo, las estrategias que emplean las madres para afrontar este suceso y, en qué

medida cambia su proyecto de vida después de los hechos y los recursos o herramientas generan para afrontar la situación.

Marco Teórico

Antecedentes

Es de mencionar que las búsquedas de antecedentes frente a investigaciones o estudios en relación a el tema de interés de la investigación se encontraron pocas investigaciones cualitativas, teniendo como referente que, en los últimos años se han realizado investigaciones respecto a la perdida perinatal en mujeres. varias de estas investigaciones se han centrados en estudios cuantitativos y relacionados con aspectos de la perdida desde lo fisiológico, por morbilidades, bajo peso al nacer y otros desde las áreas médicas; en especial en Colombia dado que en otros países como México, España, se han realizado estudios un poco más comprensivos sobre las perdidas perinatales, desde las relaciones entre padres e hijos durante el periodo de gestación y los sentimientos experimentados y otras desde la sintomatologías psicológicas como las investigaciones que a continuación se mencionaran algunas de ellas:

Internacional

En primer lugar, se encuentra una investigación realizada en Chile en el año 2020 por M. Teresa Valenzuela, Margarita Bernales, Paloma Jaña, titulada *Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud*. Tuvo como objetivo Comprender la perspectiva de los profesionales de la salud con relación al duelo perinatal. Método: Se realizó una búsqueda

bibliográfica en las bases de datos CINAHL, CUIDEN, PsycINFO, PubMed y Google

Académico. Se realizó un análisis temático de estos, permitiendo delimitar categorías temáticas comunes. Resultados: Se obtuvieron 46 artículos científicos con menos de 10 años de antigüedad. Se identificaron tres categorías para abordar la experiencia vivida: 1) Sentimientos experimentados por los profesionales, como ansiedad, culpa, resignación, síntomas físicos, frustración y evitación; 2) Necesidades sentidas de apoyo, entre estas, soporte emocional, capacitación formal y experiencia laboral que permitan afrontar de mejor forma el duelo con las familias y el equipo; 3) Facilitadores del proceso, donde se destacan la capacitación, años de trayectoria profesional, confianza en sí mismo, apoyo de los pares, equipo multidisciplinario, creencia religiosas y apoyo institucional. Conclusión: El duelo perinatal es una situación dramática para los padres, los cuales demandan un cuidado sensible. Y los profesionales desempeñan un rol clave en el apoyo integral a los padres, siendo un proceso exigente tanto en lo personal como en lo profesional. Se sugiere formación de pregrado y postgrado, fomentando el diálogo y apoyo entre los equipos. De esta forma se beneficiarán los padres, su familia y los profesionales, los cuales podrán otorgar un cuidado efectivo y de calidad en situación de duelo perinatal. (ocaña, 2020).

También a nivel internacional en la ciudad de Mexico se realizó una investigación por Pichardo, Marco Antonio Sánchez; López, María Eugenia Gómez; Campillo³, Guillermo González; Belmont⁴, Idalim Niany Lozano, titulada *Sintomatología y alteraciones psicológicas*

asociadas con pérdidas perinatales en mujeres tuvo como objetivo entrevistar a 120 pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología (Inper) en México con antecedentes de pérdida gestacional recurrente (pgr) dentro de los tres primeros meses de ocurrida la última pérdida, con la finalidad de detectar la sintomatología y alteraciones psicológicas más frecuentes asociadas con dicha situación. Las entrevistas se realizaron en el Departamento de Psicología. Las pacientes fueron derivadas de la Clínica Especializada de Riesgo Preeclámsico (CERP), a quienes se trata con el fin de establecer su nivel de riesgo para un siguiente embarazo. Los resultados arrojan principalmente la presencia de sintomatología de trastornos de ansiedad, del sueño y de alimentación, así como depresión. En menor medida se observan otro tipo de síntomas y alteraciones. (Pichardo¹, López², Campillo³, & Belmont⁴, 2010).

Nacional

A este nivel se encuentra la investigación con áreas de la salud médica, por Sandra Patricia Misnaza, Claudia Patricia Roncancio, Isabel Cristina Peña, Franklin Edwin Prieto, Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Colombia, Grupo de Investigación en Epidemiología Aplicada, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia titulada *Áreas de alta mortalidad perinatal debida a anomalías congénitas: análisis de estadísticas vitales, Colombia, 1999-2008*. Métodos. Se hizo un estudio descriptivo revisando los certificados de defunción de Colombia. La muerte perinatal se definió como muerte fetal y no fetal en niños con un peso de 500 g o más y 28 o menos días de edad, y las anomalías congénitas, como causa

básica de la muerte (Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE10: Q000 a Q999). La proyección nacional de nacimientos se tomó como el denominador de las tasas específicas. Se calcularon los percentiles para analizar las áreas de alta mortalidad (percentil de 90 o más) resultados. Se encontraron 22.361 muertes perinatales por anomalías congénitas. Antioquia, Caldas, Risaralda, Huila, Quindío, Bogotá, Valle del Cauca y Guainía superaron, en promedio, el percentil 90 durante los diez años de estudio. Los municipios con mayores tasas de mortalidad fueron: Giraldo, Ciudad Bolívar, Riosucio, Liborina, Supía, Alejandría, Sopetrán, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia y Marmato, en donde oscilaron entre 205,81 y 74,18 por 10.000 nacimientos. Las tasas de mortalidad perinatal por 10.000 nacidos vivos fueron de 28,1 para el grupo de malformaciones del sistema circulatorio; de 13,7 para anomalías del sistema nervioso central, y de 7,0 para anomalías cromosómicas. Conclusión. La alta mortalidad perinatal por anomalías congénitas en la región andina requiere acciones urgentes de investigación sobre los posibles riesgos y medidas de prevención (Sandra Patricia Misnaza 1).

Las investigaciones previas indagaron en relación a estudios epidemiológicos por pérdida perinatal, sintomatologías psicológicas en la salud y el abordaje en el personal de salud con las mujeres con pérdida perinatal, por lo tanto, todos tienen alguna relación con las áreas de la salud médica y epidemiológica específicamente desde el corte cuantitativo, pero no todos contemplan los estudios comprensivos en relación a las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres

con pérdida perinatal para resolver este suceso doloroso y traumático que ellas viven y que puede afectar su la consecución de del proyecto de vida tanto familiar, social y personal.

Lo que se propone hacer en esta investigación es comprender las estrategias de afrontamientos utilizadas en mujeres con perdida perinatal frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida, donde el objetivo será analizar las narraciones desde la propia voz de las mujeres que tuvieron una perdida perinatal y como ellas vivenciaron el duelo y la construcción de su proyecto de vida. Para esta se realizó una investigación cualitativa que permite profundizar estas tres esferas desde una entrevista semiestructurada.

La pérdida de un hijo al principio de la vida constituye uno de los estresores emocionales más intensos que puede experimentar una mujer, después del este suceso que se considera para las mujeres uno de los mas doloros cada mujer vive un choque emocional el cual la obliga a cambiar su proyecto de vida en el que incluía al ser que venía en camino. En este marco teórico se describen diversos conceptos asociados al tema de investigación que se aborda como: pérdida perinatal (el duelo)(Bautista, 2014), su incidencia en el proyecto de vida de las madres(D´Angelo Hernández, 2000) y las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984); para ello, se presentan las interpretaciones y concepciones realizadas por diversos teóricos a partir de sus estudios, hallazgos y conclusiones.

Estrategias de afrontamiento y la capacidad de afrontamiento ante la pérdida

El duelo por la muerte perinatal es una experiencia traumática que mina la capacidad de reflexión emocional y limita a las mujeres a continuar su rutina de vida con normalidad, esta experiencia desencadena síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y otras consecuencias psicosociales. Este tipo de pérdida representa una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambian por la desesperación y el dolor vividos en las etapas propias del proceso de duelo (choque, negación, ira, depresión y aceptación). Debido al choque emocional que vive cada madre por la pérdida de su hijo, ellas mismas han empleado algunas estrategias de afrontamiento las cuales las han ayudado a continuar con su vida a pesar de esta difícil situación.

Por lo tanto, Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedente o desbordante de los recursos del individuo”. El afrontamiento por consecuente, resultaría ser el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados para enfrentar una situación altamente estresante que ha desbordado sus recursos, intentando hacer frente dicha situación, de la mejor manera posible. (Lazarus & Folkman, 1984), describieron características importantes del afrontamiento a tomar en cuenta en su naturaleza como proceso, planteando que:

El afrontamiento depende del contexto.

Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras.

El afrontamiento se puede centrar en el problema (cambiar la relación ambiente-persona) y en la emoción implica cambiar el modo en que se trata o interpreta el problema para mitigar el problema

El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

Estos autores proponen que es necesario distinguir la diferencia entre dos estilos de afrontamiento principales: el afrontamiento activo está dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento pasivo está caracterizado por regular la respuesta emocional que el problema da lugar.

Este planteamiento es importante ya que permite explicar las diferencias individuales que manifiestan las personas al responder a sucesos o condiciones semejantes, los autores mencionan que los estilos de afrontamiento pasivos se emplean cuando el individuo evalúa que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. El afrontamiento pasivo incluye estrategias de tipo cognitivo tendientes a aminorar el malestar emocional (evitación cognitiva, distanciamiento y atención selectiva), así como estrategias conductuales de huida o evitación, que pueden interferir en la solución del evento estresante.

En relación a los estilos de afrontamiento activo, (Galindo Vázquez, 2011) menciona que éstos son susceptibles de emplearse cuando las condiciones amenazantes o desafiantes, son

evaluadas como susceptibles de cambio o modificación. El afrontamiento activo toma la forma de estrategias de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costo-beneficio y ponerlas en práctica).

Este estilo de afrontamiento activo, está dirigido a la modificación, solución o eliminación de la situación o acontecimientos percibidos como estresantes, y donde tendrían cabida todos aquellos intentos de manipulación o alteración de las condiciones del entorno, esto implica la definición no distorsionada del problema, la búsqueda de soluciones, la consideración de tales alternativas con base a su costo, beneficio, elección y aplicación. Asimismo, puede coadyuvar a un mayor sentido de autoeficacia y control personal ante el evento estresante. En este caso el evento estresante es el desprendimiento de madre e hijo.

Estrategias de afrontamiento ante los procesos críticos y eventos estresantes

Durante todo ciclo vital de las personas y las familias se producen cambios y eventos propios del desarrollo que pueden resultar estresantes y generar distintas reacciones en los individuos, estos cambios no tienen por qué tener siempre consecuencias negativas, sin embargo, todo dependerá del tipo de crisis, de la valoración que se haga del evento, así como de la forma como se afronta. Ante un mismo suceso estresante los individuos reaccionan de manera muy diferente, unos evitan la situación, otros la enfrentan y buscan apoyo y otros la ignoran; esto se debe a que cada persona realiza un análisis diferente y les otorga un significado propio a los eventos.

El afrontamiento hace referencia a los esfuerzos realizados por las personas para manejar una situación difícil, Lazarus & Folkman (1986) lo definen como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Es decir, son recursos actitudinales, comportamentales y cognitivos mediante los cuales se afronta una situación estresante y se ponen en marcha para vencer los obstáculos impuestos en el diario vivir.

Según los autores mencionados anteriormente, se pueden distinguir de manera general dos tipos de estilos de afrontamiento en los que se clasifican diferentes estrategias, en primer lugar está el afrontamiento dirigido a la resolución del problema o crisis, mediante el cual se busca manejar la situación que está causando malestar y modificarla; y en segundo lugar el afrontamiento de regulación emocional ante el problema, que busca controlar las respuestas emocionales ante la crisis y disminuir el malestar subjetivo (Lazarus & Folkman, 1986). Por lo general, cuando las estrategias están dirigidas a regular la emoción se debe a que previamente se ha realizado una evaluación de la situación llegando a la conclusión de que no se puede hacer nada por modificar las condiciones negativas del entorno. Por otro lado, las formas dirigidas a resolver el problema suelen aparecer cuando el individuo percibe que se puede modificar la situación con mayor facilidad.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción

Está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el malestar emocional evocado por el acontecimiento estresante, incluyen estrategias tales como la evitación, la negación, la búsqueda de apoyo social y espiritual, el distanciamiento, la minimización, la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Todas estas estrategias se utilizan con el fin de evitar las emociones negativas que genera el evento estresante, sin llevar a cabo acciones que permitan cambiar la situación o enfrentar el suceso. Sin embargo, estos mismos autores refieren que no todas las personas buscan eliminar el malestar emocional, sino que necesitan sentirse mal y aumentar su preocupación e incomodidad para movilizarse e impulsarse a la acción, en estos casos se utilizan estrategias que aumentan el trastorno emocional (Lazarus & Folkman, 1986).

Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Las estrategias que se ponen en marcha con este tipo de afrontamiento están dirigidas a la definición del problema y a la búsqueda de soluciones alternativas para este. El número de estrategias dirigidas al problema es muy reducido si se compara con las que están dirigidas a la emoción; dentro de estas se incluyen la búsqueda de apoyo, la confrontación y la planificación, es decir aquellos recursos que implican un cambio no solo a nivel emocional sino también situacional. A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. Por un lado, el afrontamiento activo hace referencia a todos

los pasos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos, se trata de iniciar una acción directa incrementando los esfuerzos personales; y el afrontamiento demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus & Folkman, 1986).

A pesar de la diferenciación entre el afrontamiento dirigido a la emoción y el afrontamiento dirigido al problema, según Lazarus & Folkman (1986) ambos tipos suelen ocurrir de forma conjunta y pueden interactuar mutuamente complementándose el uno con el otro (citado en Cabanach, 2010). Por un lado, es posible poner en marcha estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que permitan reducir los niveles de estrés hasta el punto de poder enfrentar el problema. Asimismo, en aquellos casos en los que se hace frente a la amenaza o suceso estresante, se ha visto que con el tiempo se alivia también el estrés emocional.

Los seres humanos gestionan un sin número de estrategias de afrontamiento, de hecho, una sola persona puede desarrollar diferentes estrategias en función del problema, la situación y la experiencia de vida. El tipo de estrategias que se ponen en marcha va a depender de la naturaleza del estresor, el momento en el que se encuentre el individuo y las circunstancias en las que se produce. Sin embargo, no todas las estrategias de afrontamiento son útiles ni tienen resultados positivos en la regulación emocional ni el control del evento estresante, pudiendo generar el efecto contrario; una manera de conocer qué tipo de estrategias existen es mediante la Escala de Modos de afrontamiento de Lazarus & Folkman, (1986), un instrumento que evalúa

pensamientos y acciones utilizados para manejar situaciones estresantes que incluye ocho estrategias diferentes: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y apoyo social.

