



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO V – N. 11 – 2011

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/148d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS, UNA LLAMADA A LA INNOVACIÓN" **FORÁNDALUS 2011 V Reunión Internacional de Investigación en Enfermería**, reunión semi-presencial celebrada del 12 al 15 de abril de 2011 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **El profesional de enfermería en la construcción de duelo en la pérdida fetal**

*Autores* Verónica Díaz Sánchez

*Centro/institución* Hospital de Fuenlabrada

*Ciudad/país* Madrid, España

*Dirección para correspondencia* Avda. Maliciosa 8-Urb. Ponderosa Sierra, 28492 Mataelpino (Madrid), España

*Dirección e-mail* veronicads@telefonica.net

## RESUMEN

*Justificación.* El aborto supone una crisis vital y una necesidad de apoyo formal (AF) importante al paciente y familia. *Pregunta.* ¿Cómo percibe el enfermero/a la atención prestada en el proceso de duelo en el aborto? *Objetivo.* Analizar autopercepción del AF hospitalario que presta el profesional de enfermería a las mujeres con aborto espontáneo en el primer trimestre de gestación. *Metodología.* Fenomenológico perspectiva de género. Población diana: enfermeros/as de hospital madrileño. Desarrollado Trabajo de campo. Análisis del discurso. *Resultados.* El AF implica ver el embarazo como riesgo y la pérdida fetal como un fenómeno "normal". La naturalización del proceso conduce a una visión esencializada y uniformización de la mujer. *Conclusión principal.* El AF enfermería es fundamental para la construcción social del duelo. El estudio describe las necesidades expresadas por el profesional y la complejidad de la atención a la mujer en proceso abortivo.

**Palabras claves:** Duelo/ Enfermería/ Género/ Aborto/ Cualitativo.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La mayoría de las mujeres que han experimentado la pérdida de un embarazo, saben que ésta supone una crisis personal de proporciones mayores. Los abortos espontáneos ocurren en un 14-18% de los embarazos, a menudo antes de que el embarazo sea clínicamente apreciable. De tal modo, que las consecuencias psicológicas y sociales producidas después del aborto espontáneo tienen escasa importancia, tanto en la clínica como en la investigación, sobre todo si se trata de un embarazo al comienzo de la gestación.

Por lo que se refiere al aborto espontáneo hay numerosos autores que lo conceptualizan como un acontecimiento vital estresante cuya aflicción es tremendamente compleja y puede ser difícil de resolver, pudiendo provocar secuelas psicológicas que afecten a embarazos posteriores y a su relación materna-filiares futuras. Estudios en este sentido han puesto de relieve el hecho de que el apoyo social es un elemento reductor del estrés. Por otro lado, otros autores revisados han demostrado que la capacidad de afrontamiento de la situación de pérdida fetal tiene relación con la adecuada construcción del duelo. (1,2).

En este sentido, algunas investigaciones han destacado el efecto beneficioso del counselling (acompañamiento profesional) sobre este tipo de pacientes, jugando un papel importante en el aumento de la autoestima y en la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos, la confusión y la atribución personal (3). En 2009 Swanson KM et al., siguiendo en esta línea, realizan un ensayo clínico aleatorio controlado examinando los efectos de tres intervenciones centradas en parejas que habían experimentado un aborto espontáneo, el estudio concluye que la intervención de los cuidados de enfermería (tres sesiones de acompañamiento) es la más beneficiosa para acelerar la resolución del proceso de duelo, frente a intervenciones como el autocuidado, módulo de tres vídeos y libro o el cuidado combinado (una sesión de acompañamiento y tres módulos de autocuidado) (4).

En 1999 Gardner (5) publicó el resultado de un largo trabajo de investigación donde reflejaba la perspectiva de los profesionales en la atención en la muerte perinatal. Este estudio nos interesa en la medida que introduce como agentes del fenómeno, a los profesionales de enfermería, sus sentimientos y necesidades. Estudios posteriores coinciden en la dificultad que en muchas ocasiones encuentran los profesionales, al no sentirse cómodos o no saber manejar adecuadamente la situación cuando se trata de la muerte fetal (6,7).

