



**EL COLEGIO
DE SONORA**

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

**Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en
Hermosillo, Sonora**

Tesis presentada por

Claudia Figueroa Ibarra

Como requisito parcial para obtener el grado de

Doctora en Ciencias Sociales

Directora de tesis: Dra. Patricia Aranda Gallegos

Lectora interna: Dra. María Del Carmen Castro Vásquez

Lectora externa: Dra. Monserrat Amada Salas Valenzuela

Hermosillo, Sonora.

Marzo 2022

Dedicatoria

Para mi hija Ana Paula...
porque, al realizar esta investigación, *materno tu ausencia*.

Firmas

Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora

Dra. Patricia Aranda Gallegos

Directora de tesis

Dra. María Del Carmen Castro Vásquez

Lectora interna

Dra. Monserrat Amada Salas Valenzuela

Lectora externa

Agradecimientos

Es complejo plasmar el agradecimiento que siento por todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para concluir esta etapa. Empiezo por agradecer enormemente al Colegio de Sonora y a la Universidad de Sonora por el apoyo brindado, específicamente a la Dirección de apoyo a Docentes, Investigación y Posgrado de la Universidad de Sonora y a la Secretaría de Educación Pública de México que, a través del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), me otorgaron una beca para cursar este doctorado.

A las instituciones de salud por mostrar interés y querer mejorar la atención a las mujeres y familias que sufren este tipo de pérdidas y al Centro de Estudios en Salud y Sociedad por recibirme y guiarme.

Particularmente, les doy mi agradecimiento a las mujeres que abrieron su corazón a través de su testimonio; gracias infinitas. A los profesionales de la salud que de manera amable y desinteresada compartieron sus experiencias, sin todos ustedes este trabajo no hubiera sido posible.

A la Dra. Patricia Aranda Gallegos por su dirección en este proyecto, porque además del apoyo académico siempre mostró gran empatía y comprensión hacia mi persona. Gracias por la paciencia y por su disposición a ayudar, siempre positiva y motivadora.

A mis asesoras, Dra. María del Carmen Castro Vásquez y Dra. Monserrat Amada Salas Valenzuela, por su guía a lo largo de los semestres y coloquios, por sus atinadas observaciones que enriquecieron este trabajo y, sobre todo, gracias por su calidad como personas y por motivarme a seguir adelante.

A mis compañeras de vida, amigas entrañables y también motor para lograr culminar esta meta: María Olga, Carmen, Maestra Rosa María, Maestra Rosa Elena, Julio, Martha Elba, a mis PNMAS. A mis familiares, amigos y a mi tribu de madres del cielo.

Sobre todo, a Dios y a mi familia: Rober, gracias por ser mi compañero de vida; mamá, gracias por ayudarme incondicionalmente en todo momento; Andy, Julio, por sus abrazos, besos que me llenan todos los días; y a mi gorda bella, que en el cielo nos espera: te amamos, Ana Paula.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1.- ¿A qué nos referimos cuando hablamos de muerte fetal?	7
1.1 Nombrar la muerte fetal	8
1.2 Antecedentes históricos de la investigación y atención de las muertes fetales	12
1.3 Panorama epidemiológico de las MF: el problema en números y tasas 18	
1.4 El problema de investigación.....	23
1.4.1 Preguntas y objetivo de la investigación	26
Capítulo 2.- Marco teórico.....	29
2.1 Sociología: Teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu	29
2.1.1 Campo y habitus desde la salud reproductiva	34
2.2 Maternidad y maternaje	37
Capítulo 3.- Investigaciones socioculturales sobre las muertes fetales	43
3.1 Las causas y consecuencias de la MF: la mirada biomédica	43
3.2 La atención a las MF en las instituciones de salud	46
3.2.1 Atención de la MF desde la perspectiva de las mujeres y la violencia obstétrica.	48
3.2.2 Atención de la MF desde la perspectiva de los profesionales de la salud	55
3.3 Maternidad y la visión sociocultural de las MF.....	59
3.3.1 Maternidad y muerte fetal	60
3.3.2 Duelo por muerte fetal.....	66
3.3.3 Estudios socioculturales de la MF.....	70
Capítulo 4.- Marco metodológico.....	75
4.1 Tipo de estudio.....	79
4.2 Operacionalización de los conceptos	80
4.3 Población, tiempo y lugar del estudio.....	82
4.3.1 Criterios de inclusión	82
4.4 Técnicas de investigación	84
4.4.1 Las mujeres madres: las entrevistas en profundidad.	85
4.4.2 Los profesionales de la salud: las entrevistas semiestructuradas. .	87

4.4.3	Nota metodológica: Las entrevistas a distancia	88
4.5	Análisis de la información	90
4.6	Limitaciones del estudio	93
4.6.1	Influencia del Grupo de Ayuda Mutua.....	93
4.6.2	Sesgo de memoria	94
4.7	Ética de la investigación	95
4.8	Relación investigadora-informantes	96
Capítulo 5.-	El contexto y las participantes	99
5.1	El contexto	99
5.1.1	Las instituciones de salud.....	100
5.2	Presentación y resumen de la atención de las mujeres participantes en el estudio	102
5.2.1	Mujeres atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.....	102
5.2.2	Mujeres atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	107
5.2.3.	Camino de atención de las mujeres madres	111
Capítulo 6.-	El embarazo: expectativas, planeación y cuidados.....	115
6.1	“Siempre dije que quería muchos hijos”. Sentimientos previos de maternidad.....	116
6.2	“Cuando quedé embarazada pues fue una alegría muy grande”. Planeación del embarazo y sentimientos generados.....	121
6.3	“Todo está perfecto, vienen súper bien”. Cuidados en el embarazo.....	127
6.4	“Todo estaba listo, ropa, zapatos, biberones”. La preparación del nido.....	134
Capítulo 7.-	Atención en muerte fetal desde la perspectiva de las mujeres madres.....	137
7.1	“Algo no está bien”: la señal de alarma y el inicio de la atención hospitalaria.....	138
7.2	“¡Puja! ¡Rápido! ¡Puja, madre...!”: El nacimiento.....	151
7.3	“Claro que la quiero ver, pues si es mía’, ‘no, pero es que ya está muerta’”: el contacto con el hijo	157
7.4	“El tiro de gracia”: el período tras el nacimiento.....	163
7.5	“Siempre en el hospital, siempre hay ángeles”	170
7.6	“Me hicieron sentir como que no valía nada mi hija”. Percepción de la atención recibida y violencia obstétrica	173
Capítulo 8.-	Atención en muerte fetal desde la perspectiva de los profesionales de la salud.....	181
8.1	“Es difícil trabajar con estas mujeres, duele”	182

8.2 “Son casos que, en teoría, no deben pasar”. Entonces, ¿qué pasó?	195
8.3 ¿Violencia? La otra mirada.....	199
8.4 ¿Ellas también son madres?	204
Capítulo 9.- Los brazos vacíos: Duelo y maternidad	209
9.1 “Mi cuerpo no sirve para nada”. Sentimientos y cuidados posteriores.	210
9.2 “¡Pero por qué ella tiene su nieto y yo no!”. El resto de los dolientes..	224
9.3 “Soy como la papa caliente y me duele mucho eso”. Reacciones del entorno: de la empatía a la evasión.	235
9.4 “Pues pedí el alta voluntaria y perdí mis derechos”. Trabajo y MF	242
9.5 “Yo sentía como que me tiraron a loca”. La búsqueda de ayuda	244
9.6 “Luego vas a tener otro”. La visión social de la muerte fetal	251
Capítulo 10.- Conclusiones: habitus materno tras la muerte fetal y maternaje en la ausencia.....	257
10.1 El habitus materno	260
10.2 El momento de la atención y su relación con el habitus materno	265
10.3 La histéresis del habitus materno y su fortalecimiento	272
10.4 El maternaje en la ausencia.....	277
10.5 A manera de cierre	283
Recomendaciones	289
Epílogo	291
Referencias	293
Anexos	309
Anexo 1.- Guía de entrevista mujeres con MF	309
Anexo 2.- Guía de entrevista profesionales de la salud: enfermería.....	313
Anexo 3.- Guía de entrevista profesionales de la salud: Gineco-obstetras.	316
Anexo 4.- Aprobación comité de ética en investigación	320
Anexo 5.- Consentimiento informado.....	321
Anexo 6.- Constancias de capacitación	322
Anexo 7.- Trabajo en instituciones de salud.....	324

Índice de figuras

Figura 1.1. Definición y clasificación de las muertes fetales en la normativa mexicana.....	11
Figura 1.2. Muertes fetales en México y Sonora 2010 - 2018.....	21
Figura 1.3. Tasas de muertes fetales en México y Sonora 2010 - 2018.....	22
Figura 4.1. Operacionalización de los conceptos	810
Figura 5.1. Trayectoria de atención de las mujeres madres.....	1131
Figura 9.1. Actores que participan en la atención y cuidado de las mujeres con MF	2350
Figura 10.1 Maternidad y muerte fetal	28792

Índice de tablas

Tabla 4.1. Tipología de los participantes.....	93
Tabla 4.2. Caracterización de las mujeres participantes en el estudio	95
Tabla 4.3. Caracterización del personal de enfermería	8796
Tabla 4.4. Caracterización de los médicos ginecólogos	8897
Tabla 5.1. Lugar de atención de las muertes fetales en Sonora.....	10109
Tabla 7.1. Signos de alarma y búsqueda de atención	13946
Tabla 9.1. Atención a la salud mental y emocional de las mujeres madres	2461

Resumen

La muerte fetal es definida por la normatividad mexicana como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Las investigaciones realizadas en torno al tema son, en su mayoría, de carácter biomédico. Los elementos socio culturales inmersos en estas situaciones han sido poco explorados. Debido a lo anterior, el objetivo de esta investigación fue analizar cómo se percibe y de qué manera impacta en la construcción social en torno a la maternidad, así como en el *habitus materno*, a las mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora.

Para su comprensión y análisis se utilizó la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu, específicamente se utilizó el concepto de *habitus*. Otros conceptos centrales son el de maternidad y maternaje.

El enfoque metodológico fue cualitativo, utilizando como técnicas de recolección de datos la entrevista en profundidad y las entrevistas estructuradas. Se entrevistaron 8 mujeres con antecedente de muerte fetal (después de las 22 semanas de gestación) que recibieron atención en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES) y las unidades de gineco obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), principales hospitales de la entidad. Por parte de los profesionales de la salud se entrevistaron a 10 enfermeros y 3 gineco obstetras, todos ellos con antecedentes de haber laborado o estar laborando en alguna de estas instituciones.

Los resultados obtenidos apuntan a que la atención recibida en las instituciones de salud dista de ser la adecuada. Los testimonios revelan que las mujeres que sufren una muerte fetal vivieron violencia obstétrica, que se manifiesta en expresiones verbales por parte de los profesionales de la salud, violación al derecho a la información, ausencia de protocolos de atención, infraestructura que no permite que las mujeres tengan acompañamiento y privacidad, entre otras. Los testimonios de los profesionales de la salud permiten ver que, para ellos, el brindar cuidado en estas situaciones es difícil y les cuestiona su tarea principal de salvaguardar la vida; identifican la carencia de recursos dentro de los hospitales que no apoyan una mejor atención para estas situaciones.

En relación a la maternidad, los testimonios de las mujeres madres, confirman cómo los sentimientos y deseos de ser madre, se construyen y refuerzan en procesos de aprendizaje antes del embarazo, sin embargo, es durante la gestación donde este sentir se intensifica; en términos teóricos lo referimos como *habitus materno*. Ante una muerte fetal las mujeres expresaron sentimientos de culpa, dolor, tristeza y una crisis en relación con su *habitus materno*, la cual se ve influida por el apoyo de la red social cercana y por la atención recibida en las instituciones de salud.

En conclusión, las mujeres, tras la pérdida del hijo, refieren un fortalecimiento de su *habitus materno*, que se manifiesta en su necesidad de identificarse y resaltar su ser madres de los hijos fallecidos, y sienten la necesidad de mantener un vínculo afectivo con ellos, sentimientos y prácticas que nombramos como *maternaje en la ausencia*.

...siento que la pérdida de un hijo así, como dicen, no tiene nombre. Estás viuda, estás huérfana, pero estás... sin hijo. ¿Cómo estás? ¿Qué nombre le das?, y siento que, al haber pasado por eso, siento que pasas por muchas cosas. O sea que nada supera la muerte de tu hijo. A pesar de que puedas pasar por otras muchas muertes, pero siento que nada supera la muerte de tu hijo. Y así me siento, y siento que ese valor le ha dado, y ese significado le he dado a esto y pues obviamente me siento mamá, a pesar de que no esté presente físicamente, pero yo sé que soy mamá.

Gabriela (30 años, primer embarazo, muerte fetal a las 34 semanas de gestación).

Introducción

La salud materna comprende, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y el puerperio¹. En este sentido la OMS aclara que “aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Dentro de las complicaciones que más se temen durante la gestación están aquellas cuya resolución culmina en la muerte de la madre o del neonato (muerte fetal).