Confrontación o afrontamiento directo: Esta estrategia hace referencia a los intentos de solucionar directamente la situación estresante mediante acciones directas, agresivas, o muy arriesgadas. En determinadas ocasiones implica cierto grado de hostilidad.

Planificación y solución de problemas: Consiste en pensar y reflexionar sobre la situación o crisis para desarrollar estrategias que permitan solucionar el problema. Dichas estrategias implican esfuerzos deliberados para cambiar la situación mediante aproximaciones analíticas y racionales del problema, es una estrategia mediante la cual las personas invierten el tiempo necesario para tomar decisiones y actuar.

Distanciamiento: Es una estrategia de afrontamiento que incluye los intentos por apartarse del problema o nueva situación, ignorar el evento y evitar al máximo posible que afecte el diario vivir. Con este recurso se minimiza el significado de la situación suprimiendo los efectos cognitivos y emocionales que genera el problema. El típico ejemplo del distanciamiento es comportarse como si no estuviera ocurriendo el suceso estresante.

Autocontrol: Se refiere a los esfuerzos que realizan las personas para controlar sus propios sentimientos, conductas y respuestas emocionales ante las situaciones desbordantes. Con esta estrategia se movilizan recursos para ocultar las emociones generadas por las crisis.

Aceptación de responsabilidad: Con esta estrategia las personas se hacen conscientes de que la situación estresante es real y además reconocen el papel que cada uno ha tenido en el origen o mantenimiento del problema. Se intenta reorganizar la situación mediante el reconocimiento de los errores, es lo que se conoce como “hacerse cargo” (Lazarus&Folkman, 1986).

Escape-evitación: Incluye la puesta en marcha de ciertos pensamientos y actitudes no aceptadas socialmente con el fin de alejarse del problema e inhibir las respuestas emocionales que son consideradas como negativas, ejemplos de este tipo de estrategia son comer en exceso, beber alcohol, el uso de sustancias psicoactivas o medicamentos que afecten el sistema nervioso central.

Reevaluación positiva: Se trata de una actitud optimista en la que se perciben los posibles aspectos beneficiosos que tenga o haya tenido la situación estresante. Se centra en la búsqueda del crecimiento personal, ya que con esta estrategia la mayoría de los sujetos otorgan un nuevo significado a la situación problema de manera que tenga una connotación positiva.

Búsqueda de apoyo: Como el nombre lo indica esta estrategia de afrontamiento consiste en buscar ayuda informativa, comprensión y soporte emocional en las redes sociales de apoyo más cercanas durante las situaciones de crisis. Esta estrategia forma parte de los dos tipos de afrontamiento mencionados anteriormente, el que está centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en el problema, ya que puede resultar útil tanto para eliminar o reducir la respuesta

emocional como para modificar la situación o el evento que está provocando el estrés. El apoyo encontrado puede ser de tipo social, espiritual o instrumental.

Basados en las estrategias descritas, en la presente investigación se busca identificar cuáles son los recursos que están utilizando las familias ante el diagnóstico del TAB y describirlos de forma detallada, teniendo en cuenta que el TAB es un trastorno mental que genera un desequilibrio no solo a nivel individual sino también familiar.

Los estudios relacionados con las estrategias de afrontamiento han demostrado que aquellas que están centradas en el problema son más efectivas que las que están dirigidas a regular las emociones, esto puede ser porque con las primeras se pone fin al evento estresante, controlando el problema y por ende el malestar que genera la situación estresante. También se ha demostrado que la estrategia de búsqueda de apoyo es una de las más importantes a la hora de enfrentar una situación debido a que las personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (Lazarus & Folkman 1986).

Afrontamiento al estrés (perdida)

La sociedad en la actualidad está caracterizada por un alto nivel de exigencias que demandan el desarrollo de procesos adaptativos y la puesta en marcha de ciertos recursos para reducir el malestar que generan las situaciones exigentes y de cambio. El estrés forma parte de la vida del ser humano, es una respuesta emocional, psicológica y fisiológica que se puede manifestar en cualquier momento del ciclo vital de un individuo o una familia, da cuenta de una

relación entre la persona y el ambiente, mediante la cual el sujeto percibe que las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus & Folkman, 1986). Dicho en otras palabras, este concepto hace referencia a una sensación de incapacidad que se produce en las personas cuando las exigencias externas sobrepasan las posibilidades de cada individuo.

Desde el enfoque del estrés de Lazarus & Folkman se postula que esta respuesta aparece “cuando el individuo percibe de forma subjetiva un desequilibrio entre las demandas que se le hacen y los recursos con los que cuenta para manejar dichas demandas” (1986). De modo que, una situación puede parecer desmesurada para una persona y para otra puede que no lo sea ya que cada ser humano presenta vulnerabilidades distintas frente al estrés. Incluso, en el modelo de los autores mencionados se dice que la respuesta puede variar según el momento del ciclo vital en el que se encuentre la persona. Siguiendo este orden de ideas, es probable que el diagnóstico del TAB cause un impacto mayor en unas familias que en otras, ya que todo dependerá del momento del ciclo en el que se encuentren y de los recursos individuales y familiares para enfrentar la situación.

Por lo general el estrés genera tres tipos de reacciones, en primer lugar, se encuentran las fisiológicas que comprenden las respuestas neuroendocrinas y del sistema nervioso tales como dolores de cabeza, dificultades estomacales, dilatación de pupilas y otras reacciones que dependerán de cada individuo, por ejemplo, se da el caso de personas que manifiestan el estrés

mediante resfriados o problemas digestivos (Martínez, Sánchez y García, 1993; citado en Sierra J. C., 2003). El segundo tipo de respuesta hace referencia a las emocionales que incluye el malestar y los cambios en el estado de ánimo como por ejemplo sentimientos de ira, temor, miedo, tristeza o trastornos como la depresión.

Finalmente se encuentran las respuestas cognitivas que por lo general consisten en una preocupación excesiva, la negación y la pérdida de control (Cassaretto, Chau, & Oblitas, 2003). Estas últimas respuestas están muy ligadas al tipo de estrategias de afrontamiento puestas en marcha por las personas.

Cuando los seres humanos se ven expuestos a situaciones estresantes se produce un proceso de valoración psicológica que incluye dos momentos (Lazarus & Folkman, 1986):

Valoración primaria: Consiste en la respuesta inicial en la cual la persona evalúa la situación, se valora la amenaza que supone el estímulo y los beneficios que resultan de la eliminación del estresor.

Valoración Secundaria: Se busca determinar cuáles son las acciones que se van a llevar a cabo para enfrentar el estresor. Esta fase tiene lugar después de realizar la valoración primaria y da inicio al proceso de afrontamiento.

El afrontamiento al estrés implica un conjunto de acciones cognitivas, comportamentales y afectivas que se manifiestan en respuesta a una preocupación o exigencia con el fin de devolver el equilibrio o eliminar dicha situación. Esto puede hacerse solucionando el problema, o

acomodándose a la preocupación sin encontrar una solución al problema. (Lazarus & Folkman, 1986; Fydenberg, & Lewis, 1996). La finalidad del afrontamiento es regular las emociones y resolver los problemas que debe enfrentar el individuo:

“El afrontamiento da forma a las emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no” (Lazarus y Lazarus 2000, p.197). Son conductas y pensamientos mediante los cuales se intenta restablecer el equilibrio o la homeostasis que se pierde cuando aparece una situación nueva y amenazante.

Perdida perinatal

Según el Instituto Nacional de Salud, en cabeza del departamento de Vigilancia y Control en Salud Pública, la mortalidad perinatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los recién nacidos que fallecen antes de alcanzar los 28 días de vida. (Equipo Maternidad Segura, 2019).

Por su parte, (Bourne, 1968), se trataba como un “no-suceso”, algo olvidable de inmediato. Para remediar su pena se recomendaba a los progenitores olvidar lo sucedido y buscar un nuevo embarazo cuanto antes. (Kennell et.al, 1970), sobre duelo por neonatos, destacaban en 1970 como elementos distintivos la tristeza, el apetito escaso, la dificultad para dormir, la

irritabilidad, la preocupación con el hijo perdido y la incapacidad para volver a la actividad normal.

En 1980, Peppers y Knapp propusieron otros nueve elementos del duelo perinatal: dificultad de concentración, rabia, culpabilidad, negativa a aceptar la realidad, confusión temporal, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños repetitivos con el bebé perdido. (Peppers & Knapp, 1980)

En 1982 Callahan y colaboradores plantearon que la pérdida perinatal es distinta de otras por la “reticencia del sistema de apoyo a hablar de lo ocurrido, porque muchas veces no se conoce el motivo de la muerte y por la culpabilidad intensa que genera”.

Para (Mander, 1994), el duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos. (López García de Madinabeitia, 2011)

Por otro lado, se conocen varios tipos de pérdida perinatal, dentro de los cuales se conocen los siguientes:

- 1. Aborto espontáneo:** Se define como la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable. Se estima que entre el 15 y el 25% de los embarazos terminan en aborto, la mayoría de los casos antes de las 12 semanas de gestación.

(Hemminki & Forssas, 1999). Aunque no siempre resulta traumática, la pérdida puede acompañarse de fenómenos de duelo, de intensidad y duración relacionada con la edad gestacional. El final del embarazo por aborto es una pérdida no reconocida social ni sanitariamente. (Cramer & Wise, 2000)

2. Aborto voluntario: Terminar un embarazo por voluntad propia también puede desencadenar una reacción de duelo que recibe una creciente atención en la literatura. (Peppers L., 1988) fue el primero en documentar la respuesta de duelo tras aborto voluntario y encontró que las puntuaciones eran similares a las de mujeres que habían tenido un aborto espontáneo, un mortinato o una muerte neonatal. Si en abortos espontáneos parece haber una conspiración de silencio en su entorno social, en el aborto voluntario, el secretismo es aún mayor.

3. Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna: Gran parte de estas pérdidas se produce cuando los padres saben que el feto porta alguna malformación o enfermedad. Las mujeres que toman la decisión de abortar se ven abrumadas por sentimientos de culpa y vergüenza, no sólo por haber gestado un feto defectuoso, sino por haber decidido su muerte. (Sloan, 2008)

4. Reducción selectiva en embarazos múltiples: Los embarazos múltiples suelen ser producto de técnicas de fertilidad, lo que implica que las parejas cuentan ya con una historia de pérdidas o frustraciones. Si la supervivencia de todos los fetos es inviable

se practica una reducción entre las semanas 10 y 12, por inyección letal. Es una amarga decisión que hay que tomar contra el reloj, la energía, la ilusión y el dinero. Los progenitores encaran el impensable dilema de "cuántos son demasiados" después de años de ser incapaces de concebir. La reducción permite un mejor resultado del embarazo que, de haber continuado, podría haber acabado con prematuridad extrema, discapacidad severa o la muerte de todos los fetos. (Schreiner-Engel et.al, 1995)

5. La pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato): La

muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto desencadena, según (Stroebe & Schut, 1999), varias pérdidas que funcionan como estresores. La principal es el bebé ansiado, pero hay otras pérdidas colaterales importantes, las cuales son:

- El momento de convertirse en padre o madre
- El rol de padre o madre si es el primer hijo
- La composición familiar como se imaginaba
- El reconocimiento de ese hijo en la mente de los demás pese al tiempo

transcurrido

- La confianza en la seguridad de otros hijos
- La inocencia respecto al embarazo y parto
- Los amigos o familiares que no estuvieron a la altura y negaron la

relevancia de la pérdida

- El derecho a mencionar ese hijo en ciertos lugares
- El contacto y la posibilidad de crear recuerdos

6. Pérdida en embarazos múltiples: La mortalidad perinatal en embarazos múltiples es a veces superior a la del embarazo único. (Chitrit et.al, 1999) Las expectativas de los progenitores y el interés de los allegados convierten a esta gestación en especial. Por este motivo, cuando uno o más fetos fallecen, la pareja no sólo pierde un bebé, sino un gemelo. Si la madre debe continuar el embarazo con un feto vivo y otro muerto, necesitará todo el apoyo y comprensión del personal sanitario. El momento del parto será temible y debería darse a los progenitores la oportunidad de tomar en brazos a los dos bebés, si lo desean, sin verse forzados a hacerlo y previa descripción del estado del bebé muerto. Divididos entre la pena por el bebé perdido o moribundo y la alegría por el superviviente, que se convierte en el recuerdo interminable de lo que podría haber sido el otro (bautizo, cumpleaños, el primer diente), sentirán siempre añoranza por el gemelo al que no tuvieron la oportunidad de conocer y a quien no verán crecer. (Samuels, 2005)

Para (Mander, 1994) considera que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos, insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y

desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante"... y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfruta. (López García de Madinabeitia, 2011)

Por otro lado, se entiende que las estrategias de afrontamiento del duelo, son una serie de “habilidades de afrontamiento o tipos de afrontamiento” (acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentarse a la situación) se estableció dos tipos, aquel centrado en la emoción y aquel centrado en el problema. En el primero se busca regular la emoción causada por el estrés y en el segundo se intenta manejar el problema que lo origina.

El duelo y la trascendencia

Autores como Melanie Klein, C.G. Jung, L. Grimberg, y J. Bowlby tratan el duelo tomando como la principal característica de este modelo es casi su exclusivo hincapié en el mundo intrapsíquico de la persona en duelo y, sobre todo, por su percepción subjetiva de un mundo que se siente en peligro de colapsar, ya que, según todos ellos, el proceso del duelo dependerá de estas interpretaciones personales que de la realidad exterior. (Guillem Porta, Romero Retes, & Oliete Ramírez, 2008)

Por su parte, Freud describiría el duelo como un doloroso estado de ánimo, en el que cesaba el interés por el mundo exterior, en cuanto no recordaba a la persona fallecida. Como consecuencia, surge la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, porque ello equivaldría a sustituir al desaparecido, y llevaría al alejamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. El dolor del duelo sería la consecuencia del deseo de reunión con el fallecido y la ansiedad inicial se debería a una ausencia de la persona amada. Aunque esta inhibición y restricción del Yo era la expresión de la entrega total al duelo, olvidándose de otros propósitos e intereses, Freud creía que era necesario dejar pasar un cierto tiempo, antes de poder volver a sentir el mandato de la realidad.