De ahí, que este estudio explore y comprenda cómo concibe el profesional de enfermería la naturaleza del proceso de intercambio de ayuda que realiza en el seno de una pérdida fetal en el primer trimestre de gestación.

### Objetivo principal

Analizar la autopercepción sobre el apoyo formal que presta el profesional de enfermería a las mujeres con procesos abortivos espontáneos en el medio hospitalario.

## **Metodología**

Este estudio tiene un carácter exploratorio, utilizando una estrategia de tipo cualitativa y fenomenológica, con perspectiva de género. Ámbito de estudio: el entorno del servicio de urgencias obstétricas de un hospital de la zona sur de la Comunidad de Madrid. Sujetos de estudio: el muestreo fue por propósito, siendo los participantes del estudio el personal de enfermería de los servicios de urgencias obstétricas, quirófanos y reanimación que prestan atención sanitaria a mujeres diagnosticadas de embarazo no evolutivo en el primer trimestre de gestación.

### *Procedimientos*

Trabajo de campo. La recogida de datos se planteó en tres fases consecutivas, y los procedimientos seleccionados fueron la observación participante (contexto etnográfico y observación intensiva del medio hospitalario), 12 entrevistas en profundidad al personal de enfermería. Análisis de los datos: Tº fundamentada siguiendo a Corbin y Strauss (8). Se utilizó el programa informático atlas ti. 5.0. Consideraciones éticas: todos los participantes han sido informados verbalmente por el equipo investigador y han firmado el consentimiento informado, aprobado por CEIC del Hospital de referencia. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos.

### *Resultados principales*

Los cuidados de enfermería combinan dimensiones físicas y existenciales, la dolencia corporal y el sufrimiento humano. Es así, que el análisis del contenido de los discursos de los enfermeros/as aparece como categoría central de la que hemos denominado Ancla de enfermería, referenciando la autopercepción que posee el profesional de enfermería sobre el apoyo formal que ejerce durante su proceso de cuidado. Por más materialista que sea, y por más que esté basada en las ciencias naturales, la enfermería, en tanto que forma de actividad, aúna los ámbitos moral y material. Es así, que para poder abordar de un modo más gráfico el proceso de cuidado se ha dimensionado esta categoría en dos vertientes fundamentales: La primera es la dimensión cuantitativa versus cualitativa y la segunda se enriquecen con los conceptos que diferencian entre apoyo instrumental versus expresivo.

#### *Dimensión cuantitativa versus cualitativa*

En torno a esta primera dimensión el apoyo que recibe la mujer es valorado como escaso por la mayoría de los trabajadores entrevistados, la carga de trabajo y la priorización del trabajo técnico dificultan una interacción pausada y acorde a las circunstancias de su situación vital. El profesional de enfermería aprovecha las intervenciones técnicas derivadas de las ayudas a las exploraciones médicas, control de los tratamientos, preparación para poder interaccionar con la mujer.

EU3: *“aprovecho al sacarles sangre y hablo un poquito con ellas, así..”*

Los profesionales de enfermería reflexionan sobre la ayuda que dan a la mujer en términos de “bondad” de la interacción expresada por las percepciones o juicios sobre la adecuación de los contactos interpersonales:

ER3: *“se intenta que estén más o menos a gusto, que puedan desahogarse hablando o llorando y poco más, es que poco más hacemos, les perdemos la pista. La pista luego se la perdemos en casa, luego ya no se...”*

