



Mortalidad perinatal y duelo materno*

Eduardo Laverde Rubio, MD. Profesor Titular, Investigador Especial. Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia.

RESUMEN

Se investigaron desde el punto de vista médico-psicológico dos grupos de madres cuyos hijos murieron durante el período perinatal (entre 28 semanas de gestación y 28 días de nacido). El primer grupo de estudio lo configuraban 20 pacientes que reaccionaron con un duelo prolongado ante la pérdida de su hijo. El segundo grupo está conformado por 20 pacientes (grupo de comparación) que elaboraron la pérdida de su hijo mediante un duelo no complicado. La hipótesis general que orientó este trabajo es la siguiente: el vínculo establecido entre la madre y su hijo real, en caso de que éste muera, facilita la elaboración del duelo. Por otra parte, la insuficiencia o carencia del vínculo con el hijo real, aumenta la relación de la madre con su hijo imaginario, de tal manera que si el niño muere la relación interna madre-bebé de tipo narcisista tiende a complicar el duelo, prolongándolo y distorsionándolo. "Hijo real" se refiere al hijo como objeto externo e "hijo imaginario", es la representación vivencial del hijo u objeto interno. Esta hipótesis general se subdividió en cinco hipótesis simples, con fines operativos. Estas variables son: contacto visual, contacto táctil entre la madre y el hijo, información de la condición del bebé, participación activa de la madre en la asignación de un nombre para su hijo y en la asistencia a las ceremonias funerarias. Los resultados confirmaron la hipótesis básica, al establecer que las variables indicadoras o facilitadoras del vínculo mostraron una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre los dos grupos. Se hacen algunas recomendaciones prácticas para el personal de los servicios de maternidad y perinatología en el sentido de propiciar y facilitar el contacto entre la madre y su hijo

lo cual a su vez activa el establecimiento de un vínculo emocional y la elaboración de la pérdida del bebé en caso de que éste fallezca.

SUMMARY

Two groups of women whose children died during the perinatal period (28 weeks of gestation to 28 days after birth) were studied from the medical-psychological point of view. The first group was formed by 20 patients who reacted to the loss of the child with a prolonged process of grief. The second group was formed by 20 patients (comparison group) who elaborated the loss by means of an uncomplicated grief process. The general hypothesis that guided this investigation is the following: the link established between the mother and her real child, in case the latter should die, makes elaboration of grief easier: on the other hand the insufficient link or lack of it with the real child increases the relation of the mother and her imaginary child, increases the relation with her imaginary child so that if that child dies the narcissistic-type internal, mother-baby relationship tends to complicate the mourning by distorting it and making it last longer. "Real child" refers to the child as an external object and "imaginary child" is the experienced representation of the child or internal object. This general hypothesis was sub-divided into five simple hypotheses, for operative aims. These variables are: visual contact, tactile contact between mother and child. Information about the baby's condition, mother's active participation in searching for a name for the child and her attendance to funerary rites. Results confirmed the basic hypothesis, on establishing that the indicating or facilitating variables of the link showed a significant difference from

the statistical point of view between the two groups. Some practical suggestions are made for the personnel of maternity and perinatology services so as to propitiate and facilitate contact between the mother and her child, which at its turn activates the establishment of an emotional link and the elaboration of mourning of the loss of the baby in case he/she should perish.

INTRODUCCIÓN

Esta es una investigación clínica de tipo ex-post-facto, teniendo en cuenta que las variables independientes o antecedentes ya están dadas y no hay control directo del investigador sobre ellas. Se busca precisar las condiciones de respuesta psicológica normal o patológica en pacientes usuarias del Instituto Materno Infantil que ingresen al servicio de obstetricia y cuyo embarazo se encuentre en un período de 28 ó más semanas de evolución y culmine con la muerte del hijo durante este período o hasta 28 días de vida extrauterina. Se estudiarán en total 40 pacientes divididas en: Grupo 1 (20 pacientes), cuya respuesta a la muerte de su hijo es un duelo patológico, y Grupo 2 (20 pacientes), cuya respuesta a la muerte de su hijo es un duelo normal. Las variables estudiadas se relacionan: 1) con la condición familiar de la madre, 2) con su condición obstétrica, 3) con la muerte del niño, 4) con el vínculo madre-hijo y 5) con

* Trabajo realizado en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, financiado por el Comité de Investigaciones y Desarrollo Científico (CINDEC) - Universidad Nacional de Colombia.

la condición psiquiátrica de la madre.