Según estimaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), la Organización de las Naciones Unidas y la OMS, a nivel mundial cada 16 segundos ocurre una muerte fetal tardía (a partir de las 28 semanas de gestación). Esto se traduce en más de 2 millones de muertes al año, generando grandes daños psicológicos principalmente en las mujeres madres. Aunado a lo anterior, el estigma y tabú que rodea a estas muertes se hace presente incluso en países de altos ingresos; sin embargo, el tema permanece poco visibilizado y fuera de políticas y programas de salud (United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation, 2020).

Las áreas de maternidad dentro de las instituciones son espacios diseñados para recibir bebés con vida; ante eso, las muertes fetales trastocan estos escenarios y develan que las mujeres y sus familias encuentran caminos trazados para procesos del nacimiento no

¹ Se conoce como puerperio al período posterior al parto. Este puede variar entre 6 a 8 semanas de duración. Durante esta etapa el cuerpo de la mujer se ajusta (hormonal y físicamente) o retrocede a las características previas al estado gestacional. También se conoce como posparto o, de manera coloquial, cuarentena.

complicados a diferencia de los que se presentan cuando la vida y la muerte se traslapan. En estos escenarios, las reacciones a las que se enfrentan las mujeres madres reflejan poca o nula preparación para responder con el apoyo que requieren, lo que se demuestra en la presencia de violencia obstétrica.

Estudiar la maternidad y su atención tiene múltiples aristas. En nuestro estudio tomamos el caso de aquellas situaciones que rompen con lo esperado (biológica y socialmente) generando relaciones confusas que ponen de manifiesto algunas de las expectativas que no se verbalizan. Estudiar la mortalidad en los espacios de natalidad produce una situación que pone de manifiesto las estructuras que explican ciertos reforzamientos de la maternidad.

Debido a lo anterior, la muerte fetal, su atención en las instituciones de salud y la relación con la maternidad es el tema a tratar en la presente investigación. El énfasis principal se centra en las voces de las mujeres madres y, de manera complementaria y exploratoria, se analiza la atención desde la visión de los profesionales de la salud quienes, por su trabajo, conocen los servicios y la institución desde otra posición.

Este trabajo retoma el concepto de maternidad y la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu, principalmente bajo el concepto de *habitus*, el cual especificamos y denominamos *habitus materno*. Por este entendemos a todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y, en cierta manera, dirigen sus prácticas y su sentir durante el embarazo, parto y postparto.

Tras la muerte durante la gestación, se encontró que la mujer madre mantiene una relación psicoafectiva con el hijo fallecido, influida por el *habitus materno*, y manifestada en lo que llamamos *maternaje en la ausencia*, lo cual resalta como un concepto elaborado a partir de los hallazgos más significativos en la presente investigación. Este concepto surge

de las narrativas de las mujeres madres quienes refieren una necesidad por mantener una relación con el hijo fallecido. En ese sentido, el maternaje en la ausencia se manifiesta en diversas actividades que las mujeres realizan con la finalidad de preservar la memoria de los hijos (hablar abiertamente de ellos, realizar celebraciones en días especiales, mantener objetos o altares dentro de los hogares, etc.). Estas acciones son referidas como maneras de brindar cuidado y amor hacia ellos y como una forma de reafirmar su identidad como madres.

El presente trabajo está estructurado de la siguiente manera: debido a la complejidad del tema, se presenta un primer apartado cuyo objetivo es mostrar un panorama general de la situación de las muertes fetales en el problema de investigación. En este apartado se presentan algunos elementos importantes con relación a la definición y delimitación del concepto “muerte fetal”. Se considera importante aclararlo debido a que la definición tiene una relación directa con la manera en la que se brinda la atención dentro de las instituciones y, por lo tanto, influye en la experiencia de las mujeres, así como en la visión social de estas pérdidas dentro del entorno. Asimismo, el apartado contempla algunos elementos históricos del modo en que se han atendido e investigado las muertes fetales y se incluyen datos estadísticos que permiten tener un panorama del problema. Por último, se enuncia el problema de investigación, sus preguntas y objetivos.

El segundo capítulo expone la mirada teórica a través de la cual se analiza el fenómeno, la teoría de las prácticas del sociólogo Pierre Bourdieu, específicamente bajo el concepto de habitus y su previa utilización en el campo de la salud reproductiva. De los estudios de género se exponen los conceptos de maternidad y maternaje, los cuales sustentan y nutren un concepto nuevo y emergente al que llamamos “maternaje en la ausencia”.

En un tercer capítulo se presentan resultados de investigaciones que exploran la visión biomédica del problema, es decir, las causas y consecuencias de las muertes fetales.

Además, se incluyen estudios cuyo objetivo fue conocer las percepciones y el sentir de las mujeres madres y de los profesionales de la salud ante la atención en las instituciones. El capítulo concluye con el resumen de investigaciones que reflejan los grandes componentes sociales y culturales que rodean a estas pérdidas y que se encuentran relacionados con la maternidad.

El marco metodológico se aborda en el cuarto capítulo, iniciando con la pregunta de investigación y la manera en la que se planteó metodológicamente darle respuesta. Se incluye un apartado que da cuenta de los ajustes realizados debido a la pandemia por COVID-19 con relación al trabajo de campo. El quinto capítulo tiene como objetivo vincular lo planteado hasta aquí con los resultados de la investigación y en él se presentan datos del contexto, así como la información de las mujeres madres participantes en el estudio.

Los resultados de la investigación se concentran en los capítulos 6, 7, 8 y 9. Con la finalidad de llevar una secuencia en cuanto a los eventos relatados por las mujeres madres, en el capítulo 6 se presentan resultados en relación a la vivencia del embarazo y de su identidad como madres. El capítulo 7 presenta los principales resultados en relación a las experiencias de mujeres madres en cuanto a la atención dentro de las instituciones de salud. El capítulo 8 expone la mirada de la atención desde la voz de los profesionales de la salud (médicos ginecólogos y profesionales de enfermería). Por su parte, el capítulo 9 recupera la experiencia posterior, es decir, la vivencia del posparto, los sentimientos experimentados, las reacciones del entorno y la atención y vivencia del duelo.

En el capítulo 10 se presentan las principales conclusiones del estudio, en él se expone la forma en la que se manifiesta el habitus materno tras la muerte fetal. De manera

posterior se mencionan sugerencias y recomendaciones para futuras líneas de investigación en el tema.

Por último, es importante que, antes de iniciar con el desarrollo de los capítulos, haga referencia a la mirada personal de la investigadora. En estos párrafos me permito hablar en primera persona para enfatizar la experiencia personal que se relaciona con la elaboración de este trabajo. Para iniciar, debo decir que me presento e identifiqué como mujer, madre, enfermera-docente y como madre que sufrió la pérdida de una hija en el octavo mes de embarazo en días previos al inicio de mis estudios doctorales. Esta vivencia, aunque dolorosa, me permitió visibilizar la necesidad de atender (en distintas aristas) esta situación que lamentablemente viven muchas mujeres y sus familias. Como enfermera y docente, este tema era solamente una complicación mencionada en libros y, aunque en algún momento de mi experiencia profesional me tocó atender a mujeres en esta situación, nunca había profundizado en su sentir y, sobre todo, en el impacto que como profesionales de la salud llegamos a causar. La pérdida de mi hija me abrió los ojos ante este tema del que poco se habla, ya que la muerte y la vida traslapadas llegan a ser un evento inconcebible e incomprensible. Mi experiencia se nutre también de mi participación dentro de la asociación civil “Padres del Cielo” la cual me permitió conocer a mujeres en situaciones similares y consolidar mi compromiso para que, a través de esta investigación, se incremente la visibilidad en torno a las muertes fetales, se evidencie la necesidad de mejorar la atención en las instituciones de salud e, indirectamente, se rompa un poco el tabú social que las rodea.

Capítulo 1.- ¿A qué nos referimos cuando hablamos de muerte fetal?

El objetivo principal de esta investigación radica en las experiencias de las mujeres ante una muerte fetal, sin embargo, para poder abordar el tema es necesario explorar y comprender que se conoce y entiende por *muerte fetal*, es por ello que en este capítulo y de manera inicial se presenta un resumen de las definiciones encontradas en la normativa mexicana e internacional con relación a este término. Es importante comprender y partir desde una definición en concreto ya que, como se verá, existen varias y algunas se traslapan en cuanto a sus tiempos. Las definiciones que rodean los abortos y las muertes fetales están basadas en criterios de edad gestacional, peso y talla, lo cual conlleva consecuencias legales, sociales, éticas y religiosas. Estos términos no contemplan las percepciones de la mujer madre; sin embargo, la manera en la que son definidos sí influye en la experiencia de la mujer ya que dicta cómo va a ser su manejo (Lovell, 1997).

En un segundo apartado, este capítulo explora un poco la historia de lo escrito sobre las muertes fetales, principalmente en cuanto a su atención e investigación. Un tercer apartado brinda un panorama epidemiológico sobre el tema, el problema visto desde las cifras y porcentajes a nivel estatal, nacional e internacional. Finalmente, se concluye con la exposición del problema de investigación, sus preguntas y objetivos. En resumen, este capítulo pretende brindar un panorama general en relación al problema de estudio.

1.1 Nombrar la muerte fetal

En la literatura biomédica existen diversos términos que hacen referencia a las muertes que ocurren durante una gestación en etapa avanzada: muerte fetal, muerte gestacional, muerte perinatal, pérdida gestacional, óbito, muerte durante el embarazo, etc. En este trabajo se utilizará la noción de muerte fetal (MF) por las razones que se argumentan, a partir de la revisión y análisis de la literatura, en las páginas siguientes.

En la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)² se define a la defunción fetal, o feto mortinato, como:

la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria (OPS, 2018, p.1149)

Esta definición no presenta subclasificaciones; sin embargo, el mismo documento define el período perinatal como aquel que comienza en la semana 22 de gestación y culmina 7 días después del parto, por ello es común encontrar que los términos de muerte fetal o perinatal son utilizados de manera indiferenciada ya que en su definición se refieren a períodos que se traslapan. De considerar esta definición, tendríamos casos de bebés que nacen y mueren durante los primeros siete días.

² Sistema de diagnóstico y clarificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, aceptado y utilizado en el Sistema de Salud Mexicano.

En países de habla inglesa se utiliza el término coloquial *stillbirth* para referirse a todas aquellas muertes que se producen en una etapa avanzada de la gestación, existiendo variaciones en cuanto al número de semanas. Es por ello que Lawn y colaboradores (2011) analizan los términos utilizados para esta situación en diferentes países y mencionan que existen inconsistencias en cuanto a la terminología utilizada para los bebés que nacen sin vida. A pesar de la existencia de guías con reconocimiento internacional, en algunos países se toman criterios diferentes como el número de semanas de gestación, el peso, o la talla.

Para poder analizar y realizar comparaciones internacionales, la OMS recomienda reportar las muertes fetales tardías como aquellas ocurridas durante el tercer trimestre del embarazo, cuando el peso del bebé es igual o mayor a 1000 gramos y tiene 28 semanas o más de gestación y una talla de 35 cm. El punto de cohorte de las 28 semanas se relaciona con una etapa fetal en la cual, con las unidades y cuidados especializados, un bebé puede sobrevivir de manera extrauterina. Sin embargo, y debido a los avances en la tecnología y cuidados biomédicos, actualmente este número de semanas (asociadas con la supervivencia extrauterina) se ha disminuido y, entonces, existen países en los cuales se considera muerte fetal tardía o *stillbirth* a partir de las 22 semanas de gestación.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud, y la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, se apegan a la definición oficial de la CIE 10 al referirse a defunción, fallecimiento o muerte fetal. Sin embargo, la NOM-007-SSA2-2016 diferencia el término aborto a

la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (mismo que se alcanza aproximadamente a las 22

semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional, pero que sea absolutamente no viable. (2016).

Apegada a la OMS, se define el período perinatal de igual manera, es decir, de las 22 semanas de gestación (SDG) a los 7 días de vida. La guía de práctica clínica de *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (2010), IMSS-567-12, brinda una definición similar a la muerte fetal, añadiendo que, según la edad gestacional, debe ser a partir de las 22 semanas de gestación o tener un peso mayor de 500 gramos al momento del nacimiento. Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su reporte de estadísticas de defunciones fetales, se apega a la definición de la CIE 10 en cuanto a defunción fetal o mortinato, solo hace diferencia en a) la defunción fetal precoz como aquella que ocurre antes de la semana 20, b) la defunción fetal intermedia como aquella que ocurre pasada la semana 20 de gestación, pero sin llegar a la 28, y c) la defunción fetal tardía como la que ocurre a partir de la semana 28.

El término pérdida gestacional o pérdida en el embarazo se utiliza como sinónimo de muerte fetal en algunos artículos científicos, sin embargo, su mayor uso es de forma coloquial.