EU2: *“esa información la damos a primera hora de la mañana, y es muy importante, si esta información la tuviésemos que dar a las seis de la tarde después de haber visto dos mil chorradas de urgencias, no sería igual, (risa de la entrevistadora), es muy impor.... A mí me parece... porque a primera hora de la mañana, vienes con fuerza, y lo primero que te encuentras son las dos legrados, tres legrados para preparar, con lo cual te dedicas al cien por cien con ellas, y es.... Yo siempre lo he dicho ¿eh? Que si no fuese así... que si yo tuviese que preparar un legrado a las cinco de la tarde después de haber visto veinte mil chorradas, pues a lo mejor no tienes ni las mismas ganas, ni las mismas fuerzas, y es una lástima pero es que... es así, después de tantas horas, y viendo tantas cosas, al final, pues, automatizas el trabajo y no les dedicas el tiempo que realmente se lo merecen, y por la mañana es ideal porque tienes de nueve a diez de la mañana para explicarles todo, con paciencia, todo....está muy bien pensado en ese sentido”*

EQ2: *“Aquí la verdad es que no estamos mucho con ellas, se ve más cuando están en el antequirófano, luego, cuando están en el quirófano, como está dormida y eso...”*

EU2: *“ya pero a primera hora de la mañana siempre tenemos ahí un margen de una horita, que aunque haya mucha carga, pues entre que los gines [ginecólogos] no están aquí, nosotros venimos con fuerza, y es lo primero que hay que hacer, con lo cual te dedicas más a eso”*

Interesante es la diferencia que se hace en cuanto a disposición de información que se da a la mujer que se le practica un legrado evacuador, en relación a otras intervenciones quirúrgicas:

ER3: *“... ¡Ah!, ¿no lo sabías? Pues en algunas cirugías a las 24h hacemos un seguimiento telefónico, en la especialidad de traumatología, ginecología y otorrino. Pero en gine [ginecología] no entran los legrados” [Explica que no es así, porque no están en el parte de quirófano, se programan como urgencias].*

Como vemos el apoyo instrumental que realiza el personal de enfermería está guiado fundamentalmente por la cosificación biológica del proceso, más que por el conocimiento de la persona cuidada. La organización del trabajo de la enfermera está totalmente relacionada con el desglose originado por el análisis científico y de la especificidad técnica, no con la necesidad psicológica, moral o social de la mujer. Es una influencia del taylorismo, que hace notar no sólo en la organización de las funciones, sino también en los cuidados técnicos. Sugiere una clasificación u uniformidad de las técnicas de los cuidados alrededor de una serie de puntos clave: eficacia, seguridad y confort que le dotan de un hado de profesionalidad a unos cuidados hipertecnificados y medicalizados. Así, la organización del trabajo basados en las tareas-de-cuidar, tareas que tienen por vínculo de unión la organización del servicio, pero muy difícilmente el conjunto de situaciones individuales vivida por la mujer con pérdida fetal.

### *Dimensión instrumental versus expresiva*

En los discursos de los profesionales ha aparecido continuamente la necesidad de dar información a la mujer en el proceso de pérdida fetal, de tal modo que el apoyo formal que realizaba la enfermería se centraba fundamentalmente en la provisión de ayuda material tangible o interpretable. De una manera más residual, siente que presta apoyo expresivo que hace las veces de complemento al carente por parte del colectivo médico:  
EU1: “creo que sí que influye algo el ...el...depende de cómo, de cómo el ginecólogo haya atendido a la mujer, mi .. mi atención hacia ella, depende..”

ER3: “*Y que tengas que estar tu pendiente del médico y oye por favor pues díselo, de que haber si puedes poner un PIC a psiquiatría, psiquiatría esa es, otra que no hay psicólogos, para tengan un seguimiento que es un palo muy duro*”

EU2: “*cuando les das toda la información de cómo vamos a hacer todo el proceso de prepararla para el quirófano, en qué consiste el legrado, qué les va a pasar, como se les va a dormir, que vamos a hacer después, cómo van a sangrar, cómo van a hacer el seguimiento.... Se quedan mucho más tranquilas...*”

EU2: “*al fin y al cabo lo único que tienes que dar es una noticia,... ver si el embarazo va ó no,..y... dar la noticia. Realmente es que su labor creo que queda ahí,... y la mayoría de las veces queda ahí, no... no atienden un poco más lo que es la ... el factor psicológico de la mujer*” [hablando del trabajo de los ginecólogos].