Esta, devolvería al Yo la libertad de su libido, que podría así desligarse del objeto perdido y dirigirse a otro objeto. Afirmaba, que, aunque todo este proceso llevaba cierto tiempo, la desaparición de los síntomas no dejaría tras de sí grandes modificaciones en el sujeto, hecho éste, que hoy en día nadie estaría dispuesto a admitir, y que un gran número de estudios experimentales han desmentido sin lugar a dudas. La sociedad española de cuidados paliativos define el duelo como “el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la muerte de un ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por esa pérdida” (Guillem Porta, Romero Retes, & Oliete Ramírez, 2008)

Erich Lindeman, consideraba el duelo como un síndrome o conjunto de síntomas, cuya evolución podría variar en función del tipo de pérdida y de las experiencias previas del duelo.

Describió las características del duelo normal como:

1. Algún tipo de malestar somático o corporal
2. Preocupación por la imagen del fallecido
3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte
4. Reacciones hostiles
5. Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida
6. Parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta (Vicente

Guillem Porta)

Por otro lado, el duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue ante cualquier pérdida. (Bautista, 2014). Dentro del duelo se mencionan varios tipos, los cuales son:

Duelo anticipado: se da antes de que la muerte haya ocurrido

Duelo sin resolver: significa que la fase de duelo sigue presente

Duelo crónico: es un duelo sin resolver, no remite con el paso del tiempo y dura varios años.

Duelo ausente: la persona niega que los hechos hayan ocurrido

Duelo retardado: su inicio se da al cabo de un tiempo

Duelo inhibido: hay una dificultad de la expresión de los sentimientos

Duelo desautorizado: ocurre cuando el entorno que rodea a la persona no acepta el duelo de esta

Duelo distorsionado: se manifiesta como una fuerte reacción desproporcionada en cuanto la situación.

De las teorías mencionadas, se profundiza la del psicoanalista Sigmund Freud para quien el Duelo es un doloroso estado de ánimo, es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." No lo considera un estado patológico, se lo supera pasado cierto tiempo "y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo". Freud caracteriza al duelo por el talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior en todo lo que no recuerde al muerto, la incapacidad o limitación para el trabajo productivo. Fácilmente se comprende nos dice Freud "que esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses".

Etapas del duelo según Sigmund Freud

1ª etapa: reconocimiento de la pérdida (Freud): Consiste en el reconocimiento de la pérdida; cuya aceptación es imprescindible, pues "la negación de la pérdida - nos puntualiza Paz- conlleva la imposibilidad de todo desarrollo siguiente y puede llegar a afectar gravemente el contacto y el reconocimiento de la realidad". (Paz, 1993)

2ª etapa: sobreinvertimiento y retiro de cargas: Consiste en el paulatino desligamiento libidinal del objeto perdido. "Este proceso consiste en la sobrecarga de los

recuerdos y vínculos tenidos con el muerto, alternando con momentos de retiro de estas cargas". (Paz, 1993)

3ª etapa: aceptación pérdida e identificación: En esta tercera etapa que Freud describe en Duelo melancolía, el objeto perdido es incorporado al Yo y se mantiene allí mediante una identificación. Aquí Paz señala que, aunque este proceso ha sido aceptado por la mayoría de los psicoanalistas, "el propio Freud no estaba totalmente convencido de la acción del mecanismo de la identificación con el objeto perdido como término de esta etapa del duelo" (Paz, 1993).

4ª etapa: el yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones: Es la fase de resolución del trabajo de duelo, cuando se produce "la reconexión con el mundo objetal y la reaparición de las posibilidades de investir nuevos objetos", quedando el Yo libre y exento de inhibiciones (Paz, 1993).

Freud la caracteriza así: "El duelo normal vence sin duda la Pérdida del objeto...la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto perdido". En la mujer, este proceso de duelo por la pérdida de su hijo, no sólo está matizado por el contexto en el que ocurre la muerte del bebé, sino también por las experiencias pasadas, la causa de la muerte y las expectativas a futuro, es una madre a la que se le frustran sus planes, una vida de un hijo que no será vivida, unos primeros pasos que no serán dados, las prendas que no serán

usadas, un vientre vacío, una cuna vacía, dos brazos vacíos, un amor que se queda en el pecho de esa madre a la cual esta vez no pudo vivir una maternidad (Martínez Verdú, 2018).

La maternidad

La maternidad ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, lo cual ha provocado que se relacione la palabra mujer con el hecho de ser madre. Sin embargo, desde una posición feminista, esta postura ha sido debatida, ya que se considera inexistente la relación mencionada anteriormente, pues esta se entiende como una representación cultural (Marrades Puig, 2002). Por lo tanto, la maternidad ha sido asociada a uno de los periodos de la mujer, que simboliza su esencia como dadora de vida y como el ser en quien germina y se desarrolla una nueva existencia.

No obstante, desde otro punto de vista se ha planteado que la maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género. Este imaginario tiene actual-mente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal. (Knibiehler, 2001).

Además, se entiende que la maternidad es un término que se encuentra en permanente evolución y en el cual incide tanto factores culturales como sociales, los cuales lo han relacionado con las definiciones de mujer, procreación y crianza (Molina, 2006). Es por ello que, si se analiza desde un contexto histórico, la figura de la maternidad ha estado presente en todos los momentos y culturas, teniendo una connotación marcada en el origen de la vida y la preservación de la existencia.

Por lo tanto, el proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos (Palomar Vereza, 2005).

De forma que, la maternidad encierra en sí mismo, un conjunto de raíces históricas, sociales, culturales y biológicas que infieren en la mujer para asumir este rol y la misión vitalicia que supone ser madre, entendido como un proceso evolutivo físico y emocional en el que una mujer transforma su esencia y cosmovisión de la vida, a partir de los cambios que experimenta desde todos los ámbitos de su existencia.

Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud – OMS, ser madre comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque

la maternidad a menudo es una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Otros autores infieren que, la maternidad ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, lo cual ha provocado que se relacione la palabra mujer con el hecho de ser madre. Sin embargo, desde una posición feminista, esta postura ha sido debatida, ya que se considera inexistente la relación mencionada anteriormente, pues esta se entiende como una representación cultural (Barrantes Valverde & Cubero Cubero, 2014).

De manera que, es un patrón de conducta a seguir que se le ha atribuido a toda mujer desde la sociedad primitiva, dándosele a dicho patrón de conducta características específicas según lo impuesto por la cultura, la sociedad y el momento histórico que se atraviesa (Barrantes Valverde & Cubero Cubero, 2014).

Por consiguiente, la maternidad es una decisión de vida que culturalmente trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre. También es un conjunto de acciones realizadas a favor de la mujer en época de gestación, nacimiento de la nueva persona, cuidados posteriores, atención y ayuda al nacido (Familiaquéesyquénoes, 2019).

Familia

El concepto de familia abarca una pluralidad de connotaciones por lo requiere ser descrito desde diversos puntos de vista y perspectivas, tal y como se presenta a continuación:

Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, Carbonell, & González Martín, 2012, p.4). En este sentido, los autores infieren que la familia se el espacio de desarrollo social que facilita a sus integrantes convivir, conocer, interpretar y explorar los diversos contextos de la vida, así como los roles que puede llegar a desempeñar desde el ámbito interpersonal y desenvolvimiento en comunidad.

En contraste con lo anterior y en un sentido aparentemente amplio, pero realmente restringido desde el aspecto de los vínculos que le sirven de factor integrador, “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere” (De Pina Vara, 2005, p. 287). Por su parte, esta concepción acerca más a la familia como el núcleo de personas que comparten una línea generacional, lo cual estrecha los lazos entre sus miembros y fortalece las relaciones.

La familia está presente en la vida social. Es la más antigua de las instituciones humanas y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, “la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra” (Gustavikno E., 1987, p.13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también otorga una definición e indica que; “la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento

o por elección en un hogar y una unidad doméstica..., es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud” (OMS, 2004).

Sentido de la culpa

El sentido de la culpa se concibe como una oportunidad de cambio, muy ligada al arrepentimiento, que permite el reconocimiento de los errores y la liberación de la culpa a través del cambio, por lo tanto, desde la óptica de Frankl la culpa es dignificada, y se la entiende como un recurso liberador, algo propio del ser humano que está al servicio de su desarrollo y superación personal. Según (Pinto, 2013) el sentido de la culpa implica por tanto un cambio de actitud hacia sí mismo, la posibilidad de tomar conciencia de los actos, de la libertad del ser humano y la responsabilidad mutua que ello supone. De esta manera el sentido de la culpa bien podría decirse que favorece la relación con los demás y la visión que el hombre tiene de sí mismo ya que lo motiva a cambiar y a mejorar.

Sentido de la muerte

Para Frankl (citado en Mena, 2000, p. 172) “la finitud del hombre debe también contribuir a dar sentido a la vida más que quitárselo” por lo tanto el sentido de la muerte es precisamente el que le da valor a la vida, dado que el hecho de pensar en la muerte y en una vida cuyo límite llegara en algún momento, motiva a la persona a disfrutar de ella, a no postergar sus deseos, aspiraciones y motivaciones. De este modo, la muerte representa un límite inevitable del futuro del hombre y es por esta razón que se ve obligado a aprovechar el tiempo de vida y no

desperdiciar las oportunidades que esta le presenta. La actitud hacia la muerte se convierte entonces en aquello que le da sentido a la vida permitiendo que el ser humano sea más consciente de su responsabilidad frente a esta por el hecho de que solo se vive una vez, situación que sería diferente ante la inmortalidad.

En su libro *el hombre en busca de sentido* Frankl (1991), hace referencia sobre la transitoriedad de la vida y argumenta sobre la importancia de ser activista y positivo, ya que el ser humano debe ver su pasado como un camino que se ha ido construyendo hacia la sabiduría concibiendo las realidades de su pasado como una riqueza y no solo ante la realidad del trabajo hecho o el amor amado sino también de los sufrimientos sufridos valientemente, que en su conjunto hacen parte de su realidad, de su pasado, y sus aprendizajes.

De esta manera, de acuerdo con la teoría de Frankl, es posible encontrar el sentido de la vida incluso en las situaciones más críticas de la existencia, situaciones como la muerte, una enfermedad crónica como el padecimiento de osteosarcoma y otro tipo de circunstancias que no se pueden cambiar, y que no tienen solución, no dejan más remedio que aceptarlas y tomar una actitud positiva ante estas, donde se destaquen aquellas cosas productivas y significativas, dándole incluso un sentido a la muerte en la medida en que es esta precisamente la que le da valor a la vida y a cada momento de la existencia.

Proyecto de vida

El proyecto de vida articula la identidad personal-social en las perspectivas de su dinámica temporal y posibilidades de desarrollo futuro. Se comprende, entonces, como un sistema principal de la persona en su dimensionalidad esencial de la vida. Es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada.

En el proyecto de vida se articulan funciones y contenidos de la personalidad, en los campos de situaciones vitales de la persona, como lo son:

Valores morales, estéticos, sociales, etc...

Programación de tareas-metas-planes-acción social

Estilos y mecanismos de acción que implican formas de autoexpresión: integración personal, autodirección y autodesarrollo (D'Angelo Hernández, 2000).

Asímismo, el proyecto de vida -entendido desde la perspectiva psicológica y social- integra las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación por las relaciones entre la sociedad y el individuo. Es una estructura psicológica que expresa las direcciones esenciales de la persona, en el contexto social de relaciones materiales y espirituales de existencia que determinan una sociedad concreta, es el proyecto de vida la estructura que expresa su apertura hacia el dominio del futuro, en sus

direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad (D'Angelo Hernández, 2000).

La formación para el desarrollo integral de los proyectos de vida supone, efectivamente, la interrelación de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del individuo en la perspectiva de la configuración del campo de las situaciones vitales bajo el prisma crítico-reflexivo-creativo de su acción en las diferentes esferas de la vida social.

La proyección personal y social constructiva y desarrolladora es la expresión del ser y hacer de un individuo armónico consigo mismo y con la sociedad, con una conciencia ética ciudadana para la responsabilidad, la libertad y la dignidad humana.

En este contexto, la propuesta de desarrollo integral del proyecto de vida presta una atención especial a las áreas de autoexpresión y autodesarrollo, relaciones interpersonales, relaciones sociales y vida profesional. El desarrollo integral está vinculado a una intención propiciadora de la construcción de proyectos de vida con fundamentos críticos, reflexivos y orientados a la autorrealización personal en un contexto de dignidad y plenitud ciudadanas. La configuración, contenido y dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la

perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

Para comprender las características de la formación de los proyectos de vida en cada etapa de la vida resulta particularmente útil la ayuda de la noción de “situación social de desarrollo”, introducida por Vigotsky, que es retomada y desarrollada por L.I. Bozhovich y colaboradores. En esta noción se expresa el vínculo entre las condiciones de vida del individuo, en una etapa vital dada, y sus particularidades psicológicas, lo que condiciona la dinámica del desarrollo psicológico.

Resiliencia

Una vez superada la fase de duelo y superado las etapas de afrontamiento del mismo, es importante abordar el concepto de la resiliencia, la cual se conoce como la capacidad para soportar las crisis y adversidades en forma positiva, logrando recobrase. El término proviene de la física. Se aplica a la elasticidad de un material o cuerpo físico que tiene la capacidad de resistir golpes, choques o impactos fuertes, y volver a su forma original. La resiliencia es más que la aptitud de resistir a la destrucción, preservando la integridad en circunstancias difíciles, es la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano. No es sólo sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia derivada de las situaciones adversas para proyectar el futuro (Pereyra, 2011).

La traducción de la expresión inglesa del término resiliencia corresponde a “entereza”, es decir, a la fortaleza o resistencia para salir airosos de las pruebas o golpes. La psicología ha tomado este concepto de la física para identificar los procesos, fundamentos y condiciones que ayudan a los individuos y familias a enfrentar con éxito la adversidad. Es percibir los problemas desde sus posibilidades de superación y de la reparación. “Este enfoque se funda en la convicción de que el crecimiento del individuo y la familia puede alcanzarse a través de la colaboración de la adversidad” (Wash, 1998) citado por (Pereyra, 2011)

“La resiliencia es la capacidad humana para enfrente, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 1999).

Marco contextual

La presente investigación, se realizó con mujeres procedentes del municipio de La Unión, Valle del Cauca. Este municipio cuenta con una población demográfica de 46.878 habitantes registrados hasta el año 2019 teniendo en cuenta en estas cifras niños, niñas, mujeres hombres y personas que actualmente residen en el municipio sin ser su lugar de nacimiento.