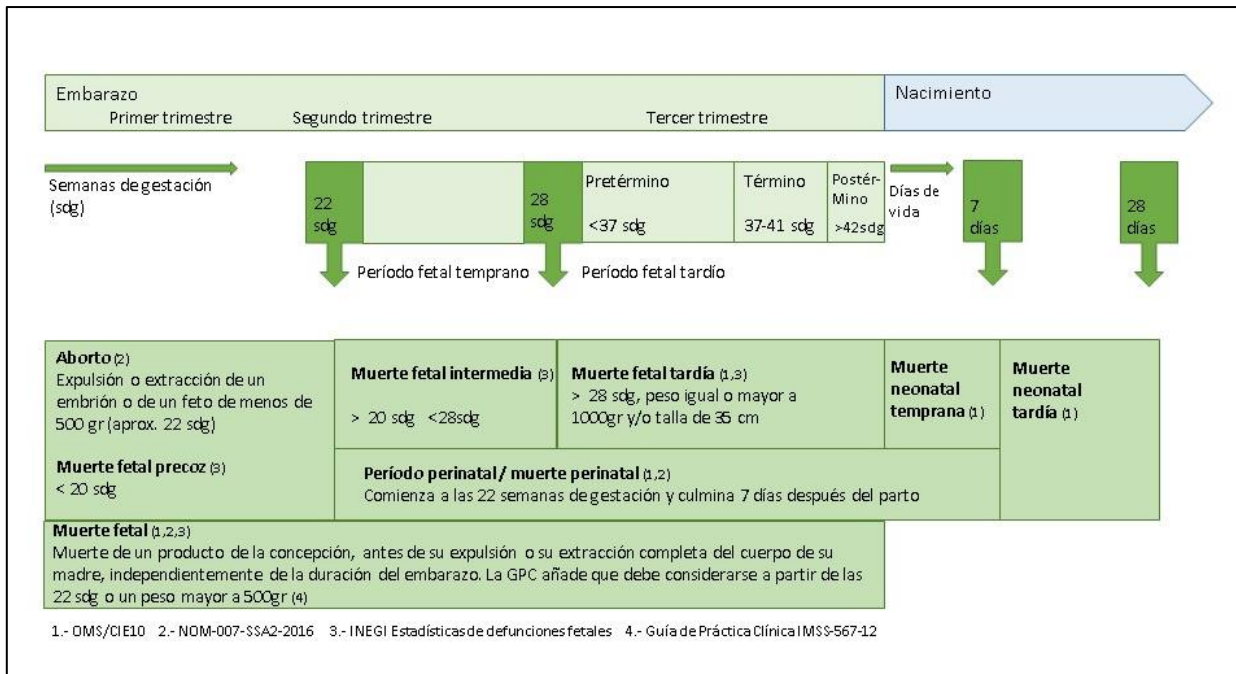


Figura 1.1. Definición y clasificación de las muertes fetales en la normativa mexicana. Adaptado de “Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?” (pp. 1448-1463), por Lawn et al, 2011, *The Lancet*, 377(9775), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62187-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62187-3).

La diversidad de términos biomédicos que describimos dificulta delimitar aspectos relacionados con el tema a tratar en esta tesis. Como se mencionó, aun cuando el objetivo va dirigido a explorar las experiencias de las mujeres que han sufrido una MF, es indispensable conocer y atender esta situación ya que, estos términos tienen una implicación en la información estadística existente e incluso en la documentación de antecedentes científicos, sobre todo en aquellos términos que se traslapan y que tienen características peculiares (véase figura 1.1). El hecho de partir de las 22 o 28 semanas tiene un criterio como trasfondo: la posibilidad de viabilidad extrauterina y la manera en la que las muertes fetales se certifican o no en los distintos países, además de tener implicaciones en el manejo o la atención recibida en las instituciones de salud.

Para la presente investigación se utilizó el término *muerte fetal* haciendo alusión a aquellas pérdidas de la gestación que ocurren de manera intrauterina en embarazos a partir de la semana 22 de gestación. Siendo una definición aprobada por la OMS y por la normativa mexicana, decidimos apegarnos a esta definición debido a que no se traslapa con las pérdidas gestacionales tempranas (abortos) y, debido al desarrollo fetal que suponen esas semanas, el tratamiento o seguimiento médico es distinto y, por lo tanto, implica cuestiones de trato que se pretenden develar en esta investigación.

1.2 Antecedentes históricos de la investigación y atención de las muertes fetales

El embarazo y la MF como una de sus inesperadas e indeseables consecuencias van ligadas a la maternidad, misma que socialmente, cuenta con gran valía. El ser madre llega a ser un mandato social para las mujeres y, como se verá en apartados subsecuentes, ante una MF el sentir relacionado con la maternidad se ve afectado. Aun cuando las muertes durante el embarazo siempre han existido, su relación con la maternidad, la manera de atenderlas en los servicios de salud, la visibilidad social y su estudio como un evento con repercusiones de todo tipo han sufrido cambios a lo largo de la historia. A continuación, se presentan algunas referencias que hacen alusión a estos acontecimientos.

Son pocos los estudios que hacen referencia a la historia de cómo se experimentaban y/o atendían las muertes fetales. Cassidy (2020) analiza dos parteaguas en la historia con fuerte impacto en la atención y vivencia de estas pérdidas. Por una parte, el autor refiere el peso social que conllevó el hecho de que la iglesia católica condenara, durante un largo período de tiempo, a los no bautizados (Comisión Teológica Internacional, 2007).

Este hecho imposibilitaba que estos bebés pudiesen ser sepultados en tierra consagrada, obligando a que sus cuerpos quedaran en áreas destinadas a personas estigmatizadas por sus pecados; de esta manera, los nacimientos de los niños sin vida se asociaron con castigos divinos (Lovell, 1983). Por otro lado, un segundo momento que impactó principalmente en la atención a las muertes fetales se centra en la medicalización del parto con la consecuente atención de estas pérdidas dentro de los hospitales (Cassidy, 2020). Si bien ambos acontecimientos implicaron cambios en la visión social y de atención de las muertes fetales, existe otros hechos que es pertinente mencionar, tales como la disminución en las tasas de natalidad y la posibilidad (con sus limitantes) de la mujer a decidir sobre su maternidad. Otro de los sucesos que también ha impactado en el sentir tras una MF está asociado a la posibilidad de visualizar al feto en su vida intrauterina a través de la tecnología (ultrasonidos). Como se comentará más adelante, estos avances tecnológicos brindan cada vez imágenes más claras y demuestran la actividad intrauterina en tiempo real lo cual influye, de manera interesante, en la visibilización y concepción del hijo.

En relación con el último punto, algunos estudiosos del tema afirman que existe un cambio en la visión social de las muertes fetales ya que el inicio de la construcción social de las personas está ocurriendo antes del nacimiento. En este sentido, se percibe que el “nacimiento social” de un sujeto ocurre antes de su nacimiento biológico y que la tecnología médica que permite visualizar al bebé durante su vida intrauterina, los eventos sociales (*baby shower*, fiesta de revelación de sexo), la selección del nombre desde el embarazo, entre otros, son factores y ejemplos de cómo el nacimiento social se llega a dar antes del biológico lo que impacta en las experiencias y percepciones ante una muerte fetal. Estas prácticas legitiman y recrean relaciones afectivas entre padres y madres transformando

al feto en su hijo y en persona (Felitti y Irrazábal, 2018; Gálvez, Amezcua, y Salido, 2002; López García, 2011).

Con la finalidad de analizar y explorar estos cambios en el sentir de las mujeres tras una MF, Gálvez, Amezcua y Salido (2002) estudian la construcción social de los sentimientos en mujeres españolas, encontrado que aquellas que habían sufrido una muerte fetal a mediados del siglo XX reportan una menor importancia al suceso debido a que en aquellos tiempos se esperaba que la mujer tuviera un gran número de hijos y, por lo tanto, era esperado perder algunos de estos embarazos. Estas pérdidas se normalizaban e incluso se acostumbraba realizar los entierros en los patios de los hogares. Estas prácticas, según los autores, ejemplifican cómo las muertes fetales durante la mitad del siglo pasado carecían de visibilidad social y eran normalizadas dentro de los núcleos familiares, contrario a las mujeres inicios del siglo XXI quienes expresan el gran impacto que conllevan las MF en su persona y familias.

Linda Layne (2003) realiza una serie de investigaciones a mujeres de Estados Unidos tras una muerte fetal, la autora refiere en su libro que sus estudios son los primeros en abordar la problemática desde una perspectiva feminista. En su libro “Motherhood loss: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America” hace referencia a la intrincada relación de la maternidad con las MF y explica cómo, tras la pérdida, se manifiestan una serie de problemas en las mujeres, el primero de ellos se relaciona con la “puesta en duda” de la realidad de que existiera un bebé, una madre, un embarazo y ahora un duelo. Los testimonios recabados por Layne hacen alusión a la lucha de las mujeres por seguir siendo consideradas como madres tras la MF.

Con relación a la atención biomédica, la historia de la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio señala cómo los nacimientos se fueron medicalizando

a medida que la profesión médica se fue ampliando y consolidando, de tal forma que su atención culminó en el hospital. Estos cambios se acentuaron entre la primera y segunda mitad del siglo XX y, junto a otros factores, impactaron en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Sin embargo, también aparecen efectos no deseados o dañinos al darse todo el poder al médico y a la institución durante el parto, introduciendo procedimientos como la posición horizontal durante el nacimiento, la sedación y analgesia y procedimientos rutinarios como episiotomías, tactos excesivos, ayunos, entre otros, que ponen en riesgo a la mujer y al hijo (Campiglia, 2017; Hernández, Paloma, y Pérez, 2014). Los partos de hijos sin vida, de igual manera, pasan a tener un manejo medicalizado en los hospitales. La historia de la atención a estos eventos ha sufrido grandes cambios. Dentro de los primeros estudios se encuentran las investigaciones de Lindemann, quien, en 1944, fue el primero en describir un duelo materno ante la muerte fetal. Lindemann fue un psiquiatra estadounidense que reportó el comportamiento, los síntomas y el trabajo psicológico de una mujer tras una muerte fetal.

El modelo de atención para las MF que prevaleció en los hospitales hasta los años setenta y parte de los ochenta consistía en prácticas dirigidas a que la situación pasara lo más pronto posible; así es cómo lo reflejan los estudios de Bourne (1968) quien investigó en Inglaterra los efectos psicológicos de mujeres y médicos en estas situaciones. Él planteó el concepto de “ángulo ciego” (*professional blindspot*) al referirse a las actitudes y actos de los profesionales de la salud quienes manejaban la situación simulando que no había ocurrido nada, con el objetivo de que, de esta manera, fuera propicio que los padres olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran otro embarazo. Durante estos casos, la atención médica consistía en sedar a la madre durante el proceso expulsivo y despertarla cuando el bebé hubiera desaparecido; la idea se basaba en que los padres, particularmente la madre, eran incapaces de preocuparse por su hijo puesto que todavía no lo conocían. Así mismo, este ángulo ciego

se plantea en referencia a la poca o nula mención de las muertes fetales en la literatura médica. Estas prácticas, en mayor o menor escala, se realizaron hasta los años 80, pero en algunos países europeos se empezó a reconocer que estos protocolos estaban teniendo el efecto contrario en la salud mental de la pareja (Martos-López, Sánchez-Guisado y Guedes-Arbelo, 2016).

Tras los estudios de Bourne, otros investigadores continuaron trabajando sobre el tema, algunos de ellos se enfocaron en develar el impacto de la pérdida, es decir, el duelo. En 1980 se distinguen elementos del duelo gestacional y plantean un manejo distinto. Algunos de estos autores catalogan este duelo como un *duelo desautorizado* ya que estas pérdidas no son abiertamente reconocidas ni expresadas en público y cuentan con poco apoyo de la red social (López García, 2011). Actualmente algunos países como Inglaterra y Australia (por mencionar algunos) cuentan con protocolos donde se recomienda que, en las instituciones de salud, se apoye a que los padres conozcan y creen recuerdos con los hijos sin vida, ya que se ha encontrado que estas prácticas tienen un impacto positivo en el duelo (Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2018; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010). En México, la guía de práctica clínica de *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (2010) sugiere que, de ser posible, se facilite que los papás conozcan a los bebés (Secretaría de Salud, 2010). Estudios que exploran las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud durante la atención de las MF se exponen en el capítulo tres.

En relación a las investigaciones y publicaciones sobre el tema, en 2011 *The Lancet* publicó una serie de artículos específicamente sobre *stillbirth*. En ellos, hace hincapié en que es necesario mejorar la información existente acerca del tema, implementar un mecanismo simplificado y estándar para la clasificación de estos casos, mejorar los

certificados de defunción en cada país, incrementar la evidencia científica a través de la investigación, implementar intervenciones que coadyuven a disminuir los casos y mejorar los cuidados médicos durante el embarazo y el parto, sobre todo en los países de bajo y mediano nivel socioeconómico. Solo de esta manera se podrá incidir en disminuir estas muertes (Bhutta et al., 2011; Flenady et al., 2011; Pattinson et al., 2011).

En 2016, la misma revista publicó otra serie de artículos; en ellos especifica que en los últimos años se incrementó el interés por las muertes fetales. Se señala que algunos países incorporaron en sus objetivos la reducción de estas muertes y que la disponibilidad de datos, por consiguiente, aumentó. Sin embargo, se menciona que no se observan respuestas ante la necesidad de disminuir el tabú y el estigma que rodea a estas muertes, ni de estrategias para mejorar los cuidados en el duelo de las familias (Frøen et al., 2016).