El profesional de enfermería se siente como un colaborador, como un ancla, un apoyo emocional que ayude a la mujer a no perderse en el mar de emociones sin rumbo, encauzar la expresión y vivencia de esas emociones, es así como se describen así mismos:

EQ3: “la enfermería da un apoyo muy grande”

ER2: “el equipo de enfermería...todos...son un gran apoyo”

Interesante es como pilar fundamental en la descripción que realiza el enfermero sobre la ayuda que realiza a estas mujeres, la capacidad de comprensión de lo que le está ocurriendo a la mujer:

EQ2: “*hay que intentar entender lo que les pasa*”

EQ3: “*mucha sensibilidad*”

Siguiendo a la capacidad de comprensión de la situación, los profesionales de enfermería nos cuentan, que sin la posibilidad de manifestar esa comprensión a través de la transferencia emocional, no podría darse las circunstancias para poder ayudar a estas mujeres. Es así, que el uso de la transferencia emocional, hace transmitir emociones positivas hacia la mujer que puedan aportar algún beneficio:

EQ2: “*hay que ser lo más agradable posible*”

EQ1: “*hacemos lo posible para tranquilizarla*” *Esta transferencia podría convertirse en algo recíproco, por la vivencia personal de la enfermera, lo que siente la mujer lo puede sentir la enfermera también. En el caso de la enfermera con una hija nos lo cuenta así:*

EQ3: *“lo pasaba peor cuando estaba embarazada... cuando se te nota tanto el embarazo puede ser más duro para ellas”.*

En los discursos de los profesionales gravita el peso de su rol profesional que se centra en un rol que tiene como responsabilidad el bienestar de la mujer, debiendo hacer todo lo posible para facilitar su recuperación en los mejores términos que le permita su habilidad. Por ello, entre las expectativas del rol está la de que el enfermero adquiera y use una alta competencia técnica en su labor de cuidado, para la asistencia de las mujeres, ayudando al médico en su labor de diagnóstico y tratamiento:

EU2: *“...estilo consulta, con lo cual eeeeeh son pacientes, al ser una urgencia, son pacientes que vienen y van, son atendidos por la ginecóloga eeeeeh, son... es una consulta en cuanto a ginecología, en cuanto a pacientes que están en observación les administras el tratamiento y apenas están..están mejor pues se marchan, con lo cual no hay un seguimiento del paciente, no hay desde que llega... esta... desde que viene con un problema, con un problema que se les atiende si la mejoría le das el alta que ese es un seguimiento del paciente, pues no. Aquí es como de paso.”*

El objetivo de la enfermería es llegar a la consecución de las prescripciones establecidas para favorecer “la curación”. Los cuidados de los enfermeros se convierten en la técnica, después en los cuidados técnicos. Es así, que el enfermero sienta que la propia demanda de la mujer en la urgencia gineco-obstétrica no está justificada en sí misma por no estar englobados dentro de lo que ellos consideran “estar enfermos”:

EU1: *“...bien es verdad que la mayoría de los que tenemos aquí son consultas, no son realmente de urgencias”*

EU2: *“...el trabajar con pacientes que no son enfermos...porque trabajas en un hospital, pero no son pacientes que están enfermos...”*

De esta manera la asistencia a procesos no considerados mórbidos sirve de justificación para la falta de tiempo en la provisión de apoyo formal a las mujeres que tienen un problema orgánico filiado y reconocido a través del diagnóstico del aborto espontáneo:

EU3: *“si esta información la tuviésemos que dar a las seis de la tarde después de haber visto dos mil chorradas de urgencias....”*

EU1: *“es un servicio que no es... aparte... bueno..., bueno estos casos, digamos los de los abortos que son los más.... son un poco los más traumáticos para la mujer”*