Las hipótesis de este trabajo son:

Hipótesis 1: hay significativamente más madres con duelo patológico cuyo hijo tuvo muerte intrauterina (en comparación con las madres cuyos hijos murieron en el período post-parto de hasta 28 días) de lo que podría esperarse por azar y esto debido a que en las condiciones intrauterinas hay menos vínculo pues hay menos contacto entre la madre y el hijo.

Hipótesis 2: existen significativamente más madres con duelo patológico que no tienen contacto visual y táctil con sus hijos, en comparación con las madres que sí tienen este contacto.

Hipótesis 3: existen significativamente más madres con duelo patológico que no tuvieron suficiente información acerca de sus hijos, en comparación con las madres que sí tuvieron información.

Hipótesis 4: existen significativamente más madres con duelo patológico que no asignaron nombres a sus hijos, en comparación con las que sí asignaron nombre.

Hipótesis 5: existen significativamente más madres con duelo patológico que no asistieron a los funerales de sus hijos, en comparación con las que sí asistieron.

Las correspondientes hipótesis rivales establecen que no hay diferencias significativas en relación con estas categorías entre el grupo de madres con duelo patológico y las madres con duelo no complicado.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Según el informe de 1993 del Instituto Materno Infantil de Bogotá (1), se atendió una población infantil considerada de alto riesgo y constituida por niños prematuros que suman el

17% de los 12.000 nacimientos atendidos en ese año, o sea 2.040 niños prematuros, para los cuales se dedican 100 camas para neonatos con mérito de hospitalización y 100 camas para recién nacidos producto de gestaciones de alto riesgo. Durante el año 1996 nacieron en este instituto un total de 8.674 niños, con una mortalidad perinatal de 272 niños, equivalente a 3,13%; durante el año 1997, sobre un total de 10.090 niños nacidos, murieron en el período perinatal 274, lo cual arroja un dato de 2,71% (1).

Un equipo médico del Hospital San José de Bogotá (2) revisó la mortalidad perinatal de dicho centro durante 10 años (1980-1989) e informó de 267 casos autopsiados: las diez patologías que tuvieron las tasas más altas van de sufrimiento fetal agudo, con una tasa de 134,49 por 100 mil nacidos, a enterocolitis necrotizante con 25,22 por 100 mil nacidos (p.93). La suma de estas diez patologías expresada en tasa por 1.000 nacidos es de 6,05.

Compárese esta tasa con la de mortalidad infantil, que para 1990 era de 5,91 por mil y una tasa bruta de mortalidad de 5,71 por mil según estudios del ISS (3). En nuestro medio se han realizado algunas revisiones sobre el tema de cómo tratar y prevenir las consecuencias psiquiátricas de la muerte perinatal (4), pero escasas investigaciones clínicas originales. Ésto unido a la magnitud del problema de la mortalidad perinatal ya señalado y al impacto psicológico que ocasiona en las madres la muerte de los niños en este período, justifica plenamente la realización de este proyecto.

DEFINICIONES

Duelo no complicado: es una respuesta psicológica adaptativa frente a la pérdida de un ser querido. Supone una lucha entre aceptar la pérdida o negarla mediante embotamiento de la

sensibilidad, incredulidad, intentos de revertir el fin o desenlace y explosiones emocionales. En el duelo no complicado se sucede una fase inicial de desorganización, seguido de una fase de reorganización. La fase de desorganización se expresa por medio de sentimientos de depresión y síntomas asociados como pérdida de peso, pérdida de apetito, insomnio, sentimientos de culpa o deseos de morir. El duelo no complicado no debe prolongarse más allá de dos meses.