Tanto la OMS como Unicef indican que la supervivencia neonatal y la prevención de las muertes fetales no se han especificado en los Objetivos del Milenio ni en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En 2014, durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, se lanzó el plan de acción mundial “Every Newborn”, el cual busca dos metas: disminuir las muertes neonatales y acabar con las muertes fetales prevenibles. Específicamente, para 2035 todos los países deben tener una tasa de 10 muertes fetales o menos por cada 1,000 nacimientos (*The Lancet*, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2014). En relación a los objetivos para el 2030, se menciona que, además de mejorar el registro y la clasificación de los casos, estas muertes deben servir como indicador de calidad de los cuidados durante el embarazo y el parto (Lawn et al., 2016).

En México las investigaciones sobre el tema son escasas, principalmente aquellas cuya mirada o enfoque es distinto al biomédico. La complejidad de las muertes fetales, la multiculturalidad del país y la visión particular que se tiene sobre la muerte hacen

que su estudio sea particularmente importante. Indagar sobre la experiencia de las mujeres ante una MF, su relación con la maternidad y la atención recibida en las instituciones de salud mexicanas (en particular sonorenses) es relevante por los elementos culturales que se ponen en relación cuando son atendidas. Así como Bourne, desde 1968, resaltaba la falta de estudios sobre el tema, en la actualidad, en México continúa siendo un tema poco estudiado. La Agencia Informativa de Conacyt en 2018, a través de un comunicado de prensa, publica que las muertes fetales son una de las áreas más desatendidas de la salud pública en el país; especialistas del Instituto Nacional de Perinatología resaltan que estas muertes son un fenómeno complejo en el que convergen múltiples causas, estimando que uno de cada 100 embarazos en México tiene un desenlace adverso (Báez, 2018).

Como se puede apreciar, han existido grandes cambios con relación a la investigación y atención de las muertes fetales. Sin embargo, en México hace falta mayor investigación en el tema; son pocos los estudios que exploran la atención y aún menos los que tratan sobre los aspectos sociales y culturales que se encuentran presentes en la experiencia de las mujeres ante una muerte fetal.

1.3 Panorama epidemiológico de las MF: el problema en números y tasas

La visión de las MF en el panorama epidemiológico también ha sufrido cambios. En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que anualmente existen dos millones seiscientas mil muertes fetales tardías; 10 años antes (aunque con limitados datos) la estimación fue de 3.2 millones (Stanton, Lawn, Rahman, Wilczynska-Ketende y Hill, 2006). La mayoría de estas muertes ocurren en países con rentas medias o

bajas (98%), tres cuartas partes pertenecen al África Sub-Sahariana y al Sudeste Asiático. A nivel mundial, en el año 2019, se obtuvo una tasa de muertes intrauterinas de 13.9 por cada 1000 nacimientos, mientras que en el año 2000 la tasa fue de 24.7. Aunque se observa una disminución en cuanto a las tasas, este indicador ha decaído más lentamente que las tasas de mortalidad materna o que la tasa de muerte de niños menores de 5 años; se estima que con esta progresión tendrán que pasar más de 160 años para que una mujer de un país marginado tenga las mismas posibilidades de que su hijo nazca vivo que las que tiene una mujer de un país desarrollado (Blencowe et al., 2016; Lawn et al., 2016; United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation, 2020).

Aun cuando se estima en 2.6 millones el número de MF tardías, se cree que este número es mucho mayor ya que no en todos los países se registran estas muertes y, sobre todo, no se ven reflejadas en políticas públicas sanitarias (Frøen et al., 2011). El reporte “A neglected tragedy” publicado por Unicef hace mención de que estos datos están subestimados y, por lo tanto, el tema queda invisible dentro de las políticas y programas de salud. Se estima que, de manera global, un embarazo de cada 72 terminará en una muerte fetal. Las diferencias entre regiones son marcadas, llegando a límites donde en Sudáfrica las muertes fetales se presentan en 1 de cada 46 embarazos, mientras que en Europa, Norte América, Australia y Nueva Zelanda esta cifra es de 1 en cada 321 embarazos. En cuanto a América Latina, se estima que ese indicador es de 1 en 126 embarazos, lo que representa el 4% de las muertes fetales a nivel global. Esta disparidad entre países refleja inequidades en salud, ya que cerca del 40% de estas pérdidas ocurren durante el trabajo de parto y el parto, lo que las convierte en muertes altamente prevenibles con los cuidados y atenciones adecuadas (United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation, 2020).

Otro tipo de análisis estadístico y demográfico refiere que, anualmente, las muertes fetales son 10 veces más frecuentes que las pérdidas acontecidas por el síndrome de muerte súbita del lactante (Cacciatore, Schnebly y Froen, 2009). Un análisis demográfico en Brasil, reveló que dentro del país existe una gran variabilidad y desigualdad en las muertes intrauterinas. Los investigadores encontraron que estas muertes exceden la mortalidad neonatal y proponen un cambio de enfoque que permita visibilizar e intervenir oportunamente en estos eventos para lograr su disminución (Andrews et al., 2017).

En México las estadísticas de defunciones fetales se registran desde 1932 bajo los mismos criterios de las defunciones en general. No fue sino hasta 1987 cuando la Secretaría de Salud comenzó a generar el certificado de defunción y el certificado de muerte fetal a la vez. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) empezó a documentar los registros de mortalidad a partir de 1989.

En relación con estos datos, Murguía-Peniche y colaboradores en 2016 reportan que la tasa de mortalidad fetal en México descendió de 9.2 a 7.2 por cada 1000 nacimientos entre los años 2000 y 2013; sin embargo, se observan desigualdades entre los estados, llegando a variar en un aumento de 3.9 fallecimientos, es decir, existen estados donde las tasas llegan a 12 por cada 1000 nacimientos. Lo anterior refleja que estas muertes se asocian con factores sociodemográficos. Algo alarmante es que el 51% de las muertes fetales tuvieron lugar durante el parto. Las autoras concluyen que, aunque se observa un descenso de las muertes, se sugiere mejorar el rendimiento del sistema sanitario específicamente en las salas de parto.

Según datos del INEGI, en 2020, a nivel nacional se reportan 22,637 muertes fetales (cuantificadas a partir de las 12 SDG). De ellas 15,060, es decir, el 66.5%, corresponden a pérdidas intermedias y tardías (a partir de la 22 SDG); 9,589 son

específicamente muertes a partir de la semana 28 de gestación. En el estado de Sonora, en el mismo año, se reportan 448 muertes fetales; 292 son pérdidas intermedias y tardías. En relación con las tasas calculadas por cada mil nacidos vivos, considerando el total de muertes fetales que reporta INEGI (a partir de la semana 12), a nivel nacional la tasa de muerte fetal es de 13.9 y a nivel estatal de 15.8 por cada 1,000 nacimientos. Al delimitar el cálculo a partir de la semana 22, las tasas disminuyen considerablemente quedando en 9.2 a nivel nacional y 6.2 a nivel Sonora (tasas calculadas por cada mil nacidos vivos).

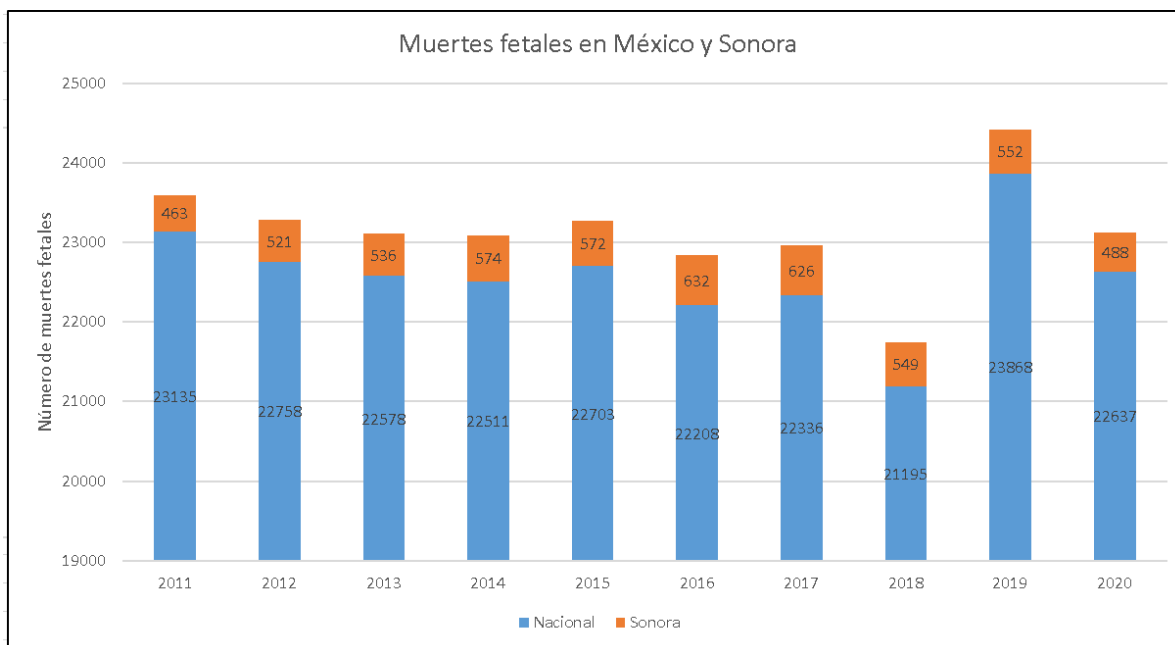


Figura 1.2. Muertes fetales en México y Sonora 2011-2020. Los datos son de “Mortalidad fetal”, INEGI, s.f. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf

El número de muertes fetales ha disminuido tanto a nivel internacional como nacional en las últimas décadas. En México, esta disminución se observa en la figura 1.2

donde en 2011 se reportaron más de 23,000 muertes fetales y, en 2018, poco más de 21,000; sin embargo, se observa un incremento en los últimos dos años. Considerando que existen cambios demográficos (cambio en natalidad) el análisis de las tasas de mortalidad fetal nos arroja una imagen distinta. En la figura 1.3 se observa cómo la disminución en números brutos cambia completamente su dirección inclinándose a una tasa que aumenta en comparación con 2011.

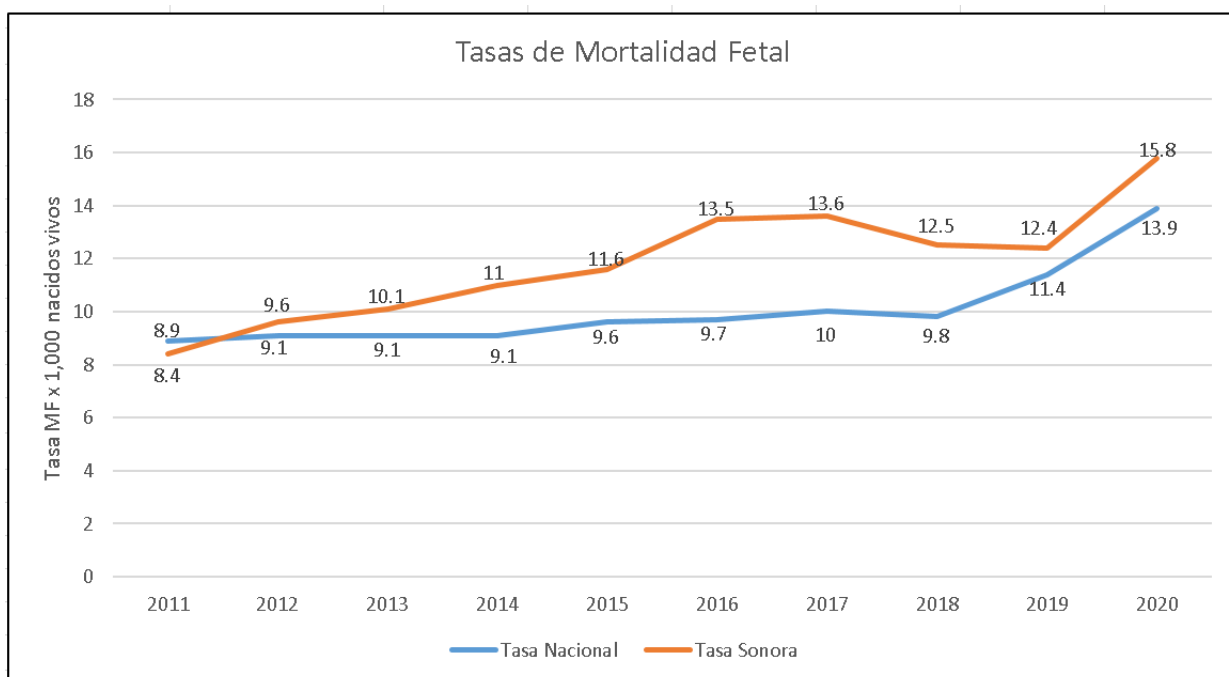


Figura 1.3. Tasas de muertes fetales en México y Sonora 2011-2020. Los datos son de “Mortalidad fetal”, INEGI, s.f. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf

Autores como Cassidy han dado cuenta de estas variaciones. Este incluso estima que estos números no son del todo veraces, ya que existe pérdida de datos, o bien, variación en cuanto a las clasificaciones. Las cifras presentadas dejan entrever que el

problema de la muerte fetal en México y en particular en Sonora es una situación que existe y que se debe tratar. Estos datos son solo la punta de un problema con raíces largas, profundas e intrincadas: detrás de cada número se encuentra una mujer, una familia e incluso una sociedad que pierde un embarazo y, con ello, se desencadena una serie de eventos que llegan a afectar a todos estos integrantes en una sociedad que alienta la maternidad, pero la olvida cuando fracasa.