Los profesionales de enfermería que trabaja en el ámbito de la urgencia obstétrico-ginecológica viven con disonancia sus planteamientos en relación a lo que entienden por embarazo y la ideología en la que están inmersos sus cuidados enfermeros. Por un lado, nos cuentan la adscripción del proceso de salud a las demandas sanitarias de las mujeres que acuden a urgencias, pero por otro lado, critican la vivencia que tiene la mujer de su embarazo como enfermedad. En este contexto de ambivalencia aparece lo que un enfermero denomina “el embarazo como nueva patología” (EU3). Durante toda la existencia humana, el embarazo ha sido algo fisiológico para las mujeres; se quedaban embarazadas, seguían con su rutina diaria, con su vida, daban a luz y todo

seguía siendo igual, con el añadido de cuidar a un bebé. Hoy día este enfermero percibe que todo se sobredimensiona, el embarazo incluido, ya ha dejado de ser algo fisiológico, para ser algo patológico. La vida de la mujer gira en torno a este embarazo, a examinarse, a explorarse, a percibir que el feto está en peligro ante cualquier incidencia de la madre, pero lo interesante de esta ambivalencia es la falta de reflexión en torno a las prácticas asistenciales que generan la dependencia de la mujer embarazada al sistema sanitario. Las mujeres dejan de tener confianza en sus cuerpos, y el profesional de enfermería critica esta actitud sin pararse a pensar si son consecuencias de la intervención sanitaria que se establece sobre el proceso de procreación en nuestra sociedad.

EU3: “... tengo una diarrea y... ¿le va a pasar algo al feto? A ver, (silencio) es decir, tu puedes tener una diarrea estando embarazada ó estar sin embarazarse, sin estar embarazada, y no te va a pasar nada ¿sabes?...: lo ven todo como que están enfermas, desde el principio, y eso hace que todo sea más tórpido, y yo creo que sí, que .... Yo eso sí que lo veo, que la mujer, ha cambiado en ese concepto...en ese aspecto, que el embarazo lo ven como, no como algo fisiológico...la mujer en sí ya, bueno en general, no todas, pero sí que tienden a verlo todo, todo como más difícil, como una patología, como que están enfermas cuando realmente.....”

Escaparate de esta ambivalencia es consecuencia de la medicalización y control exhaustivo del embarazo, en la medida que la mujer acaba viviendo su gestación a través de sus médicos y sus percepciones parecen que no tienen valor, están mediatizadas por la tecnología médica, esta las condiciona hasta tal punto que transforma la vivencia que tiene la mujer y su familia de su embarazo como una enfermedad. Es así, que no ha sido difícil evidenciar en la observación participante, los comentarios de los profesionales en torno a la búsqueda de la “foto” del embrión como demanda en la asistencia de las mujeres embarazadas:

*“si no diéremos la ecografía, muchas menos mujeres vendrían a la urgencias...”*  
[Observación participante en la urgencia obstétrico-ginecológica].

Desde el punto de vista del apoyo expresivo, es revelador el recorte discursivo de este informante al hablarnos de un tipo de cuidados que trasciende el meramente el proceso patológico en sí, que se centra ya no en la enfermedad o el proceso mórbido de la pérdida fetal, sino en la persona y en el significado que tiene en referencia a su realidad, a su forma de vivir, *\_entre otras cosas\_* a su forma de vivir la enfermedad.