La Unión-Valle se encuentra ubicada en la región norte del departamento del Valle del Cauca, ubicado en la ribera occidental del Río Cauca y entre la cordillera Occidental y la cordillera Central.

El municipio de La Unión-Valle es catalogado como “la capital vitivinícola de Colombia”, contando con una agricultura ampliamente diversa, donde se cultiva en gran cantidad, toda clase de frutas tropicales.

La Unión limita geográficamente, al norte con el municipio de Toro-Valle, al sur con Roldanillo-Valle, al oriente con el Río Cauca y los municipios de La Victoria y Obando-Valle y por último al occidente con El Dovio y Versalles-Valle.

Dentro de la población de mujeres se encuentra que los rangos de edades donde comúnmente inician un embarazo es a la edad de los 17 a los 29 años, donde según información encontrada la pérdida perinatal registrada en estudio son 8.453 casos a nivel nacional, en el valle del cauca un aproximado de 101 a 113 casos por semana y en el municipio de La Unión Valle se registran un aproximado entre 19 a 25 casos por mes, en todas las índoles por negligencia, morbilidades multiplex, desnutrición, otros. Permitiendo de esta manera observar un alto porcentaje de registros reportados según base de datos estadísticas del Hospital principal Gonzalo Contreras en el año 2019, los cuales no cuentan con estudios sobre las estrategias que han empleado los miles de mujeres que han tenido una pérdida perinatal y como han vivenciado el duelo y que apoyo han tenido de parte de diferentes entidades del estado.

Metodología

Tipo de investigación: Cualitativa

Este estudio empleó una metodología de tipo cualitativa, ya que permite reconstruir la realidad tal como la observan los actores desde su propio sistema social (Hernández, 2006) a través de las narrativas de sus perspectivas y sus experiencias. De esta manera y teniendo en cuenta que no se pretende la manipulación de variables ni la medición de un constructo como tal, este enfoque posibilita obtener una mayor cantidad de información acerca de cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal, así como de aquellos factores que se ven implicados en la construcción del mismo.

Como toda investigación ya sea de enfoque cualitativo o cuantitativo, tiene dos centros básicos. Partiendo del hecho que se deben establecer objetivos, que a veces, están orientados a solucionar un problema (Martínez, 2006), estos dos centros son:

1. Recoger toda la información necesaria y suficiente para alcanzar los objetivos, o solucionar ese problema
2. Estructurar la información obtenida de forma coherente y lógica

Se puede decir entonces, que la metodología cualitativa, busca obtener toda información posible y necesaria, ya sea a través de entrevistas o inclusive instrumentos, dirigidos a familiares, testigos, amigos, compañeros, vecinos, entre otros.

Como diseño, se utilizó el análisis e interpretación de resultados, para el cual Creswell (2005) señala que este diseño, en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos. Lo que se pretende hacer en la investigación es realizar una recolección de datos sobre las experiencias de vida para describirlas y analizarlas.

En el diseño narrativo el investigador debe de recolectar los datos sobre las experiencias de los sujetos investigados, para descubrirlas y analizarlas. Para obtener los datos se tendrá en cuenta autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos, materiales personales y testimonios. Por lo tanto, la tarea del investigador es analizar diversas cuestiones como: historias de vida, pasajes, acontecimientos, el tiempo en el cual la persona o grupo vivió los sucesos.

Se hace necesario resaltar que la presente investigación se aloja a la categoría B del grupo de investigación llamado *esperanza y vida*, logrando ubicarse dentro de su categoría resiliencia y contexto psicosociales ya que el proyecto presentado tiene dentro de los objetivos cuales estrategias de afrontamiento utilizaron para replantear su proyecto de vida y así lograr una reevaluación positiva después del suceso (perdida).

Debido al método e instrumento utilizado para recolectar la información el criterio epistemológico corresponde al histórico hermenéutico el cual no pretende controlar las variables,

ni observar fenómenos en un entorno artificial, por el contrario, busca una interpretación de los motivos internos de la acción humana y los fenómenos reales.

Fuentes de información

Para la recolecta de información se tuvieron en cuenta las narrativas de las tres (3) participantes cuyas características son las siguientes

- Las participantes oscilan en un rango de edades entre 20 y 40 años
- Son mujeres que tuvieron una pérdida perinatal
- Su proceso de gestación fue de más de 20 semanas
- Mujeres residentes de la Unión-Valle
- Pérdida perinatal: mayor a cinco años

El instrumento elegido, va dirigido a las mujeres que tuvieron pérdida perinatal.

Instrumento

Para la recolección de información se empleó la entrevista semiestructurada, dirigida a las mujeres participantes, las tuvieron pérdidas perinatales. La entrevista se grabó en audio para obtener una mayor calidad de la información al momento de hacer la sistematización y el análisis de los datos obtenidos.

Por su parte la entrevista semiestructurada, según Hernández Sampieri, (2010) “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”.

Según Oscar Elizalde en La Maldita Tesis (Elizalde, 2018), el autor Bernard (1988), considera que “las entrevistas semiestructuradas se utilizan mejor cuando el investigador no tendrá más de una oportunidad de entrevistar a alguien...” (parr. 3). Las entrevistas semiestructuradas, presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz, 2013).

Uno de los beneficios de la entrevista semiestructurada, es que las guías de preguntas se elaboran con anticipación, permitiendo que el entrevistador esté preparado. Así mismo como la entrevista semiestructurada es más informal, permite a los informantes expresar libremente sus opiniones y en sus propios términos (Elizalde, 2018). Este tipo de entrevistas brinda la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalidades (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz, 2013).

Como tal, el eje narrativo principal de los instrumentos, va dirigido a identificar los aspectos que influyen en la construcción de la forma en que logran construir proyecto de vida a partir del duelo por pérdida perinatal. Para tal fin se tienen en cuenta unas preguntas orientadoras que

guiaran la entrevista semiestructurada, las cuales están validadas teóricamente a través de la denominada categorización y triangulación basada en el modelo de Cirsterna (2005), a partir del cual se identifican categorías y subcategorías, las cuales son elaboradas a partir de los objetivos planteados, y se incluye la fundamentación teórica para las categorías y subcategorías así como las preguntas que surgen a partir de la revisión teórica (Anexo). A su vez las preguntas orientadoras fueron sometidas a juicio de expertos, las cuales fueron corregidas y validadas por los profesionales en psicología: Jhoana Molina, Mariela Victoria Aguilar

Finalmente, se considera apropiado emplear estos instrumentos, dado que permiten tener un mayor acercamiento a la experiencia de las mujeres con pérdida perinatal, desde sus propias construcciones y sus perspectivas, ya que moviliza a cada uno de los participantes hacia una reflexión retrospectiva sobre sus vivencias, y permite obtener interpretaciones y significados que los sujetos dan a su propia experiencia.

Procedimiento

El proceso de recolección de información se considera uno de los pasos más importantes dentro del proceso de investigación, ya que permite obtener datos acerca de las personas, comunidades, contextos entre otros a partir de sus propias formas de expresión, “al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos, y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes ya sea de manera individual o grupal” pagina

583(Hernández et al, 2006). De allí que para esta investigación la obtención de información se dé a partir de la grabación y las verbalizaciones con el fin de captar la información de los participantes mostrando sus propias perspectivas construidas a partir de las vivencias y experiencias dadas ante el duelo de perdida perinatal. Los hallazgos del proceso de investigación requieren de la respectiva triangulación con la teoría previa y los hallazgos e interpretaciones propias del investigador.

Fase 1. Estructura base: Como primera fase de este proyecto de investigación se realizó la construcción de la pregunta que cumpliera con los criterios de la investigación cualitativa, así como la definición del objetivo general y específicos.

Fase 2. Teórica: En esta fase se desarrolló el marco teórico, donde se traen a colación todas las teorías postuladas que tienen que ver con las estrategias de afrontamiento, perdida perinatal, muerte perinatal, duelo, proceso de duelo, maternidad y proyecto de vida.

Fase 3. Metodológica: Elección del diseño y el alcance de la investigación, es una investigación de tipo cualitativa el diseño es narrativo ya que lo que se pretende hacer es una recolección de datos sobre las experiencias de vida para describirlas y analizarlas, los datos se recolectaran a través de una entrevista semiestructurada.

Fase 4. Aplicación: Teniendo en cuenta los componentes individuales de cada una de las mujeres se crea una entrevista semiestructurada que sirvan como herramienta para conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas en tres (3) mujeres entre 20 y 40 años de

edad frente al duelo en la construcción de su proyecto de vida ante la pérdida perinatal, la entrevista es aplicada de forma presencial, teniendo como requisito contar con todos los protocolos de bioseguridad solicitados por la emergencia sanitaria.

Fase 5. Análisis y recomendaciones: A partir de los resultados obtenidos se logra comprender las estrategias de afrontamiento que emplean las tres mujeres al haber vivido la pérdida perinatal, como vivencian el duelo y por último como retoman su proyecto de vida, de esta manera hacer las recomendaciones ya sea a nivel personal, familiar, social, educativo o a entidades de salud; con ello se finaliza el documento escrito o informe final del trabajo de grado.

Fase 6. Difusión de resultados: Los resultados obtenidos en esta investigación serán compartidos a la comunidad educativa y agentes cercanos, a través de la sustentación, como parte del proceso de formación académica, además estará disponible vía digital en el repositorio de la universidad

Aspectos éticos

De acuerdo a la ley 1090 del 2006 (código deontológico del psicólogo en Colombia) se diligenció el respectivo consentimiento informado con los participantes en el estudio, haciendo énfasis en aspectos como guardar la confidencialidad de sus datos, la libertad de participar o no en la investigación y garantía de que no se correrán riesgos ni posibles daños, en referencia a la ley 8430 que establece los requisitos para el desarrollo de la investigación en Colombia, se considera que esta investigación es:

Investigación Sin Riesgo: Son investigaciones donde se emplean técnicas y métodos para recolectar las narrativas y experiencias de los participantes y que no implican ninguna intervención o modificación de las variables o fenómenos estudiados, basándose en el estudio de historia clínicas, entrevistas y observaciones, sin que se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de cada una de las participantes.

Procurando una mejor comprensión de los resultados y con la finalidad de mantener la confidencialidad de los participantes de la investigación, se procedió a la construcción de un código que permitiera la identificación clara de los participantes, con la información necesaria para el análisis sin vulnerar su privacidad y confidencialidad. A continuación, se presentarán una tabla de caracterización y una tabla las respuestas dadas por las participantes, cabe mencionar que cada una cuenta con un código de identificación los cuales son:

Para la participante número 1: D.40.5

Para la participante número 2: L.29.5

Para la participante número 3: D.22.7

Tabla 1

Caracterización

Iniciales del participante		Edad cronológica	Caracterización
1	D.40.5	40	Participante la cual su lugar de procedencia es el municipio de la unión del departamento del valle del cauca; perdida perinatal a sus 6 meses de gestación, un hijo deseado, planeado y anhelado; familia en conformación nuclear integrada por 3, papa, mama e hija de cinco años de edad, motivo de la perdida “eclipse de luna
2	L.29.5	29	Participante la cual su lugar de procedencia es el municipio de la unión del departamento del valle del cauca; perdida perinatal a sus cinco meses de gestación, un hijo anhelado y deseado, familia en conformación nuclear integrada por cuatro (4) papá, mamá e hijos de 12 años y 3 años de edad, motivo de la perdida “malformación genética”
3	D.22.7	22	Participante la cual su procedencia es el municipio de la unión del departamento del valle del cauca, participante que indica tener una perdida perinatal a sus 7 meses de gestación, tuvo un embarazo gemelar, deseado y anhelado a sus 17 años; la perdida perinatal se dio por “negligencia médica”, está perdida la dejo con un profundo dolor, después de la perdida continuo con su proyecto de vida.

Fuentes: Elaboración propia

Tabla 2

Respuestas

Objetivo	Categoría	Subcategorías	Referente Empírico
<p>Identificar en qué fase del duelo se encuentran las tres (3) mujeres que tuvieron la pérdida perinatal.</p>	<p>Duelo</p>	<p>Tipos de duelo</p> <p>Etapas del duelo</p> <p>Duelo perinatal</p>	<p>D.40.5</p> <p>“No, pues fue muy duro, porque me encerré en la casa porque supuestamente tenía que cuidarme como si fuera la dieta del bebé, y yo comencé a cuidar y todo y a los 15 días yo dije no, yo que hago aquí encerrada ¿dónde está mi hijo, donde está aquí no tengo nada? y entonces me fui para la calle a andar la calle y pues me iba para donde mi mamá y para donde la familia y así, pero después llegaron las consecuencias quede enferma de los oídos porque con mi primera hija me había cuidado me había hecho el sahumero y todo eso, pero con el segundo no me cuide. Quedé enferma, tenía 35 años cuando tuve la perdida y a mi primera hija la tuve a los 28”</p> <p>L.29.5</p> <p>“Fue bastante difícil porque ya tenía cinco meses y era una realidad, lo estábamos esperando con muchas ansias, pero por cosas de Dios será que lo perdí”</p> <p>D.22.7</p> <p>“La verdad fue algo demasiado difícil, yo considero que fue lo peor que me ha pasado en mi vida, yo planeo y deseo a mis hijos a muy temprana edad y todo se hizo bajo observación médica y quede en embarazo a los 17 años y a los 18 años los tuve, quede en embarazo de gemelos y desde el primero momento yo fui feliz, yo recibí el apoyo de toda mi familia y de la familia del papá de los niños, mis bebés han sido lo mejor que me ha pasado en la vida, tuve un embarazo muy</p>