Los datos presentados pretenden ofrecer un panorama general de las muertes fetales. Como se puede observar, la diversidad de términos utilizados como sinónimos de una muerte fetal complejiza la posibilidad de hacer comparativos y la manera en la que estas muertes se llegan a reportar, además de que es indicativo del tipo del manejo que deberá darse a las mujeres dentro de los hospitales. Los datos epidemiológicos muestran cómo el problema ha estado presente y continúa estándolo. La atención (abordada en los siguientes capítulos) aunque ha experimentado cambios, no ha sido igual en todos los países, colocando a México como uno de los países que requiere realizar cambios en sus prácticas de atención.

1.4 El problema de investigación

Recapitulando, los estudios mencionados previamente dejan entrever la compleja problemática que rodea a las mujeres que sufren una muerte fetal. Investigadores del tema como Gálvez (2002) y Cassidy (2020) concluyen que las muertes fetales han sido invisibilizadas social e históricamente. Los cambios que se han dado a través de los años en cuanto a la atención a la mujer en el embarazo y parto no han sido ajenos para las MF. Se documenta que el manejo hospitalario de las mujeres consistía en hacer la atención lo más

breve posible para que ellas y sus familias pudieran enfocarse en un nuevo embarazo. En los años 80 se empieza a documentar cómo estas prácticas resultaban nocivas, principalmente para las mujeres, por lo que se inicia con nuevos modelos de atención; sin embargo, no se ha avanzado de manera similar entre los países (Bourne, 1968; Cassidy, 2018).

La medicalización del parto, si bien ha ayudado a disminuir la mortalidad materna, también ha añadido riesgos a la mujer: está documentado que las prácticas rutinarias se convierten en procedimientos peligrosos. Estudiosas del tema en México, como Castro Pérez, Erviti Erice, Castro Vásquez, Freyermuth Enciso y Campiglia Calveiro, han visibilizado los abusos físicos, verbales y psicológicos que sufren las mujeres dentro de las salas de maternidad. Estos actos son catalogados como violencia obstétrica, la cual se aborda, con mayor detenimiento, en el capítulo 7.

A la par de los cambios en la atención a la mujer, existen otros en relación a la construcción social de la identidad de los no nacidos. Los avances en la tecnología y la visualización social del embarazo a través de festejos y rituales sociales han hecho que el vínculo y apego de las madres y los hijos (desde la vida intrauterina) haya cambiado (Felitti y Irrazábal, 2018). Lo anterior impacta y refuerza el mandato de género para las mujeres en relación a la maternidad; la sociedad demanda y alienta a la mujer a ser madre y además a ser buena madre. Estas normas sociales se perciben con mayor intensidad durante el embarazo que es cuando el imaginario de convertirse en madre empieza a solidificarse y a volverse real (Carrasco, 2001; Gil-Bello, 2018; Palomar, 2004). Al momento del embarazo, se espera que la mujer cambie ciertos hábitos y prácticas de cuidado con su cuerpo para beneficio del óptimo desarrollo de sus hijos. Estos cambios se dan en combinación con expectativas de cuidado familiares, sociales y, sobre todo, provenientes del campo de la salud materna. Durante la gestación, la mujer empieza a ser considerada y considerarse como

madre e inicia la adaptación a ese nuevo rol. Partiendo entonces del supuesto de que la mujer embarazada construye y refuerza su maternidad con mayor intensidad en esta etapa, podemos establecer que se genera en ella un habitus materno (concepto que se describe en el capítulo siguiente) manifestado en prácticas, percepciones y expresiones relacionadas al hecho de ser madre.

La mayoría de las mujeres continuará con la gestación y tendrá el nacimiento de un hijo vivo; sin embargo, otro porcentaje de mujeres verá trunco su embarazo. Tal es el caso de las muertes fetales. Ante estos eventos, la mujer no solo se enfrenta a un cambio físico, sino también a un fracaso de las expectativas sociales y culturales propias de la maternidad.

Ante la MF tenemos, por un lado, a los sistemas de salud. Los profesionales de la salud cuentan con poca o nula capacitación en estas situaciones, pues las instituciones están preparadas para la llegada de un bebé vivo, por lo tanto, el atender a una mujer con MF se torna en una crisis. Romo-Medrano (2009), Cassidy (2018) y varios autores más han explorado esta atención y sus hallazgos concuerdan con que la mujer percibe una falta de satisfacción en el trato e inconformidad con su manejo. La voz opuesta, es decir, la voz de los profesionales de la salud cuenta otra versión: Dias dos Santos (Dias, Pedroso y Ogura, 2004) y Pastor (Pastor et al., 2011) encuentran que los profesionales de la salud perciben las MF como un fracaso de la medicina y, al no saber cómo proceder, tratan a la mujer de una manera rápida y breve, lo que es sentido por ellas como un trato frío y poco empático.

Tenemos entonces varias aristas: por un lado, un sistema de salud con poca preparación para atender las MF y, por otro, mujeres con un habitus materno dentro de una sociedad que alaba la maternidad, pero, ante su interrupción, invisibiliza la pérdida y prefiere el olvido; es por ello que esta investigación pretende analizar cómo se percibe y de qué

manera impacta la construcción social en torno a la maternidad en el caso de mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en los instituciones públicas.

1.4.1 Preguntas y objetivo de la investigación

Pregunta general:

- ¿Cómo se percibe y de qué manera impacta la construcción social en torno a la maternidad en el caso de mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora?

Pregunta teórica:

- ¿Cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora?

Preguntas específicas:

- ¿Cómo significan el embarazo, los cuidados y la atención las mujeres ante una muerte fetal?
- ¿Cómo perciben la atención recibida durante parto y posparto las mujeres con MF?

- ¿Cómo viven y significan la MF los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres?
- ¿Cómo se manifiesta la maternidad en las mujeres tras una MF?

Objetivos:

- Analizar cómo se percibe y de qué manera impacta la construcción social en torno a la maternidad en el caso de mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora.
- Analizar cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora.

Capítulo 2.- Marco teórico

Para el análisis de este trabajo retomamos algunas de las nociones desarrolladas por el sociólogo Pierre Bourdieu, principalmente el concepto de habitus, al que, si bien no es posible entender sin analizar el campo social, nos limitaremos de manera inicial para aportar elementos para la comprensión de lo que implica el habitus de las mujeres madres ante la MF. Por parte de los estudios de género y maternidad, presentamos un resumen de algunos estudios cuya intención es explicar cómo la maternidad se comprende y estudia. De igual manera, se presentan algunos resultados de investigaciones cuyo objetivo fue demostrar la relación entre maternidad-embarazo y maternidad-muerte fetal.

El concepto de habitus se trabajó enfocándolo en el escenario particular de la maternidad, es por ello que lo llamamos *habitus materno*. Este concepto lo definimos como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y, en cierta manera, dirigen sus prácticas, percepciones y expresiones durante el embarazo, parto y postparto; además, identificamos que el habitus materno permea el sentir de la mujer y su identidad como madre ante una muerte fetal.

2.1 Sociología: Teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX. Sus trabajos fueron relevantes en sociología, específicamente por sus investigaciones sobre cultura, educación y estilos de vida. Su teoría destaca por ser un intento de superar la dualidad tradicional entre la estructura y la acción social.

De acuerdo con Bourdieu, los agentes se ubican en campos sociales en los que existen y se desarrollan desde una posición específica; desde ahí construyen relaciones y se dirimen luchas de poder. Los campos sociales implican construcciones y reformulaciones de estructuras con ciertas normatividades, es ahí en donde los agentes actúan y se relacionan. Esta teoría utiliza como conceptos fundamentales: *habitus*, *campo* y *capital* (Bourdieu, 1997).

Bourdieu afirma que pensar en el campo implica pensar en modos de relación, ya que este puede definirse como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones.

Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 150).

Estos campos sociales son donde los actores se encuentran, juegan y se mueven; de ellos surgen los agentes dotados del *habitus* necesario para el buen funcionamiento de éste.

Las creencias son constitutivas de la pertenencia a un campo; la construcción de un *habitus* implica necesariamente su vinculación con un campo delimitado. Bourdieu pretendía transmitir la idea de que este espacio social es un lugar de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes en él inmersos y existe como un espacio de luchas donde los agentes se enfrentan según su posición. La dominación se refleja en el campo, no como un mero efecto de una acción ejercida por agentes, sino como un efecto indirecto de un conjunto

complejo de acciones que se engendran en la red. Es decir, que dominados y dominantes forman parte de estas redes y a su vez son dominados por el mismo campo (Bourdieu, 1997). Su límite se encuentra donde los efectos de éste desaparecen. Sus dinámicas yacen en sus estructuras, en las distancias y asimetrías y son las que definen un capital específico, en ese sentido, Bourdieu afirma que “un capital no existe ni funciona salvo en relación con un campo” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 155).

Como se mencionó, es en estos espacios sociales en donde los agentes dotados de habitus intervienen o actúan, en ese sentido Bourdieu define al habitus como:

Sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos. (Bourdieu, 2007, p. 86)

El habitus origina prácticas tanto a nivel individual como colectivo y, por lo tanto, produce y es influido por la historia:

El habitus asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. (Bourdieu, 2007, pp. 88-89).

El habitus nos lleva a aseverar que lo individual, lo subjetivo, es social y colectivo: es una subjetividad socializada. El habitus se manifiesta en los agentes a través de percepciones,

acciones, pensamientos y expresiones. En relación a la percepción (término que guía algunas preguntas de investigación) Bourdieu, en un escrito sobre la percepción del arte, define este término como

Un acto de desciframiento no reconocido como tal, una ‘comprensión’ inmediata y adecuada, es posible y efectiva sólo en el caso especial en el que el código cultural que hace posible el acto de descifrar es inmediatamente y completamente dominado por el observador (en forma de habilidad cultivada o por inclinación) y se fusiona con el código cultural que lo que hace posible percibir la obra (Bourdieu, 1984, p1).

Si bien, la definición que brinda el autor está dirigida a otro evento (estudios del arte), nos brinda elementos que ayudan a comprender lo que se entiende por percepción. Para este estudio, asumimos que la percepción es ese “acto de desciframiento” que se hace de manera consciente o no y que requiere de un código cultural para poder ser interpretado.

Los habitus dan sentido a la unión de las prácticas con los capitales que tiene un agente o una clase de agentes; son generadores y unificadores de las características intrínsecas y relacionales de un estilo de vida unitario. Es decir, los estilos de vida relacionados a los bienes que tiene un agente se relacionan con las prácticas que realiza, pero esta relación se encuentra influida o marcada por el habitus del mismo agente. Podríamos pensar que, dentro de un mismo campo, se mueven o actúan diversas clases de agentes; las prácticas son distintas y distintivas entre ellos. Y como señala el autor, los habitus representan o aportan esquemas clasificatorios, principios de visión y división (Bourdieu, 1997).

Parte importante de esta investigación es que partimos de considerar como representaciones³ del habitus a las prácticas, percepciones y expresiones del sentir (sentimientos)⁴. Huerta (2008) analiza cómo los sentimientos son una construcción social y utiliza la mirada Bourdeana para su comprensión; la autora menciona que es claro que el ser humano es capaz de sentir y percibir, pero que esta capacidad, a pesar de ser innata, es resultado de la introyección de normas y aprendizajes. En este sentido, si los sentimientos fuesen innatos, se esperaría que en todas las culturas y sociedades las personas se vieran afectadas de igual manera ante un hecho determinado. Podemos ver cómo, en particular la muerte (por ser el evento de interés en este estudio), es visto y vivido de distintas maneras en las diversas sociedades.

De manera general, hasta este punto podemos extrapolar cómo las estructuras sobre la maternidad se interiorizan en las mujeres, y estas mismas estructuras se exteriorizan en las formas de actuar, percibir y sentir. Ahora bien, ante una muerte fetal se da un choque con lo estructurado, o como Bourdieu lo identifica, se da una *histéresis*. Al respecto, en *El sentido práctico* Bourdieu refiere que

La presencia del pasado en esta suerte de falsa anticipación del porvenir que el habitus opera nunca se puede apreciar tan bien, paradójicamente, como cuando el sentido del porvenir probable resulta desmentido, y cuando las disposiciones que no se ajustan a las probabilidades objetivas en razón de un efecto de histéresis reciben sanciones negativas, debido a que el entorno al que

³ Por representaciones del habitus se contemplan todas aquellas expresiones, sentimientos y prácticas que generan las mujeres producto de la pérdida de su hijo y la relación con los actores significativos.

⁴ En el caso el habitus materno encontramos como manifestaciones o representaciones las prácticas realizadas durante el embarazo, parto y posparto que influyen o se relacionan con el hijo, así como los sentimientos manifestados durante todo este período y que, de igual manera, coadyuvan a mantener un vínculo con el hijo.

se enfrentan está demasiado alejado de aquel al que se ajustan objetivamente. (Bourdieu, 2007, p.101).