EU2: *“incluso cumplan los requisitos de protocolo [criterios estrictamente biológicos], no son candidatas a ello, es decir, no sólo pienso que se deba evaluar la vesícula si es más grande, más pequeña, si lo puede hacer a nivel ambulatorio ó quirófano, sino también habría que mirar, la capacidad que tiene esa paciente para afrontar el reto ese de abortar sola en casa”*

Pero por otro lado, se mantienen un apoyo expresivo basado en diferentes mecanismos de afrontamiento que en el fondo busca una canalización basada en una interpretación de la enfermedad como proceso exclusivamente fisiopatológico:

ER3: *“Entonces pues eso les intentas aconsejar y decirles qué bueno que van a intentar ver que por que les ha pasado eso, que lo que han podido, pues en la intervención pues*

*eso lo analizan, lo mandan a laboratorio para ver que en lo sucesivo no vuelva a pasar y que le puedan explicar cuál ha sido el motivo. Eso muchas veces a ellas les preocupa el saber cuál ha sido el motivo”.*

Los enfermeros priorizan acerca de la necesidad de dar apoyo instrumental y expresivo a las mujeres, ¿pero cómo lo dan?, dando información, explicando, aclarando las ideas. El concepto de apoyo queda enmarcado en la palabra información: la informan del protocolo a seguir, del entorno, de los circuitos, todo con un propósito central: quitar la culpa.

El embarazo es referenciado por los profesionales de enfermería como una apertura al riesgo, y esto incide directamente en cómo construye el enfermero/a la ayuda formal en la pérdida fetal. La configuración de los límites del concepto de riesgo orienta la elección de prácticas sanitarias. El embarazo es visto como una etapa precaria que requiere control constante y vigilancia en las prácticas imprudente de la futura madre. Es así, que el profesional enfermero utiliza la información como herramienta de apoyo formal en la pérdida fetal. Los profesionales describen la información como explicación de lo fisiológico, de esta manera adquiere tinte de normalidad. La información la perciben como el apoyo que dan, en la medida que favorece la minimización del sentimiento de culpa de la mujer.

El profesional asume que la mujer que aborta espontáneamente soporta un fuerte sentimiento de culpa por su gestación interrumpida, siendo la racionalización del aborto la panacea del apoyo formal de la enfermería. La pérdida fetal se hace explicación de lo médico, se describe la pérdida fetal en términos de normalidad. Aquí el concepto de salud y normalidad tiende a confundirse con el concepto de frecuencia. Lo saludable se define por la búsqueda de la normalidad y esa normalidad se define en términos de frecuencia estadística: pérdida fetal es lo “normal”, lo “frecuente”, lo que es “habitual”, el profesional ayuda a la mujer a enfrentarse a su problema a través de la construcción de una cognición sostenible para ella basada en el concepto de “normalidad”.

Usan la racionalización científica para minimizar y reestructurar la realidad cognitiva de la mujer, intentando disminuir el recuerdo de abortos previos y realzando las maternidades previas. Todo esto lo hacen, lo argumentan, entendiendo que estas pacientes necesitan apoyo instrumental y expresivo para afrontarlo, pero en este aspecto la explicación de lo normal, de lo habitual, hace que ellos perciban que la mujer se sienta aliviada, de hecho incluso, alguno percibe que la mujer cuando se da cuenta que en su entorno incluso se ha dado, la normalidad de su proceso, le proporciona más alivio, por lo tanto, los profesionales sienten que la comparación social de estas mujeres con la realidad de otras puede suponer un buen amortiguador para su situación de crisis .

EU1: *“...decirles que esto es normal, que a la mayoría de las mujeres les pasa, que... la mayoría de las mujeres tienen mínimo a lo mejor un aborto a lo largo de su vida, y que es incluso normal tener hasta dos o tres seguidos, y que no pasa nada y yo creo que...”*,

EU3: *“ que los abortos es algo totalmente normal, uno de cada tres , de cada cuatro, acaba en aborto,...y eso, bueno lo sabemos nosotros, ellas no... esto es un bache que ha ocurrido y que no tiene mayor trascendencia puesto que es muy habitual que una mujer a lo largo de su vida tenga uno, dos ó tres abortos durante...antes de tener hijos,”*

UE2: *“es que es algo tan habitual, nosotros lo vemos tanto, Yo....”*

En esta normalización hay un acercamiento al posicionamiento, al modelo biomédico. Aunque hay una cosa bien clara, y es que aunque en el discurso ellos transmiten esa normalidad, entienden conscientemente la relación entre esta normalidad y el cómo lo vive la mujer, pero todos a la hora de hacer y prestar apoyo a esa mujer, se lo expresan así porque creen de verdad que esa normalidad hace que una mujer que ha sufrido el aborto espontáneo lo afronte en mejor término.