Duelo patológico: en éste se distorsionan, intensifican y prolongan las fases anteriormente descritas.

Mortalidad perinatal: para los fines de esta investigación utilizaremos el siguiente criterio: "muerte fetal ocurrida a partir de las 28 semanas de vida intrauterina y del recién nacido hasta los 28 días de edad extrauterina" (5).

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Vínculo Materno fetal. Investigadores japoneses (6) han logrado establecer la relación de apego entre la madre y su feto mediante el uso de la escala de Cranley en una población de 275 mujeres embarazadas. Los factores que mostraron una correlación positiva fueron: edad gestacional, pues entre las cinco y 40 semanas se incrementa el apego madre-feto; movimientos fetales: a más temprana percepción de estos movimientos mayor apego. Los factores que mostraron una correlación negativa fueron ambivalencia de la madre y rechazo tanto de la madre como del padre a la posibilidad de embarazo. Igualmente se estableció una correlación negativa entre antecedentes de aborto e historia de un período prolongado de infertilidad previa.

Los trabajos de Zachariah (7), establecen que existe una relativa autonomía entre el vínculo materno fetal, frente a otros modelos de apego

afectivo como son el madre-hijo y el esposa-esposo. El factor predominante es la duración de la gestación: a mayor evolución más intensidad del vínculo. Estos trabajos establecen con seguridad razonable que existe un vínculo afectivo entre la madre y su feto y que por lo tanto es procedente explorar las reacciones afectivas de la madre a la muerte de su hijo antes del parto o después del mismo, como una pérdida de este lazo afectivo y no simplemente como el resultado de esperanza, proyectos o expectativas no realizadas. También es de interés comparar las respuestas afectivas de las madres con sus hijos muertos durante el embarazo o parto con las madres cuyos hijos fallecieron en el post-parto (primeros 28 días de nacidos).

Duelo Materno. Durante las dos últimas décadas se ha prestado cada vez más atención al duelo de los padres (en este caso la madre) cuyos hijos mueren durante el período perinatal. A pesar de que el vínculo madre-hijo es reciente, los patrones generales de respuesta son similares a los de las viudas (8), los rasgos comunes son embotamiento, aflicción generalizada, anhelo, cólera, irritabilidad y depresión. La reacción de duelo normal es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico, con sentimientos depresivos, pérdida de apetito, pérdida de peso e insomnio, sentimientos de culpa. Su duración varía pero, en general, no es prolongado ni intenso. DSM IV (9).

Lewis (10) ha observado que la respuesta afectiva hacia un duelo normal se facilita si el niño enfermo o moribundo no es separado bruscamente de la madre y si el niño muerto es visto, tocado y alzado en brazos por los padres.

Otros investigadores (11) se han dedicado al estudio del efecto tardío sobre los padres (hasta dos años) que

desencadena la muerte de su hijo. Éste tipo de investigaciones son muy arduas de realizar en nuestro medio, por la dificultad del seguimiento de los pacientes. Por lo tanto, en este trabajo sólo estudiaremos los efectos agudos. Otros trabajos amplían el estudio no sólo a la madre sino al padre y a los hermanos (si los hay). Por motivos de orden práctico ya señalados, nos limitaremos al estudio de los efectos maternos.

OBJETIVOS

Determinar la naturaleza del duelo en las pacientes del grupo de estudio, precisando a la vez cada una de las variables incluidas. Iguales determinaciones y precisiones se realizarán en las pacientes del grupo de comparación.

Se precisará si existen diferencias estadísticamente significativas respecto de cada una de las variables estudiadas, comparando los resultados de los dos grupos, con el objeto de someter a prueba las hipótesis planteadas.