En el caso de las MF, el porvenir se planteaba con la llegada de un hijo vivo, por lo tanto, ante la muerte fetal, ese porvenir se modifica y, las sanciones se aprecian en el trato que reciben del entorno y a la sensación de fracaso en su persona. Bourdieu refiere, también, que el habitus es continuo y se encuentra en un estado de flujo constante; este habitus modificado y modificable luego retroalimentará a la estructuración del campo en un continuo proceso de cambio. Ante situaciones con relativa estabilidad social y personal, el cambio se produce de manera gradual. En otras circunstancias, particularmente en situaciones de crisis (en este caso, crisis ante una muerte fetal), el habitus debe responder a abruptos cambios de campo; el habitus evoluciona en respuesta a estos nuevos escenarios, pero de formas impredecibles, dejando de manera temporal en un punto indeterminado el posicionamiento del agente en el campo. La histéresis del habitus es un término técnico que ayuda a resaltar esta disrupción (Bourdieu, 2007; Hardy, 2012).

2.1.1 Campo y habitus desde la salud reproductiva

En relación con el tema de la salud reproductiva, Roberto Castro ha estudiado la atención que reciben las mujeres por parte de los médicos utilizando esta teoría; varias de sus investigaciones se han dirigido a conocer el campo y habitus médico (Castro, 2014a, 2014b; Castro y Evti, 2015). Los autores mencionan que el campo médico está constituido por instituciones políticas que lo regulan; instituciones de salud y seguridad social que prestan servicio a la población y forman a nuevos profesionales de la salud; por los agentes que operan estas instituciones (médicos, personal de enfermería, estudiantes); por centros de

investigación; medicinas subalternas como la homeopatía y la medicina tradicional; por las farmacéuticas y aseguradoras y; por las y los usuarios de estos servicios “actores con menos poder para influir en la estructura del campo, pero no por ello exentos para actuar estratégicamente en función de sus propios intereses” (Castro y Erviti, 2015, p. 45).

Por su parte, el habitus médico es definido por Castro y Erviti (2015) como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Estas predisposiciones surgen o se van creando desde la formación de los profesionales (universidades y hospitales de enseñanza) y a través de su práctica profesional. Castro menciona que la “coincidencia entre el campo médico y el habitus médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente, que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (2014, p. 49).

Desde esta misma perspectiva teórica, Castro Vásquez ha profundizado en estudios sobre la salud reproductiva y calidad de la atención en los servicios de salud y sustenta cómo los médicos explican y justifican las fallas en la calidad de la atención, señalando que dichas fallas en la institución dependen del acceso a recursos como infraestructura, insumos, recursos humanos, dejando fuera lo relacionado a la calidez en el trato y al respeto a los derechos de las mujeres (Castro Vásquez, 2008b). Como se verá en el capítulo 8, ante una MF los profesionales de la salud justifican las fallas en la atención por las deficiencias en la infraestructura hospitalaria y problemas administrativos.

El campo médico se caracteriza por ser normativo, jerárquico, competitivo, masculino y paternalista, con una gran autonomía por parte de los profesionales quienes gozan de una jerarquía social legitimada y de gran capital simbólico (Castro, 2014a; Castro Vásquez, 2008a, 2011; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020).

La comunicación en la relación médico paciente en el campo médico, ha sido analizada a través de la teoría Bourdeana, para conocer porqué se mantienen y reproducen las limitaciones para una comunicación asertiva, oportuna y con respeto al derecho a la información. En estudios sociológicos sobre la atención de patologías como el cáncer cervicouterino y de mama se constata cómo el profesional de la salud es visto como un agente con alta jerarquía social; una de estas manifestaciones se refiere a la jerga médica de un lenguaje especializado, donde los hábitos de médicos y usuarias claramente se diferencian (Castro Vásquez, 2008; Aranda, 2010). El hábito de las mujeres, en la relación médico paciente, se torna en un ente paciente que tiende a no exigir una mayor información en la consulta médica, aun cuando no comprenda cuestiones relacionadas con su atención. Las mujeres no se reconocen como ciudadanas y, por lo tanto, no exigen sus derechos. Castro Vásquez manifiesta cómo:

La manera en que operan el hábito y el mercado lingüístico es una expresión de la dominación en el campo médico, es parte del monopolio de la autoridad en la atención médica, y el hábito lingüístico de los dominantes se queda con el juego. (Castro Vásquez, 2011, p.256).

Castro Vásquez y Aranda realizan un análisis donde operacionalizan el concepto de hábito en sus dos grandes dimensiones: como estructuras estructuradas (encarnadas) y estructuras estructurantes (modificables a través de la agencia). Como estructura estructurada, muestran las autoras, el hábito se puede encontrar encarnado en forma de disposiciones permanentes, manifestado en expresiones que explican cómo las “cosas” no pueden ser de otra manera. En el hábito como pacientes, estas estructuras estructuradas influyen en las interacciones con los profesionales de la salud, que les permite

aprender a jugar en el campo⁵. En la segunda gran dimensión (estructuras estructurantes), identificaron cómo el habitus es potencialmente transformativo, es decir, cómo la capacidad de agencia de los actores se manifiesta, lo que influye en la estructura estructurada. Un ejemplo sobre esto, es cómo se analiza la toma de decisiones de las mujeres cuando acuden al servicio médico. Las autoras refieren que ambas dimensiones son difíciles de separar ya que están intrincadas, pero expresan la habilidad del habitus para funcionar en el campo. De esta manera, el habitus se expresa de manera visible en las prácticas, los sentimientos, emociones y significados generados a través de las relaciones sociales que ocurren en la atención médica (Castro Vásquez y Aranda, 2020).

El campo y habitus médico descrito resulta primordial para comprender con mayor amplitud lo expresado por las mujeres y los profesionales de la salud. Este habitus internalizado se pone en práctica y se evidencia en diversas prácticas que se documentan en este trabajo.

2.2 Maternidad y maternaje

La maternidad está ligada a creencias y significados relacionados con factores socioculturales que se apoyan en ideas en torno a la mujer, la procreación y la crianza. Como fenómeno sociocultural complejo, la maternidad trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, ya que posee componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre. La maternidad se vive dentro del espacio social, es por ello que repercute en

⁵ Como estructura estructurada el habitus de las usuarias se puede ver manifestado en el campo médico como el aceptar, sin cuestionamiento, reglas y normas, explícitas o no. Ejemplo de ello es el asumir que el conocimiento médico es incuestionable.

la experiencia individual de las mujeres y ha sido, por largo tiempo, probablemente la investidura más poderosa para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, incluso de aquellas que no tienen hijos (Molina, 2006).

Históricamente, la maternidad como concepto ha sufrido cambios. Simone de Beauvoir escribió en 1949 su libro *Segundo Sexo*, el cual se considera un parteaguas en los debates sobre la maternidad. En este texto, la autora denuncia a la maternidad como una manera de devaluar a la mujer, considerándola una atadura, negando el instinto maternal y situando las conductas maternas como parte de la cultura (Beauvoir, 1981).

Con la finalidad de demostrar los aspectos e influencias sociales y culturales de la maternidad, Badinter (1980) en su libro *¿Existe el amor maternal?* concluye que el amor maternal no es innato, sino que se construye tras la convivencia con el hijo, ya que no es posible afirmar que el amor maternal existe en todas las madres. Las diferencias entre las manifestaciones de apego entre madres e hijos en las distintas culturas soportan esta hipótesis ya que, si fuese nato o producto de la biología, se esperaría que este apego fuese similar en toda la especie humana. Esta autora menciona que no es este amor el que determina que una mujer cumpla con sus deberes maternos, sino más bien es la moral, los valores religiosos y sociales los que dirigen este actuar.

A lo largo de los años se han estudiado las diversas manifestaciones de la maternidad, y se han generado diversas líneas de estudio, entre otras, el análisis de la maternidad como una manera de devaluar a la mujer (al pensar en una maternidad obligada), otra que la resalta como una vía para el cambio social y una más, propone analizar la construcción de las representaciones en torno a la maternidad y el proceso por el que se crean o configura (Tubert, 1996).

La maternidad es un fenómeno en el que se entrelaza el plano subjetivo y la dimensión estructural con la finalidad de la reproducción social (Palomar, 2005). Si bien la reproducción humana requiere de ambos sexos, la reproducción social se asume mayoritariamente como responsabilidad de las mujeres, por lo tanto, la maternidad se torna en una experiencia subjetiva determinante en la vida de las mujeres. La maternidad crea una serie de mandatos sociales, normas que se encarnan en los sujetos y se asumen en las instituciones como las partes del *deber ser*; dichos mandatos se materializan en representaciones y discursos produciendo un ideal materno. Desde la teoría de Bourdieu, estos mandatos sociales se interiorizan y se encarnan y forman parte de las estructuras estructuradas de los habitus. Los estudios feministas han cuestionado estos mandatos sociales que recaen sobre las mujeres, revelando perspectivas distintas como la desarticulación del modelo de la buena madre y la reconstrucción de la maternidad como fuente de placer y de poder femenino (Saletti, 2008b, 2014; Vivas, 2019).

Como parte de la dimensión estructural, la maternidad es una práctica social, con mecanismos de reproducción, reglas que cumplir y agentes posicionados de distinta manera. En el plano subjetivo, la maternidad es producto de tradiciones y costumbres y puede ser entendida o analizada, a nivel individual, como un mandato social o como una experiencia subjetiva voluntaria y gustosa (Molina, 2006; Palomar, 2004).

La interacción de los elementos apunta a que la maternidad no es única y singular, debido a que confluyen identidades y entornos socioculturales distintos, por lo que se expresa de diversas formas. En ese sentido, cada maternidad es una experiencia individual, pero a la vez colectiva; está sujeta a las subjetividades de cada persona, pero enmarcada por una época y contexto histórico, social y cultural. Gil-Bello (2018) resalta que es necesario visibilizar la pluralidad de las distintas formas que adopta la maternidad para comprender las

distintas vivencias. Palomar (2004) aporta, en este sentido, al sostener que, si queremos comprender la maternidad, debemos analizarla a través de distintos ángulos que permitan ver y comprender estas diferencias.

Atendiendo a que la maternidad responde a una época histórica y a un contexto social y cultural, es necesario explicar el tipo de maternidad que impera en la cultura mexicana que estrictamente tiene distintas formas. En un estudio de 1998, Salazar Antúnez desarrolló una investigación con mujeres madres sonorenses para comprender el significado de la maternidad en obreras de la industria maquiladora. La autora define la maternidad como “un constructo social que se construye a partir de redes de relaciones personales, que se insertan en un mundo particular, con una cultura específica” (Salazar, 1998). Para las mujeres entrevistadas por Salazar, la maternidad es un factor de realización tanto para ellas, su pareja y familia. El ser madre se manifiesta como un privilegio, un orgullo y un logro; el tener hijos llega a ser un motor e impulsor de proyectos de vida e incluso las mujeres entrevistadas señalaron que tener hijos es algo necesario en una relación de pareja. El estudio de Salazar permite señalar cómo, para las mujeres sonorenses de finales de siglo XX, la maternidad no es cuestionada, sino que es un aspecto básico en la vida de las mujeres.

Derivado de la maternidad surge el concepto de *maternaje*, el cual se refiere a la conducta materna la cual se aprende y es influida por la cultura, dejando de lado aspectos biológicos, por lo tanto, el maternaje se refiere a la dimensión sociocultural. Al igual que la maternidad el maternaje está mediado por el contexto histórico y cultural, la historia de la madre, su personalidad y entorno familiar y social (Oberman, 2005). Debido a las capacidades biológicas de reproducción y lactancia de la mujer, la maternidad se ha visto cómo su responsabilidad. Al referirnos al maternaje, nos referimos al significado psicológico e ideológico que contiene, lo cual define fuertemente la vida de las mujeres. El maternaje

organiza y reproduce las características que diferencian los géneros y que producen desigualdad (Chodorow, 1978). Adrienne Rich (1986) afirma que el maternaje entendido como experiencia es potencialmente empoderador, al referirse a la relación de la mujer con su capacidad reproductiva y sus hijos. Sin embargo, distingue que, en contraste, la maternidad entendida como institución dentro de una sociedad patriarcal puede ser opresiva. El maternaje para Rich es una construcción social que se caracteriza por ser contextual y cambiante; como una práctica o una agencia, permite visualizar las prácticas maternas como potencialmente transformadoras y subversivas, con la capacidad de romper las creencias y discursos dominantes sobre la maternidad (Sancho, 2016).

El maternaje, al referirse al vínculo emocional que se establece entre la madre y los hijos, nos habla de la dimensión afectiva (Salazar, 1998), misma que se expresa en percepciones, prácticas y expresiones, con apego a nuestro marco teórico, el maternaje es una expresión del habitus materno.

Los conceptos en los que se basa la presente investigación parten de los elementos antes planteados, resaltando el concepto de habitus y maternidad, la conjunción de ambos elementos, para este estudio, es el habitus materno, entendido como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y, en cierta manera, dirigen sus percepciones, prácticas y expresiones durante el embarazo, parto y postparto. Otro concepto de interés en este estudio va relacionado al maternaje como una expresión del habitus materno. Atendiendo al objetivo principal de este estudio, los capítulos 6-9 describen como, tras una muerte fetal, se manifiesta el habitus materno y el maternaje en las mujeres que tuvieron esta experiencia.