<p>Indagar cuál era el proyecto de vida de cada una de las mujeres antes de la</p>	<p>Estrategias de afrontamiento</p>	<p>Estrategias de afrontamiento</p>	<p>que iba a quedar vivo, cuando el niño empezó como a convulsionar y yo empecé a gritar: “salven a mi bebe, déjenme aquí, no me hagan nada a mí pero sálvenme a mi bebe, sálvenlo por favor” y se me acerca un enfermero y me dice “mamá eso hacen los bebes cuando se están muriendo” y el niño se dejó de mover y yo sentí que el mundo se me acababa, yo sentí como si estuviera en un cuarto negro, yo sentí que la vida se me apagaba junto con la de mis hijos, empecé a llorar y a gritar en la cesárea que fue tanta la impresión que yo me senté y cuando me senté de una me durmieron, me desperté cuando estaba en recuperación, no entendía muy bien lo que había pasado y me decían que me tenía que hacer presión en el abdomen para expulsar la sangre y yo solo me sobaba el abdomen como si mis bebes estuvieran ahí todavía, hasta que vino un médico y me hizo duro y empecé a expulsar sangre, me pasaron para la habitación y mi mamá estaba ahí, estaba desconsolada, se le veía la tristeza en los ojos, y yo no hablaba solo le dije que me prestara el celular para escribirle a alguien y para llamar a Alejandro, a decirle lo de los bebes, lo llame y estaba llorando y le dije amor yo salí bien de la cirugía pero mis bebes no están ya conmigo y él me dijo si mi reina ya sabia y hablamos un momentico y ya, me acuerdo que solo miraba la pared y sentía que yo estaba como en otro mundo, al otro día llego Alejandro, y mi papá y mis abuelas, mi suegra, mi hermano y llegaron a visitarme y a llevar el cajoncito donde se iban a llevar a Jacobo y Emmanuel, yo me levante pero yo me acuerdo que yo era desmadejada y el cuerpo como que no me respondía bien, me baño mi mamá y yo le dije “mami yo me quiero maquillar para que alejo me vea linda” mi mamá me ayudo a maquillarme y me acosté y no hable más, solo miraba una pared y no más, le dije a alejo que si íbamos a ver los bebes y él me dijo que no; entonces yo a mis hijos no los vi más, solo en la cesárea y ya, el papá dijo que los dejáramos</p>
--	--	-------------------------------------	---

	<p>Proyecto de vida</p>	<p>La maternidad como proyecto de vida</p>	<p>eclipse de luna yo Salí ese día porque el (esposo) me dijo mine vamos que le voy a comprar una casa Salí por allá y me fui para donde mi mamá y mi mamá me dijo usted que hace aquí y yo le dije “como así mami” me dijo no ve que hoy hay eclipse hija mine para la casa y ya comencé enferma y enferma como si tuviera dolores menstruales un dolor bajito y eso fue viernes sábado domingo a lunes me fui para donde el medico que me estaba atendiendo que era doctor morales y me dijo “no, parece como que está creciendo y los piecitos los tiene muy largos y le toca la vejiga y a usted le dan ganas de estar en el baño, pero de todas maneras le voy a mandar esta ecografia y fui a sacármela y entonces me dijo “usted vino sola y yo le dije si yo vine sola entonces me dijo no pero es que aquí se ve algo y yo le dije no pues que más se va a ver doctor no ve que allá se cómo un pescadito cuando se muere que se sube para encima”, así navegaba y navegaba entonces me dijo “que pesar tenérselo que decir a usted pero el niño se le murió a las cinco de la mañana y ya vallase para cirugía para que le hagan todo el procedimiento y le hagan un grado” y me lo hacían al otro día y me vine pensando que la niña estaba estudiando y que había salido y quien me la recogía si nadie sabía entonces ya me vine y ya ella me tenía una carta para el hermanito que había hecho en la escuela y yo me agarre a llorar entonces me dijo “¿mami por qué llora?” y yo le dije “porque su hermanito se murió y me pregunto que donde estaba y yo le dije aquí lo tengo” y me toco dormir toda esa noche con el muerto para el otro día y el esposo mío lloraba y lloraba que por qué y me decía “vallase; vallase como así usted porque va a estar aquí si usted tiene que estar es en el hospital para que le hagan todo ese procedimiento” yo le dije “no a mí me mandaron para la casa mañana voy” y verdad lo tuve tres cuatro días y yo no tengo trabajo de parto entonces me pusieron droga y nada no me daban dolores ni nada y entonces ya me pusieron fue un</p>
--	--------------------------------	--	--

			<p>ginecólogo ahí al pie al pie por si me daba algún dolor y no nada entonces una ginecóloga llego al otro día ya ella si se puso ahí y me ayudo me metió la mano por allá y lo alcanzo a coger entonces a mí me pusieron un poco de ropa por los lados pues ósea como pañales y yo no sé qué entonces yo pregunte, qué porque me ponían todo eso y resulta que a mi mamá y a él ya los habían hecho firmar por si me daba una hemorragia y me moría por eso entonces la ginecóloga me metió la mano y lo saco y lo puso en la ventanita por si me daba algún dolor lo votara y claro me dio como una contracción y hay mismo lo vote y no, no me dio hemorragia ni nada, yo lo vi lo toque pero todavía era como babosito y me dijeron que no que si quería me lo echaban en un frasco y yo dije que no y después el doctor morales hablo connmigo y me dijo que si lo iba a llevar a hacerlo enterrar o que si lo cremaban con la placenta y todo eso así entonces yo le dije “que sí, que lo cremaran y no llevármelo para allá para el cementerio porque igual allá hacen un huequito así y van y lo tiran”, cuando lo toque me dio mucha tristeza de todas maneras porque pues era mi hijo que lo estaba anhelando de todas maneras porque ya tenía la niña y quería el segundo.</p> <p>L.29.5 Hace mucho tiempo mis abuelos y unas tías, pero cercano a ese episodio no y es muy diferente el amor de un abuelo al de la espera de un hijo.</p> <p>D.22.7 Muy pocas perdidas y la verdad no son ni un cuarto de parecido a la de un hijo</p> <p>D.40.5 Tengo una hija de 23 años se llama Lorena, vivimos las dos solas, hace casi cuatro años me separe de mi esposo el papá de Lorena.</p> <p>L.29.5</p>
--	--	--	---

			<p>Actualmente mi esposo, mi hijo mayor de doce años y tengo un bebé de dos años.</p> <p>D.22.7</p> <p>En este momento no tengo hijos, después de la perdida de los niños también tuve dos perdidas y todavía deseo tener hijos. Mi familia está constituida por mi mama, hermano, papa, abuelos etc...</p> <p>D.40.5</p> <p>Fue más sano que el de la niña me engorde no me dieron maluqueras, me dio por comer, me antojaba en cambio con ella maluqueras y maluqueras casi me muero, él bebe iba bien y tuve mucho apoyo de mi familia y esposo</p> <p>L.29.5</p> <p>Todo fue muy bien hasta que me hicieron una ecografía y él bebé venía con una malformidad y entonces él tenía un hidroma quístico y es un abultamiento al lado del cuello al lado de la Horta, el médico le dio muy pocas posibilidades de vida, pero que también habían casos que eso se reabsorbía y podía nacer bien y nosotros confiamos de que fuera así y a los cinco meses cumplidos me mandaron para Cali a una cita y me hicieron la ecografía y ya había muerto y según el médico él bebé hacia 3 días ya estaba muerto, es muy duro porque uno ir a que le digan que él bebe va bien que va a mejorar y cuando me dijo que estaba muerto fue horrible.</p> <p>Fue un embarazo feliz, mi ropa materna, yo le tenía cosas y hablábamos de nombres y cuando nació el medico nos dijo que iba a ser niña, entonces ahí fue un poco más duro porque yo toda mi vida he anhelado una niña, a mí me fascinan las niñas, me encantan y bueno tuve dos niños, pero dios sabe cómo hace sus cosas.</p> <p>D.22.7</p> <p>fue algo hermoso desde el primer día que me di cuenta que estaba en embarazo fui feliz, me acuerdo que cuando me hice</p>
--	--	--	--

			<p>la prueba casera yo me arrodille y le decía a Diosito Gracias, el papá de los niños lloraba de la felicidad, después le conté a mi familia y recibí un gran apoyo, después me di cuenta que eran gemelos, yo quede en shock y mi pareja era el que preguntaba que como estaban y se veían ya grandes y se movían, es una imagen que tengo en mi mente que no se olvida, salimos de la eco y le dimos la noticia a las mamás de cada uno de los dos y no lo podían creer y en mi casa me estaban esperando mi familia a ver que como me había ido en la eco y yo hice una rifa del que adivinara de cómo me había ido y todos decían el sexo del bebe hasta que mi tío dijo “Nana son gemelos” y cuando él dijo eso yo me puse a llorar porque fue como cuando caí en cuenta que iba a ser mamá de dos bebés y desde ese día el proceso fue mucho más lindo, toda mi familia acepto a esos bebés y me seguían todos los caprichos, la verdad yo siento que ese embarazo ha sido la mejor etapa de mi vida y de armonía en el hogar y todo, sentí tanto apoyo por parte de todas las personas que me rodean, la verdad fue algo muy especial que tal vez muy pocas mujeres viven algo así.</p> <p>D.40.5 Hace 16 años</p> <p>L.29.5 Hace 5 años</p> <p>D.22.7 Hace 5 años</p> <p>D.40.5 No, él iba bien</p> <p>L.29.5 Si, tenía una malformidad genética</p> <p>D.22.7 No, no había riesgos, fue negligencia médica porque en los 3</p>
--	--	--	--

		<p>días que estuve maluca yo fui a la clínica y siempre me mandaban para la casa y era que yo ya tenía contracciones y a los niños había que sacarlos rápido para que vivieran.</p> <p>D.40.5 Muy triste porque de todas maneras uno quería tener su otro hijo</p> <p>L.29.5 Todo pasa por algo y si Dios lo quiso así, bueno era un sufrimiento menos para ese bebe, me enfoque que iba a sufrir y no hubiera soportado ver a mi bebe sufriendo entonces, pero igual si me dicen que hubiera seguido vivo y venia así, jamás hubiera pensado en no tenerlo, lo dejaba que naciera y que se hacía todo lo que se le tenía que hacer y por mas enfermedad y todo lo que venga; si Dios lo manda es por algo.</p> <p>D.22.7 Sentí morirme, yo nunca había pasado por momentos así y más al haber vivido momentos tan felices y haber vivido un embarazo tan feliz, nunca me imaginé un final así y yo solo quería que mi vida también se fuera con ellos, yo no quería vivir más y hubiera preferido morirme yo a que ellos se fueran y que hayan quedad tantas personas tristes y con un vacío tan grande por la pérdida de ellos, esta es la hora que en familia todavía se hablan de ellos</p> <p>D.40.5 Era muy pequeño, lo vi en el momento de la extracción y no más.</p> <p>L.29.5 No lo vi, mi esposo si lo vio y no me lo mostraron para no causarme un trauma mayor, me lo iban a entregar para hacerle la sepultura y mi esposo no quiso, porque me decía que era un dolor mayor de estar yendo a la tumba y el médico</p>
--	--	--

			<p>me dijo no que igual lo tenían que llevar ara hacerle el estudio para mirar genéticamente que fue lo que paso y prevenir cosas a un futuro embarazo y se lo llevaron a hacerle estudios; igual yo ya sabía que él bebe venía con algo y me aferre a Dios y si esto paso fue porque así tenía que ser.</p> <p>D.22.7 Los vi en el momento de la cesárea, de resto no los vi nunca más</p> <p>D.40.5 Tuve apoyo de la familia mía y la de mi esposo, amigos, somos muy apoyado y mi esposo me apoyaba mucho y el lloraba mucho porque él quería su hijo.</p> <p>L.29.5 Mi esposo, mis papás, mi familia, el sacerdote y los grupos parroquiales, a la oración, el mensaje de aliento, pero fundamentalmente mis papás y mi esposo, me sentí muy apoyada y mi mamá estuvo todo el tiempo y fue la que estuvo siempre allí conmigo, me sentí muy acompañada, fue muy importante el apoyo que me dieron porque para mí fue muy duro al otro día de haberlo perdido, porque me habían llevado a la unidad de neonatos donde las mujeres están dando a luz y yo escuchar esos llantos de esos bebés y ver que yo lo había perdido, entonces ese fue el momento más duro y fue lo más traumático de perderlo cuando escuchaba ese llanto de los bebés recién nacidos y acabando de perder el mío, fue lo más duro ya después tuve más tranquilidad .</p> <p>D.22.7 Me acompañaba siempre mi mama y es algo que se lo agradeceré toda la vida, mi pareja estuvo todo el tiempo dándome fuerzas, así el sintiera que se estuviera ahogando con su propio dolor; mi abuela estuvo siempre ahí, mi hermano, mi suegra fue muy buena conmigo en ese momento, mi papá también estuvo y mis primos y todo el</p>
--	--	--	--

			<p>resto de la familia compraron juegos de mesa y todos los días venían a jugar conmigo y me entretenían y muchas veces se me salían las lágrimas ahí sentada y ellos eran dándome fuerzas, la verdad tuve mucho apoyo y mi familia se unió mucho más con ese suceso tan traumático y triste para mí y para ellos. Cuando Salí de la clínica una prima me conto que en el momento de la cesárea estaban todos reunidos orando para que todo saliera bien y que cuando mi mama llamo a decir que los niños se habían muerto y que ella escuchaba mis gritos de la sala de cirugía, en mi familia se pusieron a llorar como si hubiera muerto alguien con el que ya se haya compartido.</p> <p>D.40.5</p> <p>Lo que yo hice fue irme para algún lado, me iba para donde la mamá y como una prima estaba embarazada para mí fue duro eso porque ella después tener su hijo y yo ya lo había era perdido entonces fue duro y por ejemplo yo veo la niña de ella y yo digo el mío estuviera así de esa edad, me daba mucha nostalgia ver a una mujer embarazada y a un bebe, yo considero que uno no supera esa pérdida uno siempre está recordando el tiempo en el que quede embarazada ahora en este tiempo que uno dice vea tuviera esta edad, uno no supera, uno aprende a vivir y a llevar el duelo.</p> <p>L.29.5</p> <p>Si, de verdad que sí. Cuando fuimos a buscar el bebé que ahora tenemos sentía siempre como temor y de la mano de Dios y si él nos quiere dar otro hijo bien o si no nos lo da o lo perdemos debemos entender el mensaje que Dios nos da.</p> <p>D.22.5</p> <p>Siento que aprendí a vivir con ese vacío y aprendí a vivir sin mis niños, no considero que se supere porque es algo que nunca se olvida, después de meses entre a estudiar y eso me ayudó mucho.</p>
--	--	--	---