PROCEDIMIENTO

Las pacientes se seleccionaron propositivamente para conformar el grupo de estudio y al azar para el grupo de comparación. Luego se identificarán cada una de las variables a estudiar mediante las entrevistas psiquiátricas, la revisión de las historias clínicas tanto de la madre como de los niños y la aplicación de un cuestionario con categorías discretas. Todas las mujeres son de nivel socioeconómico bajo, religión católica, sin antecedentes psiquiátricos previos o antecedentes de hiper-reacción a situaciones estresantes.

Las entrevistas psiquiátricas se ejecutarán según lo recomendado por Klauss y Kennell (8) tan pronto como sea posible después de la muerte del

niño, luego de tres días más tarde y luego hasta seis meses más tarde.

MÉTODO

Esta es una investigación ex-post-facto, teniendo en cuenta que las variables independientes ya están dadas y no hay control directo del investigador.

Totalidad de muertes perinatales durante el período de estudio.

Durante 1996 nacieron 8.674 niños en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, durante este mismo período se registraron 272 muertes perinatales, lo cual corresponde a una mortalidad de 3,13%. La muestra del grupo de estudio se estructuró durante un período continuo de seis meses, de 1996, a medida que se fueron presentando los casos de duelo complicado hasta completar un grupo de 20 pacientes, que satisfacían los criterios diagnósticos del DSM-IV, sobre un total de 130 pacientes cuyos niños murieron en ese lapso. Por tanto, la muestra representa el 100% de los casos de duelo complicado que se presentaron en esos seis meses. El grupo de control se estructuró durante el mismo tiempo, con las pacientes que presentaban duelo no complicado, y se escogieron aleatoriamente de las 110 pacientes restantes.

Procedimiento de selección de la muestra.

Para incluir a las pacientes en el grupo de estudio, se procedió mediante selección intencional, estableciendo si aquellas que sufrían de una reacción de duelo ante la muerte de su hijo en el período perinatal, satisfacían los criterios de inclusión establecidos en el DSM-IV (1994) (9).

Criterio A: desarrollo de síntomas de conducta o emocionales en respuesta a un estresor identificable (en este caso muerte del hijo), ocurrido dentro de los tres meses del inicio del evento.

Criterio B: éstos síntomas o

alteraciones de conducta son clínicamente significantes como es evidenciado por alguna de las siguientes características: 1. Desajuste mayor a lo que podría esperarse ante la exposición a ese estresor. 2. Una alteración significativa en el funcionamiento social, ocupacional o académico.

Criterio C: la alteración relacionada con el estrés no satisface los criterios de inclusión para otros diagnósticos específicos o no corresponden a exacerbación de trastornos pre-existentes.

Criterio D: los síntomas no representan un duelo normal (bereavement).

Criterio E: una vez que los estresores o sus consecuencias han terminado, los síntomas no deben persistir por más de seis meses.

Se entiende por trastorno agudo el que dura seis meses o menos y crónico el que dura más de seis meses.

Para el grupo control se establecieron como criterios de inclusión, la

presencia de un duelo no complicado, según los indicadores del DSM-IV, y se seleccionaron de manera aleatoria.

Todas las pacientes de ambos grupos aceptaron voluntariamente realizar las entrevistas y responder las encuestas. Igualmente, todas dieron la colaboración necesaria para la elaboración de la historia clínica. En la selección de la muestra no se tuvo en cuenta ningún factor adicional de conveniencia, como cercanía de la residencia o gravedad de la depresión, etc.

Se debe precisar que el DSM-IV es un manual de diagnóstico psiquiátrico, confiable, usado a nivel internacional como referencia de investigaciones psiquiátricas, el cual ha sido evaluado y validado en diferentes etnias y grupos culturales.