Capítulo 3.- Investigaciones socioculturales sobre las muertes fetales

Estudiar los aspectos socioculturales relacionados con las experiencias de las mujeres que sufrieron una muerte fetal implica en sí mismo un tema de intersección disciplinar. Por ello, la revisión del estado del arte comprende elementos conceptuales que vinculan precisiones biomédicas con condicionantes y estructuras sociales y culturales, aspectos necesarios que se requieren analizar para una mejor comprensión del tema. En esta investigación, la mirada se enfoca principalmente en estos últimos elementos, los cuales se trastocan ante situaciones de crisis donde lo esperado no concuerda con la realidad.

Los estudios que conforman el estado del arte provienen de diversas disciplinas. Este capítulo presenta, en un inicio, un resumen de los estudios relacionados con las causas biomédicas en relación de las muertes fetales y de sus consecuencias en salud mental (patologías) principalmente en las mujeres-madres. En un segundo apartado, se incluyen investigaciones sobre la atención de las MF en las instituciones de salud desde la mirada de las mujeres y de los profesionales de la salud. Por último, se presentan los estudios desde las ciencias sociales, principalmente aquellos que se han dirigido al análisis del impacto que generan estas pérdidas en la maternidad y el duelo.

3.1 Las causas y consecuencias de la MF: la mirada biomédica

Aun cuando el objetivo de esta investigación no está dirigido a los aspectos biomédicos de las muertes fetales, es importante explorar brevemente lo que se ha estudiado sobre el tema desde este enfoque. Además, como se verá más adelante, las causas y las

enfermedades añadidas a una muerte fetal tienen un impacto en la mujer y en las percepciones y valoraciones sobre la maternidad.

Las MF han sido estudiadas desde la mirada biológica tras la búsqueda de factores de riesgo asociados. A grandes rasgos, estas investigaciones identifican y clasifican factores maternos, fetales y placentarios. Dentro de los maternos figuran la edad materna mayor a 35 años, antecedentes de abortos previos, enfermedades como *diabetes mellitus*, trastornos hipertensivos del embarazo, obesidad, tabaquismo, multiparidad, baja escolaridad y atención prenatal deficiente (dos consultas o menos). Los fetales remiten a sexo fetal masculino y malformaciones congénitas mayores. Dentro de los factores placentarios encontramos desprendimiento prematuro de placenta o malformación de la placenta (Fustamante-Núñez y Urquiaga-Sanchez, 2017; Huerta, Pérez, García, Jiménez y Sandoval, 2017; Panduro, Vázquez, Pérez y Castro, 2006; Rojas, Salas, Oviedo y Plenzyk, 2006; Romero, Martínez, Ponce y Ábrego, 2004). Además de los factores anteriores, se ha encontrado que el nivel de estrés psicológico durante el embarazo se relaciona con muertes intrauterinas: aquellas mujeres con alto nivel de estrés tienen un 80% más de riesgo de muerte fetal (Wisborg, Barklin, Hedegaard y Henriksen, 2008). A pesar de estas investigaciones, entre el 25% y 50% de los casos permanecen sin una causalidad clara (Cassidy et al., 2018; Huerta et al., 2017).

Un estudio basado en datos poblacionales de países de alto ingreso identificó como factores de riesgo el sobrepeso materno y la obesidad, este último como el factor modificable más relevante; se estima que este problema actúa como causal en cerca de 8,000 muertes fetales anualmente. Otros factores fueron la edad materna avanzada, el tabaquismo materno y la primiparidad (Flenady et al., 2011).

Aunado a la búsqueda de causas o factores de riesgo, varios investigadores se han enfocado en develar la morbilidad posterior a la MF presentada principalmente por las mujeres madres. La salud mental ha sido eje angular de algunos de estos estudios; es común encontrar reportes de una alta incidencia de síntomas depresivos, duelos complicados y prolongados, así como sentimientos de pérdida de control en las mujeres tras una MF. Se reporta también que se presenta un riesgo siete a nueve veces mayor de presentar depresión en el período posparto (Gaussia et al., 2011) y un riesgo siete veces mayor de presentar síndrome de estrés postraumático que aquellas mujeres que tuvieron un hijo vivo (Gold, Leon, Boggs y Sen, 2016).

En México se realizó un estudio para validar la escala de duelo perinatal y se encontró que las mujeres mexicanas más afectadas eran aquellas con un estatus socioeconómico bajo y que no tenían apoyo de una pareja (Mota, Calleja, Aldana, Gómez y Sánchez, 2011). El riesgo de problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés, tristeza y baja autoestima se ha visto incrementado en los embarazos subsecuentes a una MF (Chojenta et al., 2014).

Tras una revisión sistemática de la literatura, cuyo objetivo fue conocer los efectos de las MF tardías en los padres, familias, profesionales de la salud y la sociedad en general, se encontró que en el periodo posterior a la muerte los padres y las familias sufren de dolor, ansiedad, miedo y sufrimiento. Los síntomas psicológicos negativos más reportados incluyen altas tasas de síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida, pánico y fobia. La presencia de estos síntomas es reportada durante al menos 4 años después de la pérdida en casi la mitad de los casos. La cifra de 2.6 millones de casos anuales se incrementa al considerar la duración de estos síntomas; se estima entonces que cerca de 4.2 millones de mujeres viven con síntomas depresivos tras una MF a nivel mundial. Dentro de

los factores que intensifican la presencia de estos síntomas se encuentra la falta de legitimidad o aceptación del evento por parte del entorno social, particularmente en culturas donde la muerte es tabú y donde el bebé nacido muerto no se considera una persona (Heazell et al., 2016).

No es de extrañar que la mirada biomédica se dirija a conocer causas y consecuencias, es decir, a seguir la historia natural de la enfermedad, en este caso de la muerte fetal. Esto nos brinda un panorama descriptivo mas no explicativo. Si bien podemos conocer factores asociados o sintomatología referida tras una pérdida, en muchos estudios no se trata de buscar una explicación a estos, quedando en la sombra el elemento social y cultural que rodea a estos eventos y que puede ayudar a explicar algunos de estos síntomas y de su duración.

3.2 La atención a las MF en las instituciones de salud

El nacimiento de un hijo con o sin vida es atendido, en la gran mayoría de los casos (en México se estima arriba del 95%), en las instituciones de salud. Para una mejor comprensión de en qué consiste la atención a las mujeres con MF, es necesario describir, de manera general, como se atiende el nacimiento de un hijo con vida en las instituciones públicas. En México, durante el embarazo se instruye a las mujeres a que identifiquen el inicio de un trabajo de parto o bien, que identifiquen señales que alarmen sobre su estado de salud. Una vez que la mujer inicia con sintomatología propia del parto, acude a los hospitales, donde, en primer lugar, son valoradas para conocer el estado de salud general tanto de la madre como del nonato, cuando la diada se encuentra sin alteraciones y se confirma el trabajo

de parto las mujeres son admitidas y pasan a las salas de labor, estas áreas son compartidas por otras mujeres que se encuentran en la misma situación, la privacidad en estas salas se resume a cortinas que dividen la ubicación de las camillas. En estas salas las mujeres transcurren su trabajo de parto, vigiladas y/o monitorizadas por los profesionales de la salud, en las instituciones públicas de Sonora, hasta el momento en el que se escribe estas líneas todavía no es permitido que las mujeres estén acompañadas en esta etapa. Cuando se logra la dilatación completa del cérvix, es decir, cuando el nacimiento es inminente a las mujeres se les traslada a las salas de expulsión donde, en una camilla ginecológica y, por lo general en posición horizontal paren a los hijos. Tras el nacimiento el bebé es presentado a la madre y ambos son separados durante el período en que la mujer es atendida (revisión de cavidades, episiorrafia) y el bebé es valorado. Una vez que la mujer se estabiliza, pasa al área de recuperación donde se encuentra con el hijo. Este espacio es también un área común. Trascurrido una hora o más (dependiendo del estado de ambos) son trasladados a las salas de hospitalización, salas comunes donde cohabitan varias mujeres, es ahí donde ya se permite el ingreso de algún familiar para el acompañamiento. La duración en estas áreas dependerá del tipo de parto, las condiciones de salud de la madre y, en general, de su evolución. En este período la mujer recibe información de los profesionales de la salud sobre lactancia materna, planificación familiar, cuidados del recién nacido, etc. Madre, recién nacido y acompañante permanecen en estas salas hasta su egreso.

La descripción previa, si bien es un panorama muy general, ayuda a comprender como se brinda la atención a las mujeres ante una MF, debido a que el manejo es similar a cuando nace un bebé con vida. En México, la guía de práctica clínica de *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (2010) menciona que tras la identificación (por medio de ultrasonidos y otras pruebas) de la muerte se pueden seguir dos

caminos: manejo expectante o intervencionista, es decir, o bien permitir que el cuerpo de la mujer inicie con trabajo de parto, o bien utilizar inducción o cesárea. La guía establece que esta decisión la debe de tomar la mujer. En cuanto a los aspectos emocionales, se menciona que se debe brindar apoyo psicológico, tanto a la madre como a la familia (Secretaría de Salud, 2010).

En países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia, entre otros, la decisión de inducir un parto o realizar una cesárea, cuando la salud de la madre lo permite, es de la mujer. En sus hospitales se llevan a cabo procedimientos dirigidos a brindar un ambiente tranquilo y empático, con privacidad, donde la mujer y su familia se sientan apoyadas y pasen el mayor tiempo posible con el cuerpo del hijo para poder despedirlo y crear recuerdos (Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2018; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010).

A continuación, se presentan investigaciones cuyo objetivo fue develar las experiencias y percepciones de la atención ante una muerte fetal por parte de las mujeres y de los profesionales de la salud.

3.2.1 Atención de la MF desde la perspectiva de las mujeres y la violencia obstétrica.

Los estudios que a continuación se presentan sobre la atención que se le brinda a las mujeres y sus familias tras una muerte fetal en las instituciones de salud han utilizado principalmente metodología cualitativa. En ellos se explora el sentir tras la experiencia, la percepción de la calidad de la atención y la comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud.

Los estudios localizados son escasos, principalmente en América Latina. En Brasil se realiza una investigación que rescata las historias de mujeres que vivieron la pérdida de sus hijos durante la gestación y documenta desde su voz los problemas de actitud de los médicos, catalogándolos como “fríos” en el trato. Además, refieren una falta de información en relación con la causa de la muerte (Dias dos Santos, Pedroso y Ogura, 2004).

El informe Umamanita (asociación española de apoyo en muerte perinatal y neonatal) publicado en 2018 analiza la percepción de la calidad de la atención hospitalaria ante una MF. En él se señala que el porcentaje de madres con MF que ven a su hijo es muy bajo y es el personal sanitario el que motiva o no este encuentro; en el informe se refiere la necesidad de cambios en el abordaje por parte de los profesionales de la salud. Las mujeres encuestadas reportan poca información y baja capacidad para la toma de decisión respecto a la disposición del cuerpo de los hijos y su tratamiento, lo cual genera inconformidad (Cassidy et al., 2018).

Un problema reportado en varias investigaciones se encuentra relacionado con la práctica de hospitalizar a las mujeres madres en salas comunes donde cohabitan con otras madres y sus recién nacidos vivos. Este hecho repercute negativamente en la satisfacción, ya que incrementa el duelo y la culpa (Cassidy, 2018; Gopichandran, Subramaniam y Kalsingh, 2018).

El momento del nacimiento de los hijos, aun cuando se encuentren sin vida, marca de manera importante y significativa la vida de los padres. Si ellos sienten que no se les brinda una atención adecuada, se impone una angustia grande e innecesaria. Un estudio (realizado en Irán) reporta que las mujeres no se encuentran satisfechas con la atención recibida debido a problemas de comunicación, falta de trato digno, instalaciones

insuficientes, entre otras; esto demuestra debilidades y zonas de oportunidad para mejorar la atención (Sereshti et al., 2016).

Tras el análisis de las experiencias de las mujeres, Cassidy (2020) refiere que dentro de las instituciones existe un silenciamiento del duelo manifestado principalmente con las actitudes frías e inhumanas de algunos profesionales de salud, los cuales dedican su atención en el área física y limitan las decisiones y actuación de las mujeres por considerarlas excesivamente emocionales (Cassidy, 2020).

Algunos autores sugieren que mientras la mujer se encuentre en el hospital un equipo multidisciplinario debe brindarle apoyo y asistencia, ofrecerle oportunidades que le ayudarán en el período posterior, por ejemplo, facilitarle a los padres el poder tener contacto con el cuerpo de su hijo (Bennett, Litz, Maguen y Ehrenreich, 2008; Gold et al., 2016). Una falta de apoyo puede tener efectos negativos en el duelo al desautorizar la identidad de los padres y minimizar la pérdida. Algunas mujeres sienten que no son tratadas como madres, lo cual tiene, según su percepción, un impacto negativo en su duelo (Cassidy et al., 2018).

Australia cuenta desde hace tiempo con protocolos de ayuda a las mujeres que sufren de una MF. Un estudio se abocó a conocer las experiencias de estas mujeres en relación con la atención médica recibida: ellas describen la situación como angustiosa, calificando a los profesionales de la salud como positivos y de apoyo. Lo que encontraron negativo fue en relación a los procedimientos y políticas del hospital. Un problema importante que resaltar es el malentendido que se percibe de la atención, es decir, los profesionales de la salud centran su atención en tratar un procedimiento médico para terminar un embarazo no viable, mientras que para las mujeres y sus familias es el nacimiento y muerte de su hijo; esta situación hace que la angustia se incremente (Lee, 2012).