			<p>D.40.5 Actualmente no realizo nada porque ya paso mucho tiempo.</p> <p>L.29.5 Actualmente no realizo nada, hablo del tema con tranquilidad y recuerdo a mi bebé con amor.</p> <p>D.22.5 Actualmente hablo del tema con tranquilidad, aunque muchas veces me quede pensando en eso todo el día, hablo del tema, veo las fotos y los recuerdo con muchísimo amor y el estudio me ayudo demasiado.</p> <p>D.40.5 Las cositas que tenía las regale ligero para no estar mirando</p> <p>L.29.5 En ese entonces mi hermana estaba empezando embarazo de la niña se los di a ella</p> <p>D.22.7 Hubo cosas que se devolvieron a almacenes, lo de estados unidos se devolvió, la cuna se vendió, y regale uno que otro vestido y todavía tengo unos vestiditos guardados, los que tienen mucho significado para mí, que el papá les haya comprado o que mi mamá me lo haya regalado, guarde cositas que tienen significado grande y que cuando tenga un hijo se lo pondré.</p> <p>D.40.5 No, nosotros no le hicimos nada, él bebe se dejó allá para que estudiaran el cuerpo</p> <p>L.29.5 Le oraba mucho al ángel de la guarda, él es mi angelito y siempre lo tenemos presente en la familia como el ángel; y después hicimos el bautizo con el sacerdote como fue un niño no nacido, incluso la monja nos dijo que era una niña y ese</p>
--	--	--	---

			<p>día hicimos el bautizo porque son almas que quedan ahí aunque son ángeles pero como pasaron por esta tierra siempre hay que darles el bautizo e hicimos el bautizo en junio y él bebe lo habíamos perdido en marzo, fue algo muy lindo y es como liberar, es no cargar esa culpa y esa lagrima y ellos nos mostraron videos donde nos mostraban que la lagrima de la madre hace que su ángel este mojado y triste y ya cuando la madre reconoce que está en un lugar hermoso que jamás nadie ha podido estar porque son ángeles directamente porque no tienen que pasar por un purgatorio entonces ya los liberas entonces se siente uno más tranquila y lo hicimos nosotros dos y con eso cerramos el duelo</p> <p>D.22.7 No realice nada</p> <p>D.40.5 La niña, me apegué más a la niña y me dedicaba más a ella y yo decía que no quería más hijos que yo quería dos y tuve dos</p> <p>L.29.5 Me aferre a Dios y tenemos un sacerdote amigo y pertenezco a los grupos de la iglesia entonces el sacerdote me dio mucho la mano de verdad que si, porque si no fuera así hubiera sido muy difícil y el me hizo ver que yo tenía otro hijo que me necesitaba y que más adelante podía tener más hijos, pero siempre le queda a uno ese miedo de que valla y le salga igual y vuelva y lo pierda</p> <p>D.22.7 el apoyo de mi familia y el entrar a estudiar y haber querido salir adelante.</p> <p>D.40.5 Yo no tocaba mucho el tema ni nada y como que quedo ahí y ya me paso eso y ya no más, no sentía necesidad de</p>
--	--	--	---

			<p>desahogarme porque yo todo me lo trago no soy muy expresiva y que me guste compartirlo no, yo me quedo callada.</p> <p>L.29.5 Cuando veo a otras mujeres que han perdido sus bebés y como que no lo superan, he tenido la oportunidad que en mi familia paso con una prima y otras amigas en Roldanillo entonces yo les cuento mi experiencia y lo que yo viví desde mis perspectivas y a algunas les ha ayudado porque a miles y miles de persona nos pasa</p> <p>D.22.7 Antes no me gustaba hablar y no quería que nadie supiera como me sentía, pero ahora me gusta hablar de ellos y lo hago siempre que se llega al tema de tener hijos o cuando yo tengo momentos difíciles yo digo “si yo pude con la muerte de mis hijos, yo puedo con todo”</p> <p>D.40.5 Me iba de la casa</p> <p>L.29.5 La oración</p> <p>D.22.7 Compartir con familia y tenía una gatica que nunca me abandono y mantenía a mi lado y sentía que ella me daba tranquilidad, cuando esa gata murió también sentí morir porque me refugié en ella y me daba tranquilidad saber que fui buena mamá esos meses, me daba tranquilidad saber que ellos eran unos niños amados y que más adelante yo iba a volver a coger las riendas de mi vida</p> <p>D.40.5 no me sentí culpable porque yo no sabía que había un eclipse</p> <p>L.29.5 No, ni siquiera reprochar a Dios y decir porque a mí o porque yo, no he culpado a nadie y más como me explicaron que era</p>
--	--	--	--

			<p>algo genético, nunca culpe a nadie</p> <p>D.22.7 La verdad si reproche muchísimo porque fue una perdida que se podía evitar y yo odiaba a ese doctor que me lo encontré dos veces y las dos veces tire a accidentarlo y reproche a la vida, reproche a Dios</p> <p>D.40.5 No, no se vieron afectados, antes hubo más acompañamiento y me sentí muy bien y mejoro</p> <p>L.29.5 No, no se vieron afectados, antes hubo más acompañamiento y me sentí muy bien y mejoro</p> <p>D.22.7 La verdad mucho, porque todos queríamos mucho esos niños y nos dolió mucho y después de los meses yo cambie tanto y se me apago tanto la chispa por la vida y cambie mucho mi forma de ser y el papa de los niños comenzó a tomar muchísimo más y terminamos.</p> <p>D.40.5 Si tenía planes porque de todas maneras lo planeamos y ya dije que con él y ya no tenía más hijos, imagínese ya iba para seis meses y me fui volviendo ancha y gorda y claro uno al sentirlo porque uno lo sentía de todas maneras y ya los últimos 3 días fue que no lo sentía y yo le decía a mi mama algo que pasa que yo no lo siento. Pero mis planes era tener él bebe y quedarme con la niña y el niño y ya gracias a Dios íbamos a tener casita y él era muy juicioso trabajando para sus dos hijos y yo ama de casa.</p> <p>L.29.5 Planeaba tener otro bebe que sea el segundo hijo y ya no tener más y siempre darle un compañerito a mi otro hijo y mi</p>
--	--	--	--

			<p>esposo decía que le debemos de dar un compañerito al niño, después nos enfocamos en trabajar y en abrir negocios y dejamos eso ahí y después planeamos el otro bebe.</p> <p>D.22.7 Antes del embarazo igual quería tener un hijo y después entrar a estudiar, yo sentía que yo necesitaba una motivación para hacer algo por mí y por eso yo quería un hijo y cuando lo perdí estuve seis meses sin hacer nada y después entré a estudiar, pero igual con una motivación y era ellos en el cielo viendo a la mama triunfar y no viendo a la mama derrotada.</p> <p>D.40.5 No</p> <p>L.40.5 Tuve un bebe</p> <p>D.22.7 Si claro, yo anhelo mucho tener hijos y me da temor no ser mamá porque es uno de mis sueños y siempre ha estado eso presente en mi proyecto de vida, pero con tantas perdidas me da mucho temor no poder dar vida</p> <p>D.40.5 Al hablar de esto vuelvo y remueve esto y yo le digo a Lorena cada año “mami su hermanito tuviera tantos años”.</p> <p>L.29.5 En darle lo mejor a mis hijos en cuanto a calidad de tiempo, en habla, en mostrarles que la vida es mucho mejor de lo que se ve en las noticias, darles una familia y unas bases firmes para la vida, cuando uno es padre el mundo de uno son los hijos y todo lo que hago es un pro para un bienestar de ellos</p> <p>D.22.7 Ahora siento que los amo mucho, que tengo dos bebes en el cielo que algún día los veré y los voy a abrazar y les voy a</p>
--	--	--	--

			<p>decir “los amo mis negritos” y siento que pude salir adelante con esa perdida, ósea eso me hizo como llenar de valor y me di cuenta de lo que estaba hecha y me hizo ser fuerte y aceptar cualquier adversidad de la vida</p> <p>D.40.5 Lo que yo le diría es que cuando hay un eclipse hay que cuidarse porque eso si me quedo marcado a mí que por un eclipse perdí mi bebé y le diría que es duro de todas maneras, porque yo no soy capaz ni de decir “lo siento”</p> <p>L.29.5 Que todo en la vida pasa por algo, que los caminos de Dios son perfectos y si dios lo quiso así es por algo no “porque” si no “para que” y siempre hay que sacar la anécdota de porque me paso eso y esa experiencia tan horrible (bueno digo horrible porque para mí fue lo peor que me paso) lo mejor que me dejo fue que ahora cuento con un ángel, que soy privilegiada porque entre muchas personas tengo ya un ángel ganado en el cielo y algún día mi anhelo es verlo y que me llame MAMÁ digámoslo así y es la utopía que uno se hace y siempre de algo malo llega algo bueno</p> <p>D.22.7 Que es algo muy duro, que llore si quiere llorar, que grite si quiere gritar, que viva intensamente ese duelo, para que así busque su tranquilidad más adelante, le diría que se llene de fuerza y que confíe en Dios que él nos llena después de su amor y de su fortaleza y si Dios nos manda esa situación es porque algo muy bueno va a llegar o que algo nos quiere enseñar, que todo tiene un mensaje y que siempre recuerde con amor a ese bebe que en algún momento estuvo.</p> <p>D.40.5 Si</p> <p>L.29.5</p>
--	--	--	--

			<p>Si</p> <p>D.22.7</p> <p>Si</p> <p>D.40.5</p> <p>Mi vida cambio, mantengo muy encerrada, casi no salgo, cambio ahora con la separación, me estanque, me quede ahí y cuando me invitan solo voy donde me gusta ir de resto no.</p> <p>L.29.5</p> <p>Bien, me considero feliz, soy contadora, trabajo independiente, soy mamá, ama de casa, esposa e hija, tía, hermana y bien trato de hacer lo mejor en todo lo que hago y me desempeño</p> <p>D.22.7</p> <p>Actualmente considero que mi vida ha cambiado para bien, eso fue lo que me empujo a salir adelante, fue mi motivación a demostrarme a mí misma que yo era capaz de todo y estudie, trabajo, vivo sola, todo lo hago para mí, para mi tranquilidad y considero que pude salir adelante, ahora tengo muchos planes, vivo muy bien y con ellos siempre en mi corazón y cuando me va bien o cuando cosas buenas me pasan yo digo “es por y para ustedes hijos míos y del cielo”</p> <p>D.40.5</p> <p>Tener a mis dos hijos y durante ella era estar pendiente de mis hijos y mi hogar, ya después de todo me fui a trabajar a la costa con mi esposo</p> <p>L.29.5</p> <p>Siempre me mentalice que cuando iba a tener un hijo era porque iba a tener la mentalidad y la capacidad de brindarle cosas buenas, no en lo material si no que darle ese cariño, brindarles a mis hijos esa parte emocional</p> <p>D.22.7</p> <p>Quería ser mama, no se pudo en ese momento, lo viví feliz y</p>
--	--	--	--

			después me enfoque en mi hasta que Dios me quiera dar el milagrito
--	--	--	--

Fuentes: Elaboración propia

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito comprender las estrategias de afrontamiento del duelo tres (3) mujeres con pérdidas perinatales y la construcción del proyecto de vida en el municipio de la unión valle del cauca, para la identificación de este objetivo general se realiza un análisis de la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos (entrevista semi estructurada), estableciendo una relación teórica y empírica, generando construcciones que permiten dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos, con el fin de generar aportes a partir del discurso de las mujeres participantes y el marco teórico de esta investigación, hilando cada una de las particularidades de cada objetivo hacia generalidades que permiten alcanzar el objetivo general de este estudio.

En lo que respecta al primer objetivo de esta investigación encaminado a identificar en qué fase del duelo se encuentran las tres (3) participantes que vivieron la pérdida perinatal; La investigación de acuerdo a las narrativas se encuentro: que de forma general el duelo se constituye para las participantes una perdida no normativa algo que no esperaron teniendo en cuenta que eran mujeres con un ciclo vital acorde, así mismo cuentan con una vida reproductiva activa y condiciones físicas adecuadas para gesta y, ante la pérdida sorpresiva, se vieron

enfrentadas a vivenciar el duelo; habiendo cruzado todas las fases del duelo entre ellas las mencionadas por lo tanto, se considera según lo encontrado en dos (2) de las participantes que con el paso del tiempo se dio la aceptación real sobre el duelo, habiendo vivido todas las etapas que conllevan a la elaboración del mismo, como lo refiere Simung Freud 1993, en las etapas del duelo las cuales son: reconocimiento de la pérdida, sobreinversión y retiro de cargas, aceptación pérdida e identificación, el yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones. Que se identificaron en las participantes **(L.29.5) (D.22.7)**.

De acuerdo a los sucesos hallados, por el contrario **(D.40.5)** presenta un nivel de aceptación bajo, que se ve reflejado en sus motivaciones personales, sociales, familiares que en cuanto a lo personas la participante no cuenta con un proyecto de vida incluyente para los integrantes familiares (hija), donde se encuentra aspectos en la dificultad para establecer relaciones sociales, comunicación, expresión de emociones, pensamientos, poco contacto, visual y personal, capacidad de introspección, y prospección, que limita las posibilidades de visualizarse a futuro; es decir que, suele presentar un aislamiento social; en cuanto a lo familiar, se menciona que es esta una dimensión muy valorada en la vida de las participantes, para por consiguiente constituye en ellas parte de las proyecciones de vida como lo menciono haciendo referencia a que la familia; donde se presenta a la familia, dentro de un imaginario simbólico como el equilibrio emocional, personal, social que conlleva a la representación de su rol dentro de sus expectativas comunes.

De tal modo que, en la partico antes **D.40.5** infiere de autoestima baja, nula capacidad de afrontar sucesos del curso de vida (perdidas normativas, relaciones de pareja, proyecto de vida, otros), que para el autor Bautista, (2014) refiere un Duelo sin resolver ya que la fase de duelo sigue presente y un duelo inhibido por su dificultad de la expresión de los sentimientos.

Haciendo un recuento de los casos se puede observar según la teoría de Freud describiría “el duelo como un doloroso estado de ánimo, en el que cesaba el interés por el mundo exterior, en cuanto no recordaba a la persona fallecida”.

Desde la interpretacion que se hace a las verbalizaciones presentadas por **D.40.5 L.29.5 D.22.7** la perdida perinatal se constituye desde un lenguaje frágil, doloroso, resistente que según Mander, la perdida perinatal se categoriza como un duelo distinto a otros tipos, dada la proximidad entre el nacimiento y la muerte la juventud de los progenitores que presumen del primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Siendo esta una perdida más entendida desde un acto simbólico que real, por su concepción y los momentos vividos en las mujeres que vivencia la perdida, el duelo perinatal suele transformase en un momento no vivió como lo menciona. Las participantes **D.40.5** y **D.22.7** “para que me cuida si no tengo nada, es un dolor en vano”, “no tengo porque sentir dolor, yo no tuve nada, yo estoy acá sola”.

En lo que refiere, la categoría de duelo por perdida perinatal, se hace énfasis en aspectos más relevantes que fueron encontrados las participantes anteriormente logrando sinergia en las etapas que menciona el autor (Mander, 1994).