Tamaño de la muestra. En este estudio se trabajó con un alfa suficientemente pequeño (0.05 y 0.01) para así disminuir la probabilidad de error Tipo I. Sin embargo, en vista de que hay una

relación inversa entre las probabilidades de cometer errores Tipo I y Tipo II, se deseó reducir la probabilidad de ambos tipos de error tomando el máximo valor de N. En el caso de este estudio, el valor máximo posible de N en el período de muestreo es de 20 pacientes que satisfacen los criterios diagnósticos de duelo complicado. Lo anterior explica por qué 20 es el número de la muestra.

Elección de instrumento de medida.

Respecto a las dudas que puedan surgir sobre la posibilidad de hacer una inferencia válida con este tamaño de muestra, es sabido que para el empleo de Chi cuadrado, N puede estar entre 20 y 40 si las frecuencias esperadas son de cinco o más en los casos de $gl=1$. Teniendo en cuenta lo anterior, 20 sí es un número N suficiente para hacer inferencia usando esta prueba, como en este estudio que cumple con las condiciones explicadas anteriormente.

Noción de potencia. Por otro lado, cuando se usa Chi cuadrado en estudios como éste, en el que los datos están formados por categorías inherentemente discretas, la noción de potencia - eficiencia de la prueba Chi cuadrado no tiene importancia, pues la potencia exacta no se puede calcular. Sin embargo, es claro que el límite de distribución de potencias de la prueba tiende a 1 cuando N toma un valor grande. Por lo anterior se tomó el N más amplio posible en el período de estructuración de la muestra que fue 20 pacientes representando el 100% de los casos de duelo complicado en pacientes de muerte perinatal del hijo en ese período de seis meses.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y RESULTADOS

Se llevaron a cabo varios procedimientos de análisis.

Teniendo en cuenta que los datos consisten en frecuencias de categorías

Tabla 1. Muerte perinatal.

		Intrauterina	Después de nacer	Totales marginales de pacientes
Grupo				
	Obtenido	3	17	20
Duelo normal	Esperado	7.5	12.5	
	Obtenido	12	8	20
Duelo patológico	Esperado	7.5	12.5	
Totales marginales de muerte perinatal		15	25	40
X ² (Chi cuadrado)		7.56		
gl (grados de libertad)		1		

Tabla 2. Tipo de contacto.

		Visual	Visual + Táctil	Ninguno	Totales marginales de pacientes
Grupo					
	Obtenido	1	15	4	20
Duelo normal	Esperado	2	7.5	10.5	
	Obtenido	3	0	17	20
Duelo patológico	Esperado	2	7.5	10.5	
Totales marginales de tipo contacto		4	15	21	40
X ² (Chi cuadrado)		24.048			
gl (grados de libertad)		2			

discretas, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (prueba de significación de la diferencia entre dos proporciones) para determinar la significación de las diferencias entre los dos grupos.

Se realizaron estudios de correlación con el fin de describir el grado de asociación entre el nivel de duelo y las diferentes variables. Para efectuar estos análisis se calcularon Coeficientes de Contingencia C, medida del grado de asociación o relación entre dos conjuntos de atributos. Ésta se adapta particularmente al estudio, teniendo en cuenta que se dispone de información clasificadora (escala nominal) acerca de ambos conjuntos de atributos.

Para ilustrar estos análisis se utilizaron tablas de contingencia que permiten precisar las tendencias que se presentan en la evolución de los diferentes aspectos bajo estudio.

CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

- Relacionadas a la situación familiar (madre): edad, ingresos, educación, ocupación, vivienda, familia de origen, pareja conyugal y número de hijos vivos.

- Relacionadas a la condición obstétrica: embarazo deseado, control prenatal, amenaza de aborto, nacimiento y sexo del hijo.

- Relacionadas a la muerte del hijo: muerte perinatal: intrauterina (semanas) y postnatal (días) y diagnóstico definitivo (resultado de la autopsia).

- Relacionadas al vínculo madre-hijo: contacto con el hijo, información recibida sobre el hijo, asignación de un nombre al hijo y participación en las ceremonias funerarias.