EU1: “... hombre ..., no es que le vaya a quitar la pena, pero es a lo mejor abrirle un poquito...más..., la esperanza, la expectativa de... de próximos embarazos..., de intentar acabar con, con eso..., lo antes posible que muchas veces...”

EU3: “... Cuando le explicas que es muy habitual, que aproximadamente el 20 por ciento de los embarazos eeeeh son abortos, que no tienen ningún.... Y ellas no han hecho nada mal, simplemente que son por causas genéticas, ó ó malformaciones tan pequeñitas y tan de inicio que se para el embarazo, ellas se quedan más tranquilas...”

Las conductas de afrontamiento adaptativas del profesional de enfermería tienden más a la evitación del proceso de pérdida fetal que a la aproximación moral y emocional de la misma. La actitud que describe en su discurso el profesional de enfermería, si bien no es amortiguadora para la situación vital de la mujer, puede resultar adaptativa para su quehacer profesional, nos estamos refiriendo a una actitud defensiva que se muestra como un escudo, con conductas evitativas disruptivas, en las que se intenta mantener las condiciones amenazantes fuera de la propia conciencia. Así el acto quirúrgico del legrado, es descrito como un acto brusco y deshumanizado, sobre todo cuando se confirma visualmente el embrión y es la enfermera/o responsable de depositarlo en un recipiente para anatomía patológica. Se establece la defensa y la protección frente a la fragilidad emocional en frases como:

EQ3: “me da igual llevar un legrado”.....“Hay cosas peores” (el compararlo con cosas peores está evitando el análisis de la situación)

EQ1: “no te puedes implicar”

Otra faceta que representa las actitudes defensivas del profesional tienen que ver con lo que podríamos llamar disfrazar la situación: al referirse al concepto de “animar” a la mujer, al decirles:

EQ3: “Que es una cosa pequeña, que se recuperan pronto,...que el tiempo lo cura todo”

En realidad es disfrazar el sufrimiento de la mujer con mecanismos de defensas paralelos que se generan dentro del ámbito de trabajo profesional de enfermería, que buscan la minimización de la situación vital de la mujer a través de afrontamientos cognitivos orientado hacia el propio profesional que de algún modo intenta transferir a la propia mujer. La ayuda del profesional al proceso de duelo, se centra en el consejo de un nuevo embarazo, reflejando la negación del duelo como un hecho social.

EQ3: “ Es que si le das más importancia, no animas hay que decirles uq se van a embarazar pronto, es lo mejor...”

ER4: “ ..No sabes cómo se rió cuando le dije que por aquí no la veo hasta que venga a hacerse una cesárea como mínimo...”

Detrás de ese fenómeno de cosificación, aparecen carencias y necesidades expresadas por el profesional: la falta de experiencia, insuficientes herramientas y habilidades de comunicación, y sentimientos de falta de capacidad para manejar la situación.

EU3: “...¿quién está preparado para el sufrimiento humano?”

## **Conclusiones**

El cuidado formal recibido en las instituciones sanitarias es vivido por el profesional de enfermería como un acto burocrático y centrado en la situación biológica. El dialogo es mínimo, no se establece una comunicación terapéutica: no hay espacio para la escucha, los tiempos están limitados y las acciones de enfermería no trascienden los límites de la rutina. La enfermera se expresa en términos de obligación ante la alternativa de la empatía o despego, en un intento de acercarse a las mujeres, pero ese acercamiento está descontextualizado y condenado a un mero trámite normativo.