En tanto en esta pérdida para Mander (1994), se conserva en la participante dificultad para funcionar con normalidad, añoranza conductas de búsqueda con irritabilidad, labilidad y sentimientos de culpa que han sido identificadas en las narrativas de la participante **D.40.5.** quien después de (16) años de pérdida perinatal se percibe continua con un duelo latente, identificando en el participante dolor, pensamiento persiste sobre la culpa, sentimiento de desamparo, y reprimida. Y como mecanismo de defensa se presenta la utilización de un lenguaje enajenado que es atribuida a fenómenos naturales resultado de creencias que se ratifican sobre aprendizajes que siguen representaciones de creencias culturales (mitos) como el proceso de cuidado según su creencia como lo fue el “sahumerio” y el motivo de la pérdida que lo atribuye a un “eclipse de luna”.

De tal modo que, se persiste sobre una negación de aceptación y culpabilidad en la participante que se refleja en el tipo de estudio según el autor Pinto (2013) el sentido de la culpa implica por tanto un cambio de actitud hacia sí mismo, la posibilidad de tomar conciencia de los actos, de la libertad del ser humano y la responsabilidad mutua que ello supone. Se hace énfasis, Por otro lado, se encuentra el deseo de que estuviera con ella como lo menciona al hablar de la vida familiar con recuerdos que siguen siendo vivos y refiere añoranza sobre su pérdida. Más allá de la pérdida, para la mujer representa un significado no solo del contexto de la muerte, sino también por las experiencias pasadas que son causantes de la muerte y las expectativas que yacen.

Como lo refiere Martínez y Verdú (2018) al mencionar, es una madre a la que se le frustran sus planes, una vida de un hijo que no será vivida, unos primeros pasos que no eran dados, las presentas que no serán usadas, un vientre vacío, una cuna vacía, dos brazos vacíos, un amor que se queda en el pecho de esa madre a la cual en esa vez no pudo vivir una maternidad.

En este hallazgo, se percibe una singularidad, en las tres participantes, quienes refieren dentro de las narraciones que la pérdida que sigue estando presente incluso en su vida cotidiana y recordados en fechas especiales como (fechas de madres, navidades, cumpleaños otros) en especial estos sentimientos de añoranza recaban más sobre el dolor cuando se vivencian momentos difíciles de sus vidas.

El duelo de forma general para las participantes significó la pérdida de una familia (hijos) quienes dentro de sus concepciones han considerado parte funcional, para (Sánchez & Gutiérrez, 2000), los sistemas conyugal el cual está relacionado dentro de subsistemas paternal que se relaciona entre la pareja y la vinculación con los hijos y dentro de esto también se constituye el fraterno, con ellas mismas, quienes desde las narrativas concibieron parte de su proyecto de vida, el cual no se logró concretar y se dejó el vacío que en algunos momentos trasciende incluso en el plano de las proyecciones, en especial de la participante **D.40.5** quien presenta un estancamiento de su desarrollo personal, como mujer y afectación sobre todas las facetas de su desarrollo.

De acuerdo a los planteamientos de Erik Erikson (1902), el desarrollo se concibe en la mujer en esta etapa de la vida entre los (20 a 40) cambios físicos que se consideran apropiados para la fertilidad, disposición y condiciones mentales para asumir el compromiso de la maternidad, a nivel cognitivo se adquieren los conocimientos para planificar un futuro en familia, donde los hijos se conciben dentro de este pilar fundamental de la relación marital y la estabilidad familiar.

Las mujeres en esta etapa alcanzan un pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas (F. Phillips Rice, 1997, págs.533-534). La mujer cuando alcanza el pensamiento formal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas, por lo tanto, la constitución de una familia y la llegada de los hijos forma parte de las emociones que en ese momento desea vivir (Hoffman, 1996. Pág. 123).

Por consiguiente, para K. Warner Schaie (1928) quien plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas donde la mujer en ese momento de su ciclo vital y curso de vida aadquirir un gran conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas: etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años), etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60), etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años), etapa reintegrativa (vejez).

Según el modelo de K. Warner Schaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva. Adulthood Media: Desde los 30/40 hasta los 45/60 años aprox.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, las mujeres participantes se encontraban en las etapas 2 y 3 etapa según la autora.

En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. Se consolidan los roles sociales y profesionales.

En las participantes se encuentra una singularidad en cuanto a la idea de las mismas sobre la presencia de su “hijo” fallecido comentando en las narraciones cada una de ellas que “su hijo no está pero que lo siguen teniendo presente” **D.40.5** solo quería tener dos hijos y cuenta con el de su pérdida como un hijo, **L.29.5** comenta que en su familia son cinco (5) integrantes en su familia cuatro en la tierra y su hijo en el cielo. **D.22.7** vio su pérdida como motivación para resurgir y comenta que todo es para que sus hijos se sientan orgullosa de ella, por lo tanto, estos tipos de familia son consideradas según los autores (Minuchi y Charles Fishman) como una Familias con un fantasma ya que han sufrido la muerte o separación de algún miembro, existe una dificultad para aceptar la misma pérdida, presentando un problema en suplir ese lugar de la persona fallecida.

Teniendo en cuenta que para las participantes se sigue presentando la dificultad del desprendimiento del pasado en especial de la situación vivida referente a la pérdida, cada una de

ellas han contado con un lugar especial en sus familias y en su relación conyugal, percibiendo que las tres mujeres se han sentido amadas y apoyadas en su contexto y de siendo esto importante en dos aspectos, como lo es la dinámica familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Según Minuchin comprende "los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros" (2003).

Respecto a las estrategias de afrontamiento que se encontraron en las participantes se tiene en cuenta que la utilización de este apoyo fue muy importante para el momento de la pérdida y posterior de la pérdida ya que según los autores (Lazarus & Folkman, 1984) la Búsqueda de apoyo es estrategia de que buscar ayuda, comprensión y soporte emocional en las redes sociales de apoyo más cercanas durante las situaciones de crisis.

Este tipo de eventos ideológicamente se concibe desde una simbología cultural una situación única que está enmarcada en el dolor de la pérdida (luto) que normalmente se conlleva a celebraciones simbólicas como son los actos fúnebres (eucaristías, velación, acompañamiento hasta el sepulcro) además (palabras, acompañamiento familiar, amigos) entre otros, para así simbólicamente darse cuenta de la realidad de la pérdida y de esta manera materializarla (el darse cuenta) sobre la realidad (de quien ya no está) y que las expectativas e ilusiones deberán culminar para posteriormente volver a elaborar planes en su vida teniendo en cuenta haber

trascendido por las etapas del duelo como lo son según Freud, reconocimiento de la pérdida, sobreinversión y retiro de cargas, aceptación pérdida e identificación, el yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones.

Se tiene como dato importante que dos (2) de las tres (3) participantes no lograron realizar las expresiones de sufrimiento, dolor que se consignan con los rituales de la cultura, (catolismo) por lo tanto dentro de sus pensamientos y percepciones siguen estando ancladas a un dolor sobre la despedida que se evidencia es ambivalente en esa relación de la vida y la muerte, donde la muerte es concebida dolorosa y la vida alegría. por lo anterior se hace referencia a un acto circunstancial que las ha enajenado de la vivencia de ese momento doloroso pero propio de un duelo que no ha concluido y que sigue existiendo desde en los imaginarios de vida como lo han referido **D.40.5 D.22.7** de esta manera el autor Frankl (citado en Mena, 2000, p. 172).

El sentido de la muerte es precisamente el que le da valor a la vida, dado que el hecho de pensar en la muerte y en una vida cuyo límite llegara en algún momento, motiva a la persona a disfrutar de ella, a no postergar sus deseos, aspiraciones y motivaciones. De este modo la muerte representa un límite inevitable del futuro del hombre y es por esta razón que se ve obligado a aprovechar el tiempo de vida y no desperdiciar las oportunidades que esta le presenta.

Restauración de procesos que llevo cada una de las participantes después del proceso de la pérdida. **D.40.5** se adaptó a su vida cotidiana, llevando la misma monotonía de vida, siguiendo su el mismo proceso de hogar, no deseo de volver a gestar ya que su pensamiento era siempre

concebir dos hijos el cual uno es su primera hija y el otro fue el de su perdida, la presente participante mantiene una negación al duelo, evitando el confrontamiento a su hogar, escapando de la realidad y surgen dos momentos en su proceso de duelo en el cual el primero experimenta una de los modos de afrontamientos dirigidos al problema como lo es el (escape/evitación) y el segundo fue otro de los modos de afrontamientos dirigidos al problema como lo es el (distanciamiento) (Lazarus & Folkman, 1984).

Para las tres participantes el proyecto de vida se dio de forma incluyente dentro de una de las estrategias de afrontamiento que fueron utilizadas por ellas, por lo que dentro de la reevaluación positiva se considera la consecución y las nuevas perspectivas que se replantaron a nivel personal, familiar y social. Que como lo menciona el autor (D'Angelo Hernández, 2000), el proyecto de vida es entendido desde la perspectiva psicológica y social- integra las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación por las relaciones entre la sociedad y el individuo. Es una estructura psicológica que expresa las direcciones esenciales de la persona, en el contexto social de relaciones materiales y espirituales de existencia que determinan una sociedad concreta, es el proyecto de vida la estructura que expresa su apertura hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los

acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad (D'Angelo Hernández, 2000).

La formación para el desarrollo integral de los proyectos de vida supone, efectivamente, la interrelación de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del individuo en la perspectiva de la configuración del campo de las situaciones vitales bajo el prisma crítico-reflexivo-creativo de su acción en las diferentes esferas de la vida social.

La proyección personal y social constructiva y desarrolladora es la expresión del ser y hacer de un individuo armónico consigo mismo y con la sociedad, con una conciencia ética ciudadana para la responsabilidad, la libertad y la dignidad humana.

En este contexto, la propuesta de desarrollo integral del proyecto de vida presta una atención especial a las áreas de autoexpresión y autodesarrollo, relaciones interpersonales, relaciones sociales y vida profesional. El desarrollo integral está vinculado a una intención propiciadora de la construcción de proyectos de vida con fundamentos críticos, reflexivos y orientados a la autorrealización personal en un contexto de dignidad y plenitud ciudadanas. La configuración, contenido y dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

L.29.5 se nota que su nivel de duelo fue desarrollado y evoluciono en su proyecto de vida viviendo cada etapa, decidió volver a gestar dando paso a una de las estrategias de afrontamiento como es la reevaluación positiva, desarrollando su profesión, tiene una vida armónica familiar. Se nota la diferencia entre las otras dos participantes.

D.22.7 en su primera etapa hubo una negación al duelo tanto en ella como en su contexto familiar, tuvo un aislamiento de seis meses, retomando su proyecto su proyecto de vida y buscando estructurar el proyecto que tenía anticipadamente dando pie a una motivación en su suceso para desarrollar su propio crecimiento personal.

Durante la anamnesis de la investigación se tienen en cuenta las estrategias de afrontamiento de cada una de las participantes ya que “el afrontamiento da forma a nuestras emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no” (Lazarus y Lazarus 2000, p.197).

Las estrategias de afrontamiento empleadas de las tres participantes han sido en primer lugar el momento de la noticia de la pérdida y es la confrontación o afrontamiento directo demostrando los intentos de solucionar directamente la situación y el momento de la pérdida mediante acciones directas, agresivas, o muy arriesgadas, en segundo lugar las tres participantes coinciden en la búsqueda de apoyo donde ellas desean encontrar la comprensión de personas

externas a ellas mismas, como lo es la familia, amigos y conyugues que hacen que sean su soporte en este momento de crisis, las familias desarrollan a lo largo del ciclo vital sus propias estrategias y recursos para enfrentar los sucesos vitales estresantes en este caso las perdidas, por lo tanto, las participantes buscan un apoyo incondicional y lo encuentran en su contexto donde se desenvuelven haciendo así su proceso de duelo y melancolía más vivencial y menos tortuoso.

En tercer lugar, las participantes coinciden en emplear la estrategia de afrontamiento que según (Lazarus & Folkman, 1984) la llaman el autocontrol ya que las tres mujeres han realizado sus propios esfuerzos para controlar sentimientos, conductas y respuestas emocionales ante las situaciones desbordantes como lo fue la pérdida.

Conclusiones

Las participantes cuentan con una similitud respecto a cómo han vivido su proceso de duelo, en donde las tres (3) mujeres indican que experimentaron sentimientos de tristeza, llanto y dolor por la pérdida que tuvieron.

Partiendo de lo anterior, se refuerza la teoría de que cuanto más avanzado está el embarazo, más difícil resulta la pérdida del futuro bebé, puesto que entre madre e hijo surge un estrecho vínculo, que se genera a medida que la madre toma conciencia emocional de saber que en su interior se forma una nueva vida, que es parte de ella y de su realidad.

Por lo tanto, ante una pérdida perinatal, se pone en marcha otro proceso mental: el duelo, que será más o menos intenso según cada mujer, en función de su red de apoyo, el apego, sus

estrategias de afrontamiento. De acuerdo a los resultados de la actual investigación, las mujeres en estudio, vivenciaron varias etapas del duelo, las cuales unas perduraron más que otras, pero se denota que aceptaron la pérdida perinatal.

En consecuencia, la muerte perinatal sucede cuando el bebé muere en la vigesimooctava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento, siguiente a la pérdida los cambios adaptativos emocionales en la mujer durante y después del suceso posiblemente conllevan a la mujer adoptar diferentes estrategias de afrontamiento para afrontar la muerte perinatal que trae consigo emociones y sentimientos únicos de la pérdida, en cuyos casos de estudio indican que las tres mujeres tuvieron una similitud en las estrategias de afrontamiento, las cuales emplearon la confrontación, la aceptación de su embarazo, momento de la pérdida, autocontrol, haciéndose responsable de sus sentimientos y emociones vividas, búsqueda de apoyo en contexto familiar, conyugal, social y por último, una reevaluación positiva en el rumbo de sus vidas, permitiendo lograr equilibrio dentro de los roles como madres, esposas, hermanas, tías, a nivel personal, profesional y social, reacomodando su estructura psíquica y la consecución del proyecto de vida.

En la consecución del proyecto de vida de las participantes reflejan coincidencia en el deseo de ser madres, incluyendo una nueva vida como motivación a deseos personales, a construir una familia más extensa y armoniosa. Después de la pérdida, el proyecto de vida se ve afectado (pausado) por lapsos de tiempos corto plazo en una de las participantes y a mediano y

largo plazo en dos de ellas, por consiguiente, a los lapsos de tiempo en pausa por la pérdida, posterior a ello, se reorganiza los planes y proyectos a nivel personal, familiar y personal.