- Relacionada a la condición psiquiátrica de la madre: diagnóstico psiquiátrico (DSM IV).

Se incluirán las tablas de contingencia y las variables en las cuales se

establecieron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos.

No hubo diferencias significativas para las siguientes variables: ingresos económicos, ocupación, vivienda, familia de origen, pareja conyugal (unión libre, casada, unión casual, viuda), embarazo deseado o no, control prenatal presente o ausente, parto vaginal o por cesárea, sexo del niño y diagnóstico definitivo.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas para las

variables: muerte perinatal, vínculo madre-hijo por contacto visual o táctil, información recibida sobre la condición del niño, asignación por parte de la madre de un nombre al niño y participación en los funerales.

RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Variables relacionadas a la muerte del hijo

- **Muerte Perinatal.** Ho: no hay diferencias significativas de las categorías de muerte perinatal (intrauterina o post-parto) entre el grupo de madres con duelo patológico

Tabla 3. Información sobre el bebé.

		Suficiente	Insuficiente	Inadecuada	Totales marginales de pacientes
Grupo					
	Obtenido	14	6	0	20
Duelo normal	Esperado	10	9	1	
	Obtenido	6	12	2	20
Duelo patológico	Esperado	10	9	1	
Totales marginales de tipo de información		20	18	2	40
X ² (Chi cuadrado)		7.200			
gl (grados de libertad)		2			

Tabla 4. Asignación de nombre.

		Sí	No	Totales marginales de pacientes
Grupo				
	Obtenido	14	6	20
Duelo normal	Esperado	8.5	11.5	
	Obtenido	3	17	20
Duelo patológico	Esperado	8.5	11.5	
Totales marginales de asignación de nombre		17	23	40
X ² (Chi cuadrado)		12.379		
gl (grados de libertad)		1		

Tabla 5. Participación en el funeral.

		Sí	No	Totales marginales de pacientes
Grupo				
	Obtenido	13	7	20
Duelo normal	Esperado	8	12	
	Obtenido	3	17	20
Duelo patológico	Esperado	8	12	
Totales marginales de participación en el funeral		16	24	40
X ² (Chi cuadrado)		10.417		
gl (grados de libertad)		1		

y el grupo de madres con duelo normal (tabla 1).

Los resultados son significativos para $p < 0.05$; podemos rechazar H_0 , luego hay significativamente más madres con duelo normal y significativamente menos madres con duelo patológico cuyo hijo muere después de nacer; además hay significativamente más madres con duelo patológico y menos madres con duelo normal cuyo hijo tuvo muerte intrauterina de lo que podrían esperarse por azar.

Variables relacionadas al vínculo madre-hijo

- **Tipo de contacto.** H_0 : no hay diferencias significativas de las categorías de tipo de contacto entre el grupo de madres con duelo patológico y el grupo de madres con duelo normal (tabla 2).

Los resultados son significativos para $p < 0.05$, podemos rechazar H_0 , luego hay significativamente más madres con duelo normal que tienen contacto visual + táctil con sus bebés, de lo que podría esperarse por azar.

Igualmente hay significativamente más madres con duelo patológico y significativamente menos madres con duelo normal que no tienen ningún contacto con sus bebés de lo que podría esperarse por azar.

- **Información sobre el bebé.** H_0 : no hay diferencias significativas de las categorías de información sobre el bebé entre el grupo de madres con duelo patológico y el grupo de madres con duelo normal (tabla 3).

Los resultados son significativos para $p < 0.05$, y podemos rechazar H_0 , luego hay significativamente más madres con duelo normal y significativamente menos madres con duelo patológico que tuvieron información suficiente

acerca de sus bebés, de lo que podría esperarse por azar.

Igualmente hay significativamente más madres con duelo patológico y significativamente menos madres con duelo normal que tuvieron información insuficiente acerca de sus bebés, de lo que podría esperarse por azar.