El sanitario no ve una muerte real y condena la posibilidad de que exista otra muerte, la muerte social o simbólica. El embarazo es referenciado por los profesionales de enfermería como una apertura al riesgo, y esto incide directamente en cómo construye el enfermero/a la ayuda formal en la pérdida fetal. El profesional de enfermería niega el duelo como un hecho social. Detrás de ese fenómeno de cosificación (9), aparecen carencias y necesidades expresadas por el profesional que muchos autores han descrito en estudios previos: la falta de experiencia, insuficientes herramientas y habilidades de comunicación, y sentimientos de falta de capacidad para manejar la situación (6,7).

Como factores facilitadores para manejar los propios sentimientos destaca la oportunidad de compartir la experiencia con otros profesionales y el apoyo de otros miembros del equipo con más experiencia en este tipo de procesos. También es fundamental una formación continuada al respecto y la existencia de protocolos y guías de actuación con perspectiva de género. (6, 5,10).

### *Apéndice de entrevista a profesionales enfermeros*

Enfermero Reanimación 1 (ER1): 33 años, soltero, con pareja estable con quien convive. No experiencias de abortos previos vividos con pareja. No tiene hijos.

Enfermera Reanimación 2 (ER2): 32 años, soltera, con pareja estable con quien convive. No abortos previos. No tiene hijos.

Enfermera Reanimación 3 (ER3): 26 años, soltera, sin pareja. Vive con sus padres. No abortos. No tiene hijos.

Enfermera Reanimación 3 (ER4): 38 años, casado. Experiencia previa de abortos con su pareja. Tiene dos hijos.

Enfermera Quirófano 1 (EQ1): 35 años, soltera, no tiene pareja estable. No experiencia de abortos. No tiene hijos.

Enfermera Quirófano 2 (EQ2): 25 años, soltera, no tiene pareja estable. No experiencia de aborto, no tiene hijos.

Enfermera Quirófano 3 (EQ3): 35 años. Tiene pareja estable. No experiencia de aborto, no tiene hijos.

Enfermero quirófano 4 (EQ4): 39 años. Casado. Experiencia de aborto previo con pareja actual. Dos hijos.

Enfermera Quirófano 3 (EQ3): 34 años, casada. No tiene experiencia de aborto, tiene una hija de unos 2 años de edad.

Enfermero área obstétrico ginecológica 1 (EU1), 35 años soltero, área obstétrico ginecológica, sin hijos.

Enfermera área obstétrico ginecológica 2 (EU2), casada, 39 años. Con historia de abortos previos. Dos hijos.

Enfermero área obstétrico ginecológica 3 (EU3), 35 años. soltero. Sin hijos

## **Bibliografía**

1. Rodríguez C. La muerte representada e integrada en el duelo. Cul cuid [ revista digital] 2001. [consultado el 22 de marzo 2006]. Disponible en: [http://www.index-f.com/cultura/9revista/9\\_articulo\\_45-48.php](http://www.index-f.com/cultura/9revista/9_articulo_45-48.php).

2. Iribarne C, Mingote C, Denia F, Ruiz Balda JA, de la Fuente Pérez P. Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. 2002; 64: 7-14.

3. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. Nurs Res. 1999; 48 (6): 288-298.

4. Swanson KM, Chen H-, Graham JC, Wojnar DM, Petras A. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. J Womens Health. 2009; 18(8): 1245-1257.

5. Gardner JM. Perinatal Death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England and Japan. J Transcult Nurs. 1999; 10(2): 120-30

6. Gold KJ. Navegating care alter a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol. 2007; 27: 230-37.

7. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. JOGNN. 2008; 27:631-39.

8. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

9. Taussig M. La reificación y conciencia del paciente. En: Un gigante en convulsiones. Barcelona: Editorial Gedisa; 1995. p110-143.

10. Chan MF, Lou F, Zang Y, Chung YF, Wu LH, Cao F et al. Attitudes of midwives towards perinatal bereavement in Hong Kong. Midwifery. 2007; 23: 309-21.