Por último, cabe mencionar que en las tres participantes no se encuentran criterios mentales que aludieran sobre la dificultad mental de superación del duelo que hayan desencadenado afectaciones emocionales que pueden considerarse estados de duelo que conllevan a la depresión, (salir, no ver a nadie, no escuchar, no comer) identificándose un aislamiento social, personal y familiar, así como la expresión e pensamientos, sentimientos y la externalización del mismo. Fases de las que lograron atravesar acordes a los tiempos establecidos en términos, pero que si se evidencio la necesidad apremiante del acompañamiento y de elaborar una catarsis a través del acompañamiento profesional.

Los antecedentes investigativos recolectados fue muy incipiente frente a los aspectos de la opresión o estudios de un alcance más comprensivo desde las áreas de psicología o áreas humanas por lo tanto, los antecedentes encontrados estaban relacionados con áreas médicas, morbilidad, números, estadísticos, estudios epidemiológicos y aún más en el valle dentro de las búsquedas las cuales no dieron cuenta de ningún tipo de investigación al acompañamiento de proceso psicoterapéutico a las madres con pérdidas perinatales.

Recomendaciones

Se sugiere en el ámbito académico que se tengan en cuenta las investigaciones con mujeres que han tenido pérdida perinatal teniendo en cuenta que dentro de las revisiones bibliográficas encontradas no hay soporte investigativo sobre las afectaciones emocionales que conlleva este suceso que para ellas es doloroso y que logren continuar con su planes y proyectos de vida.

Para las mujeres con pérdida perinatal se recomienda la búsqueda de apoyo psicoterapéutico a fin que le puedan dar consecución, logren trascender las etapas del duelo, y puedan dar un paso adelante al proyecto de vida tanto en ámbitos personales, como familiares y sociales de forma más rápida sin que este se vea afectado por un duelo que se evidencia que para algunas culmina de forma más rápida que en otras mujeres.

Para los estudiantes de psicología se sugiere que tengan en cuenta en sus investigaciones con poblaciones más amplias el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento ante las pérdidas perinatales y que se logren trabajar por medio de estudios de caso, investigaciones de acción participación con mujeres con pérdidas perinatales a fin de poder recolectar una información más amplia en relación a los temas presentados.

A nivel local se sugiere que las entidades de salud tengan en cuenta el sentir de las mujeres que han tenido una pérdida perinatal, así como se les brinda apoyo en grupos

gestacionales, brindar un apoyo psicosocial ante la pérdida perinatal y que su duelo sea un estado más llevadero.

Bibliografía

- Alonso. (1999). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado, & J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas en ciencias sociales* (págs. 225-240). Madrid: Editorial Síntesis.
- Arráez, M., Calles, J., & Moreno de Tovar, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 171-181.
- Barrantes Valverde, K., & Cubero Cubero, M. F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Wimblu*, 1, 29-42.

- Bautista, P. (2014). El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Enfermería Neonatal*, 23-28.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Coll Gen Pract*, 16, 103-112.
- Corbetta, P. (2003). La ricerca sociale: metodologia e tecniche. *III Le tecniche qualitative*.
Bologna: Il Mulino.
- Cramer, D. W., & Wise, L. A. (2000). The epidemiology of recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med*, 18, 331-339.
- Chitrit et.al, Y. (1999). Perinatal mortality in twin pregnancies: a 3 year analysis in Seine Saint-Denise (France). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 86, 23-28.
- D'Ángelo Hernández, O. S. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270-275.
- Davies et.al, V. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 25, 389-392.
- Equipo Maternidad Segura. (22 de 12 de 2019). *Mortalidad perinatal y neonatal tardía*. Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá D.C.: Subdirección de Prevención.
- Familiaquéesyquénoes. (1 de Octubre de 2019). *La Maternidad*. Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de Qué es y qué no es:
<http://www.familiaquesyqueno.es/Isidoro/TEXTOS/LA%20MATERNIDAD.htm>
- Galindo Vázquez, O. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 121-175.

- Goldbach et.al, K. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 461-467.
- Grotberg. (1999). *Resiliencia: descubriendo las Propias Fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Guillem Porta, V., Romero Retes, R., & Oliete Ramírez, E. (2008). Manifestaciones del Duelo. *Sociedad Española de Oncología Médica*, 63-83.
- Hemminki, E., & Forssas, E. (1999). Epidemiology of miscarriage and its relation to other reproductive events in Finland. *Am J Obstet Gynecol*, 181, 396-401.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Mortalidad Perinatal y Neonatal*. Ministerio de Salud. Bogotá D.C.: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.
- Kennell et.al, J. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med*, 283, 344-349.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- Mander, R. (1994). *Loss and bereavement in childbearing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Martínez Verdú, J. G. (6 de Abril de 2018). *Los procesos de duelo en Sigmund Freud*. Recuperado el 23 de Mayo de 2020, de Apuntes sobre el duelo: <https://www.uv.es/marverjo/Textos/Duelo%20Paz.htm>
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Revista Psykhe*, 15(2), 93-103.
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Mayo de 2016). *Salud Materna*. Recuperado el 21 de Marzo de 2020, de Temas de salud: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/

- Paz, C. A. (1993). Los procesos de duelo y el desarrollo humano. En C. A. Paz, *Psicoanálisis. Diez conferencias de divulgación cultural* (págs. 145-169). Valencia: Editorial Promolibro.
- Peppers, L. (1988). Grief and elective abortion: breaking the emotional bond? *Omega*, 18, 1-10.
- Peppers, L. G., & Knapp, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159.
- Pereyra, M. R. (19 de Febrero de 2011). *La resiliencia*. Recuperado el 25 de Abril de 2020, de Escuela Sabática: <http://www.escuelasabatica.cl/2011/tri1/lecc8/2011-01-08ComentarioMRP.pdf>
- Royo Prieto, R. (2011). *Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?* Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Samuels, V. R. (2005). *Always my twin. Victoria*. BC: Trafford.
- Schreiner-Engel et.al, P. (1995). First-trimester multi-fetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychologic reactions. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 172, 541-552.
- Sloan, E. P. (2008). Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly. *JOGGN*, 37, 395- 404.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). *Dual process model*. (R. Neimeyer, Ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Vicente Guillem Porta, R. R. (s.f.). *manifestaciones del duelo*. Obtenido de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>





Apéndice

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DUELO EN MUJERES CON
PÉRDIDAS PERINATALES Y LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA**

Yo, _____ identificado con C.C
No. _____, en mi calidad de ciudadano/a, _____ de la
ciudad de _____ con residencia en _____,
teléfono _____, mi edad es _____, manifiesto que he sido informado de
la investigación que el estudiante del grupo Investigadores del Eje perteneciente a la
Facultad de Psicología de la Universidad Antonio Nariño, va a realizar y que tengo
conocimiento de los objetivos y fases del mismo, así como de los beneficios de participar
en el proyecto.

Fui informado y comprendo las molestias y riesgos de la realización de estos
procedimientos. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes
y dudas al respecto. Se me explicó que no existe procedimiento alternativo y estoy

informado que la participación en el proyecto es libre y voluntaria y podemos desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la investigación.

Conozco los objetivos generales y específicos del proyecto descritos a continuación:

General

- Comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres entre 20 y 40 años que vivieron el duelo prenatal en relación a la construcción de su proyecto de vida.

Específicos

- Identificar en qué fase del duelo se encuentran las cinco madres que sufrieron con la pérdida de su hijo.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres ante la pérdida prenatal
- Indagar cuál era el proyecto de vida de cada una de las madres antes de la gestación y después de la pérdida.

Que los procedimientos a realizarse serán:

Aplicación de entrevista semiestructurada con el propósito de describir las características sociales y de tres inventarios Psicológicos a saber, Minicult, IPG e Iso 30, con el fin de describir las características psicológicas de la población participante en el estudio.

Así mismo, entiendo que los datos aquí consignados son confidenciales y que en caso de daños específicos producto de estos procedimientos que me afecten directamente causados



por la investigación me acogeré al tratamiento médico que brinde el Plan Obligatorio de Salud de la EPS _____ a la cual me encuentro afiliado.

Acepto por lo tanto participar en el estudio mencionado.

Firma _____

Nombre (s) Apellido (s) del participante

C.C

Huella

Firma _____

Nombre (s) Apellido (s) del Investigador Principal

C.C

Huella

Firma _____

Nombre (s) Apellido (s) del Testigo

C.C

Huella

Instrumento**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO****SEDE ROLDANILLO****JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL
INSTRUMENTO**

El presente instrumento (entrevista semiestructurada) tiene como finalidad recoger información directa para la investigación de la estudiante **Dayanna Segura Aguirre** de decimo semestre de la facultad de psicología, dicha investigación se titula “Estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres entre 20 y 40 años que vivieron el duelo prenatal en relación a la construcción de su proyecto de vida”.

La presente investigación tiene como objetivos los siguientes:

Objetivos:**General**

Comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres entre 20 y 40 años que vivieron el duelo prenatal en relación a la construcción de su proyecto de vida.

Específicos

- Identificar en qué fase del duelo se encuentran las cinco madres que sufrieron con la pérdida de su hijo.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres ante la pérdida perinatal.

- Indagar cuál era el proyecto de vida de cada una de las madres antes de la gestación y después de la pérdida.

Pregunta de investigación:	
¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas en cinco mujeres entre 20 y 40 años que vivieron tuvieron perdida perinatal en relación a la construcción de su proyecto de vida?	
Unidad de análisis: Estrategias de afrontamiento, Mujeres, perdida perinatal proyecto de vida	
Ejes Narrativos:	
Categoría	Narrativa Cronológica
1	Estrategias de afrontamiento en perdida prenatal
2	Proyecto de vida

Tema de investigación	Estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres entre 20 y 40 años que vivieron pérdida prenatal en relación a la construcción de su proyecto de vida			
Objetivos	Categorías	Subcategorías	Fundamentación teórica	Tópicos: Preguntas Orientadoras
<p>•Identificar en qué fase del duelo se encuentran las cinco participantes quevivieron la pérdida de su hijo.</p>	<p>Pérdida prenatal</p> <p>Duelo</p>	<p>Tipos de duelo</p> <p>Etapas del duelo</p> <p>Duelo prenatal</p> <p>Causas de Muerte prenatal</p> <p>Tipos de muerte prenatal</p>	<p>Sigmund Freud, (1993) define el Duelo es un doloroso estado de ánimo, es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." No lo considera un estado patológico, se lo supera pasado cierto tiempo "y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo". Freud caracteriza al duelo por el talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior en todo lo que no recuerde al muerto, la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describa como ha vivido su proceso de duelo 2. ¿Cómo había vivido la perdida de seres queridos o cercanos? 3. ¿Cómo está constituida su familia, cuantos hijos tiene? 4. ¿Cómo fue todo el proceso de gestación del bebé que perdió? 5. ¿Hace cuánto se dio la perdida prenatal? 6. ¿Conocía algún tipo de los riesgos o si había antecedentes de salud? 7. ¿Cómo fue su reacción al recibir la noticia? 8. ¿Qué cosas pasaron por su mente cuando sucedió, describa cómo se sintió en ese momento? 9. ¿Se dio el reconocimiento de la perdida? Es decir, lo vio, se despidió o que cosas sucedieron.Describa que fue lo primero ¿qué pensó, sintió o vivo cuando recibió la noticia? 10. ¿Desde el momento de la pérdida que

<p>•Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres ante la pérdida prenatal.</p>	<p>Estrategias de afrontamiento</p>	<p>Estrategias personales</p>	<p>incapacidad o limitación para el trabajo productivo. Fácilmente se comprende nos dice Freud 'que esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses'".</p> <p>Lazarus y Folkman, (1984) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedente o desbordante de los recursos</p>	<p>personas le acompañaron de manera significativa?</p> <p>11. ¿Cómo considera que puede superar este duelo?</p> <p>12. ¿Actualmente que actividades realiza para sanar su pérdida?</p> <p>13. ¿Qué decisiones tomo frente a los preparativos que tenía dispuestos para la llegada de su bebe?</p> <p>14. ¿Qué actos simbólicos o rituales realizaron para la despedida?</p> <p>15. Describe cuales cree fueron las cosas que más te ayudaron para estar mejor, después del suceso de perdida</p> <p>16. ¿Con que frecuencia tienes la necesidad de hablar de lo sucedido?</p> <p>17. ¿Qué actividades hacía para poder buscar</p>
--	--	--------------------------------------	--	--

<p>•Indagar sobre el proyecto de vida de cada una de las madres antes de la gestación y después de la pérdida.</p>	<p>Proyecto de vida</p>	<p>La maternidad como proyecto de vida</p>	<p>AngeloHernandez, (2000) describe el proyecto de vida como que articula la identidad personal-social en las perspectivas de su dinámica temporal y posibilidades de desarrollo futuro. Se comprende, entonces, como un sistema principal de la persona en su dimensionalidad esencial de la vida. Es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada.</p>	<p>20. Describe, ¿Cuáles eran los planes que tenía antes del embarazo? A nivel personal, familiar y social</p> <p>21. ¿Después de la pérdida ha tenido o desea tener más hijos?</p> <p>22. ¿cuáles son los sentimientos pensamientos que y proyectos que experimentas ahora?</p> <p>23. ¿En este momento que piensas de lo sucedido, que cosas le dirías a las personas que al igual que tu han tenido pérdidas perinatales?</p> <p>24. ¿Cuándo quedo embarazada deseaba ser madre?</p> <p>25. ¿Qué decisiones tomo frente a los preparativos ¿que tenía dispuestos para la llegada de su bebe?</p> <p>26. ¿Cómo describes tu vida actualmente?</p> <p>27. ¿cómo era su proyecto de vida antes de la gestación y durante ella?</p>
--	--------------------------------	---	--	--

			<p>Características del proyecto de vida:</p> <p>Valores morales, estéticos, sociales, etc...</p> <p>Programación de tareas-metas-planes-acción social.</p> <p>Estilos y mecanismos de acción que implican formas de autoexpresión:</p> <p>integración personal, autodirección y autodesarrollo</p>	
--	--	--	--	--

Fuentes: elaboración propia con validación de expertos.

Evaluación de expertos



Mariela victoria Aguilar
 Docente Psicóloga
 Mg. Desarrollo infantil
 Doctorado en Ciencias de la Educación



Jhoana Edilsa Molina Parra
 Docente Psicóloga
 Mg. Gerencia del Talento humano