- **Asignación de nombre.** H_0 : no hay diferencias significativas de las categorías de asignación de nombre para el bebé entre el grupo de madres con duelo patológico y el grupo de madres con duelo normal (tabla 4).

Los resultados son significativos para $p < 0.001$. Podemos rechazar H_0 , luego hay significativamente menos madres con duelo patológico que asignaron nombre a sus bebés, de lo que podría esperarse por azar.

Igualmente hay significativamente más madres con duelo patológico y significativamente menos madres con duelo normal que no asignaron nombre a sus bebés de lo que podría esperarse por azar.

- **Participación en el funeral.** H_0 : no hay diferencias significativas de las categorías de participación en el funeral entre el grupo de madres con duelo patológico y el grupo de madres con duelo normal (tabla 5).

Los resultados son significativos para $p < 0.01$. Podemos rechazar H_0 , luego hay significativamente más madres con duelo normal y significativamente menos madres con duelo patológico que participaron en los funerales de sus bebés, de lo que podría esperarse por azar. Igualmente hay significativamente más madres con duelo patológico y significativamente menos madres con duelo normal que no participaron en los funerales de sus bebés de lo que podría esperarse por azar.

Los siguientes datos no ofrecieron diferencias significativas entre los dos grupos, pero se incluyen pues tienen interés cualitativo.

Los diagnósticos psiquiátricos de las pacientes del Grupo de Estudio fueron: trastornos adaptativos con síntomas emocionales mixtos 65%, con estado de ánimo deprimido 15%; con estado de ánimo ansioso 5%; trastornos psicóticos reactivos 10% y desorden ansioso 5%.

Todos los diagnósticos psiquiátricos del Grupo de Comparación fueron por definición: duelo no complicado.

El diagnóstico definitivo de la causa de la muerte perinatal se tomó del resultado de la autopsia, la cual se practicó en el 100% de los casos. Aunque se ha calculado que en el 5% de los casos de muerte perinatal no se puede determinar el diagnóstico aún con los estudios post-mortem (2), éste porcentaje de causa desconocida no se presentó en el estudio actual.

Los diagnósticos definitivos del Grupo de Estudio fueron: malformación congénita grave más prematuridad 20%; malformación congénita grave 20%; sufrimiento fetal 15%; sufrimiento fetal más prematuridad 15%; membrana hialina 10%; trauma externo 5%; gemelos fusionados mortinatos 5%; prematuridad 5%; malformación congénita grave más sufrimiento fetal 5%.

Los diagnósticos pediátricos del Grupo de Comparación fueron: malformación congénita grave 45%; prematuridad 15%; malformación congénita grave más prematuridad 10%; prematuridad más membrana hialina 5%; deshidratación 5%; trauma obstétrico 5%; hemorragia cerebral más prematuridad 5%; sufrimiento fetal 5%; sufrimiento fetal más prematuridad 5%.

DISCUSIÓN

Como se pudo establecer en los resultados, los factores que influyeron para favorecer el desarrollo de un duelo normal están dados por la posibilidad de vincularse la madre con el hijo en forma concreta y no sólo en la fantasía. Es decir, que la madre tenga suficiente contacto visual y táctil con sus hijos enfermos, moribundos o muertos; que reciba suficiente información acerca de la condición de los niños, lo cual incluye el diagnóstico de las expectativas de vida; que tenga la posibilidad de asignar nombre a sus hijos y participar en las ceremonias funerarias.

Otro factor que se investigó fue la captación de los movimientos fetales por parte de la madre, pues se supone que entre más temprana sea la captación, mayor posibilidad de vínculo. Esta variable no pudo establecerse de manera consistente, por lo tanto no se incluyó en el tratamiento estadístico del estudio.

¿Por qué las madres que no entran en contacto visual y táctil con su hijo, no logran elaborar el duelo? La respuesta propuesta en este trabajo, es que este grupo de mujeres se relaciona con el hijo imaginado y no con el hijo real. Esta relación con el hijo imaginado es una relación consigo misma o sea una relación de tipo narcisista, lo cual hace

que esta relación en la situación de duelo, no modificada por el contacto con la realidad, tienda a perpetuarse. Se requiere por lo tanto de la relación concreta entre la madre y su hijo muerto, para que pueda aceptarse la pérdida de éste y por lo tanto se abra la posibilidad de elaborar la pérdida.

Algunos funcionamientos de los servicios de obstetricia y perinatología favorecen el contacto entre madre e hijo, pues según nuestros hallazgos, 40% de estos niños nacen por cesárea en el grupo de estudio, la madre está bajo anestesia y si el niño nace muy enfermo, es separado de la madre y llevado a un servicio de cuidado intensivo, al que la madre no tiene acceso. Estos niños muy enfermos tampoco tienen la posibilidad de ser amamantados por sus madres pues reciben alimentación por sonda nasogástrica o alimentación parenteral.

El personal médico y paramédico consciente o inconscientemente intenta proteger a la madre del dolor por la muerte del niño, no suministrando información suficiente, ni permitiendo el contacto entre la madre y su niño enfermo, moribundo o muerto, lo cual incrementa las posibilidades de que el duelo curse en forma patológica. La familia extensa se involucra en este tipo de manejo y lo continúa.

RECOMENDACIONES

Un equipo de salud mental trabajando en un servicio de neonatología debe educar y sensibilizar al personal sobre las necesidades del bebé (12).

Pero también debe seguir algunas recomendaciones en el manejo de esta situación como son:

- Dar información objetiva y completa sobre la condición del niño.
- Facilitar y permitir el contacto visual y táctil entre madre-hijo, ésto incluye al niño enfermo, moribundo y también el cadáver del niño.
- Promover que la madre asigne un nombre a su hijo.
- Facilitar la participación de la madre en las ceremonias fúnebres, pues son ritos de paso facilitadores del duelo.
- Proporcionar el soporte emocional necesario para facilitar la expresión de las vivencias de la madre en la fase aguda del duelo, sin necesidad de suministrar ansiolíticos y antidepressivos.

Por otro lado, la rabia, el miedo y otras emociones generadoras potenciales de culpa que algunas madres puedan sentir en relación con el hijo esperado, deben tener un espacio psicoterapéutico durante el embarazo con el objeto de integrar estas emociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe Anual. Departamento de Estadística. Instituto Materno Infantil de Bogotá. 1993-1997.
2. **Macias AR.** Correlación clínico patológica perinatal en el Hospital San José de Bogotá. *Actualizaciones Pediátricas* 1992; 2:89-95.
3. **Upegui C.** Una publicación científica de interés social. *Actualizaciones Pediátricas* 1992; 2: 88.
4. **Vásquez R, Rodríguez E.** Cómo tratar y prevenir las consecuencias psiquiátricas de la muerte perinatal. *Actualizaciones Pediátricas* 1993; 3: 56-61.
5. **Valenzuela R.** Manual Pediátrico. México: Interamericana; 1970.
6. **Narita S, Maehara S.** The development of maternal-fetal Attachment during pregnancy. *Nihon Kango-Kagakkaiishi* 1993; 13; 1-9.
7. **Zachariah R.** Maternal-fetal attachment. *Res Nurs Health* 1994;17: 37-44.
8. **Klauss M, Kennell H.** Maternal-Infante Bondina. St. Louis: Mosby. 1976.
9. Am. Psychiat. Ass. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington D.C. 1994.
10. **Lewis E.** The Management of Still birth. *Lancet* 1978; 2: 619-620.
11. **Bowlby J.** Tristeza y Depresión. Buenos Aires: Paidós. 1990.
12. **Maldonado JM.** La psiquiatría de enlace en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Bol. Med. Hosp. Infant. México.* 1993; 50 (10): 754-759.