Como se ha mencionado, algunas prácticas como el contacto con los bebés que nacen sin vida llegan a ser benéficas para las familias. En este sentido, algunos estudios indagan sobre algunas prácticas post mórtem y evalúan el impacto que estas llegan a tener en la salud mental de los padres; la fotografía post mórtem es una de ellas. Se realizó una investigación en 181 padres y se halló que las fotografías fueron encontradas como positivas por la mayoría, aunque otros padres las rechazaron. Las fotografías pueden ayudar a los padres a aceptar la realidad y servir como vínculo o recuerdo de sus hijos (Blood y Cacciatore, 2013). Otra de las prácticas es la de guardar y compartir recuerdos del bebé. Al respecto, se investigó el impacto en la salud mental de la madre y se encontró que el tener recuerdos y compartirlos muestra una asociación positiva a largo plazo en la salud mental de estas mujeres (Crawley, Lomax y Ayers, 2013).

El contacto con el bebé tras una MF es otra práctica. Al respecto, se estudia cómo las madres vivencian estas experiencias: una serie de entrevistas en profundidad a 21 madres refieren que todas ellas habían decidido ver y cargar a su bebé; este contacto dio tiempo para procesar lo sucedido, construir recuerdos y despedirse. Aun cuando la mayoría se mostró satisfecha con haber tenido contacto con el cuerpo de su bebé, algunas de ellas mencionaron miedo, incredulidad y disociación. Se concluye que la preparación antes, durante y después del contacto es importante para lograr prevenir problemas de salud mental (Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg y Horsch, 2014). Se ha encontrado que este tipo prácticas brindan la oportunidad de darle identidad al bebé, con lo cual se logra un impacto positivo en la vivencia posterior ya que legitiman la corta vida del hijo (Camacho-Ávila et al., 2019).

En la Ciudad de México se realizó un estudio antropológico con la finalidad de conocer las formas en que las experiencias de las MF están influenciadas por la

organización y cultura de las prácticas biomédicas y por el uso de la tecnología. Se realizó un estudio etnográfico con tres ejes teóricos principales: biomedicina como construcción cultural; biopoder y conocimiento autoritario; y nociones de cuerpo, yo y persona. Se usaron las técnicas de la observación participante y entrevistas en profundidad a madres y a profesionales de la salud. Se reporta que las prácticas del personal médico están moldeadas por la sobrecarga de trabajo en los hospitales, así como por la creencia (por parte de los profesionales de la salud) de la incapacidad y la ignorancia de las mujeres para cuidarse; las prácticas que se realizan se contraponen con los protocolos y sugerencias internacionales. Las experiencias de las mujeres con una pérdida en el embarazo están marcadas o influenciadas por el tipo de acceso a servicios de salud. Existe una falta de comunicación entre los médicos y las mujeres ya que no se brinda una información apropiada y clara sobre los procedimientos y las condiciones de la mujer al momento de la pérdida; esto repercute en la sensación de angustia e incertidumbre. La autora menciona cómo las deficiencias estructurales del sistema mexicano de salud y las prácticas y actitudes de los profesionales son factores que influyen en la experiencia de las mujeres, las cuales se expresan en no proveer información clara y precisa, en actitudes paternalistas y en una necesidad (por parte de los profesionales de la salud) de disciplinar o controlar a las mujeres (Romo-Medrano, 2009).

Las mujeres que sufren de una muerte fetal no están exentas de sumar a su experiencia los efectos de una práctica médica que privilegia contener y disciplinar a las pacientes y que, ante la falta de formación para hacer un acompañamiento constructivo, genera acciones que sin duda se clasifican como *violencia obstétrica*. Son pocos los estudios que relacionan estos dos temas, si bien se ha documentado la falta de consentimiento por parte de las mujeres ante procedimientos y rutinas dentro de los nosocomios ante una muerte

fetal, estas prácticas se normalizan y reproducen (Calvo et al., 2019; Cassidy, 2020). Las mujeres con MF llegan a ser culpabilizadas por parte de los profesionales de la salud, desvalorizándolas y anteponiendo sus conocimientos (Canevari, 2011).

En relación a la violencia obstétrica, los estudios de Cassidy (2020) en España señalan que las causas de que se realicen este tipo de prácticas son múltiples. Por un lado, existe la consideración médica compartida de que los cuerpos de las mujeres están diseñados para dar un “producto vivo”, lo cual simboliza el éxito de la atención obstétrica medicalizada; por lo tanto, cuando el bebé nace sin vida se considera o representa como una falla en el sistema. Por otro lado, si ante esta pérdida no se reacciona como ante la muerte de una persona, entonces dentro de las instituciones se trata como un nacimiento más; por lo tanto, las reacciones de las madres y las familias pueden llegar a ser consideradas exageradas por parte de los profesionales de la salud y no validan sus expresiones de dolor. Por último, el investigador hace énfasis en que las mujeres con condiciones económicas precarias que pertenecen a alguna etnia y/o que presentan nulo o bajo nivel educativo son las más afectadas por la violencia obstétrica. Las mujeres que sufren una muerte fetal presentan, en ese momento, una mayor vulnerabilidad (debido al estado emocional), por lo cual, consecuentemente, pudiera existir una mayor tolerancia al comportamiento abusivo por parte de los profesionales de la salud (Cassidy, 2020).

En Argentina, Sanabria (2019) investigó cómo, ante una muerte fetal, los actos violentos se hacen presentes y no terminan con el nacimiento sin vida del hijo, ya que a la par las mujeres son víctimas del manejo inadecuado de los cuerpos de los hijos y la falta de su reconocimiento en los registros públicos. En su estudio con mujeres argentinas, Sanabria documenta que las mujeres sufren de falta de información y malos tratos. Se violenta su derecho a la información, a ser tratadas con dignidad y a una vida libre de violencia, entre

otros. Sanabria expone cómo existe un vacío legal en la protección jurídica de los casos de muerte fetal, donde tanto la mujer como el hijo no nacido sufren de diversas violaciones a sus derechos aun cuando, en algunas leyes argentinas, se especifica que el derecho a la vida inicia con la concepción. La investigadora se cuestiona porqué si la ley específica este derecho a la vida y, por lo tanto, a otros derechos inherentes como el de la dignidad, ante su muerte en la vida intrauterina se actúa como si el nonato no hubiera existido (Sanabria, 2019). Tanto Cassidy (2020) como Sanabria (2019) concuerdan en que es necesario que dentro del concepto de violencia obstétrica se incluya la violencia en casos de muerte fetal, específicamente sobre el concepto de violencia contra el bebé nacido muerto o moribundo y sobre la revictimización de las mujeres gestantes ante la pérdida de los hijos.

En el caso de México, como se ha mencionado, existen dos estudios donde se hace referencia a la atención de las muertes fetales en las instituciones de salud, los cuales reportan hallazgos de prácticas violentas contra las mujeres madres. En su estudio, Balandra (2018) refiere que dentro de las narrativas de las mujeres entrevistadas se identifican acciones consideradas como violencia obstétrica, las mujeres reportaron maltrato verbal y físico, minimización de sus síntomas por parte de los profesionales de la salud e insultos que generaron malestar físico y emocional. Otro de los problemas referidos es el trato poco amable y la sensación de abandono en comparación con la atención que reciben las mujeres con hijos vivos.

Romo-Medrano (2009), al recopilar experiencias de mujeres tras una muerte fetal temprana, no las cataloga o conceptualiza como violencia obstétrica, pero menciona que el sistema de salud mexicano no es capaz de satisfacer las necesidades de las mujeres ante una pérdida en el embarazo. La falta de espacios y recursos para atenderlas son percibidos como lastimosos para las mujeres. Existen claras fallas en la comunicación e información, lo

cual genera incertidumbre sobre su trato e incluso sobre el estado de los hijos (antes de la confirmación de la muerte fetal); es común encontrar que no se les brinda explicación ni causa del porqué de la pérdida. Romo-Medrano concluye que, en estos espacios, los profesionales de la salud actúan bajo la creencia de que la mujer no tiene la inteligencia ni la habilidad para cuidar de sí misma y, por lo tanto, necesita control y una “reparación” de su cuerpo, todo por su propio bien, enfatizando de esta manera una actitud paternalista, infantilizadora y tutelar por parte de los profesionales de la salud hacia las mujeres (2009).

Los investigadores antes citados concuerdan en que es necesario continuar con la investigación en relación con el tema, ya que en la mayoría de los casos las prácticas de violencia ante una muerte fetal fueron un hallazgo que, aunque desafortunado, no era el punto medular de las investigaciones.

3.2.2 Atención de la MF desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Al igual que las investigaciones realizadas sobre las mujeres, los estudios realizados directamente a los profesionales de la salud (obstetras, enfermeras y matronas), en su mayoría, han utilizado la metodología cualitativa; las experiencias y percepciones de estos trabajadores de la salud se rescatan a través de entrevistas y grupos focales. Los estudios revelan que ellos sienten las MF como una falla de la medicina, lo que produce frustración e impotencia al no poder controlar la situación (Dias dos Santos et al., 2004). Los profesionales que brindan apoyo a las mujeres en los hospitales maternos están capacitados para traer nuevas vidas al mundo, existiendo poca o nula educación para tratar a las familias que presentan una MF (Martos-López et al., 2016). Al profesional de la salud le resulta difícil

atender estos casos ya que se involucran, no solo aspectos técnicos, sino emocionales (Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra-Falcón y Marquina-Volcanes, 2009). Dentro del ambiente laboral de los profesionales de la salud, la muerte es un tema tabú que provoca sentimientos negativos como frustración, decepción, derrota y tristeza. Tratar estos casos es una tarea delicada y los profesionales mencionan no reaccionar con indiferencia; por el contrario, estas pérdidas también tienen un impacto en ellos (Pastor et al., 2011). Los sentimientos de miedo a denuncias y a acciones disciplinarias también pueden estar presentes (The Lancet, 2016).

En general, las investigaciones apuntan a que existe un impacto en los profesionales de la salud; ese impacto puede tomar tintes negativos cuando estos experimentan impotencia y frustración por no sentirse capacitados para brindar cuidado, pero también tiene aspectos de gran satisfacción donde se rescata el honor que simboliza atender a una familia en estas situaciones. En cuanto al problema de la falta de formación en el manejo de la muerte fetal por parte de las escuelas formadoras y por las instituciones de salud, se ha encontrado que esta poca o nula formación impacta en que el personal se sienta poco capacitado para afrontar una situación tan compleja como lo es la MF, lo cual conlleva a dudas de su práctica profesional (Fenwick, Jennings, Downie, Butt, y Okanaga, 2007; Jonas-Simpson, Pilkington, MacDonald, y McMahon, 2013; McCreight, 2005; Roehrs, Masterson, Alles, Witt, y Rutt, 2008). Entre las posibles causas de esta ausencia en el currículo se encuentra que las escuelas formadoras centran su formación en los aspectos biológicos, dejando las esferas psicosociales en segundo término; es por ello que los profesionales de la salud tienden a hacer uso de su experiencia e intuición para el trabajo con estas familias (Chan, Wu, Day y Chan, 2005; J. Hernández, Sánchez, y Echevarría, 2017; McCreight, 2005). Algunos estudios comparan las experiencias de personal con y sin

capacitación en el tema y refieren que aquel personal capacitado se mostró más seguro y con menos miedos (Hutti et al., 2016; Steen, 2015).

Hernández en 2017 y Pastor en 2011 realizaron investigaciones con profesionales de la salud en España. Ambos observaron y reportaron que, ante una muerte fetal, algunos profesionales mantienen una actitud evasiva que manifiestan con un trato frívolo, de rechazo o insensibilidad donde tratan de centrarse en los cuidados físicos sin prestar atención a los aspectos emocionales. Los autores explican que esta actitud se da como consecuencia de no saber cómo tratar a las mujeres y proteger su propio estado emocional. Otros estudios consideran estas actitudes como una despersonalización manifestada en evadir estas situaciones (Hutti et al., 2016; Petrites, Mullan, Spangenberg, y Gold, 2016).

No es solo la falta de formación la identificada por los profesionales como causante de fallas en el cuidado; existe también una falta de apoyo institucional. Los testimonios mencionan que las rutinas y los protocolos existentes en algunas instituciones no favorecen que se brinde un mejor cuidado (Fenwick et al., 2007; Willis, 2019). Las limitantes en cuanto a recursos humanos, insumos e infraestructura limitan las posibilidades de poder mejorar la atención (Lemos y DCunha, 2015; Petrites et al., 2016).

Como ya se ha mencionado, las MF son situaciones difíciles por lo que no es extraño encontrar que los profesionales refieran un agotamiento emocional. El trabajar con las mujeres y sus familias en esta situación llega a ser estresante y difícil de presenciar, ya que el dolor impacta directamente en ellos (Fenwick et al., 2007).

Sin embargo, no todas las investigaciones reportan impactos negativos en los PS (profesionales de la salud); algunos estudios describen que trabajar en estos casos es un privilegio ya que se percibe satisfacción y honor en poder atenderlos (Jonas-Simpson et al., 2013; Nurse-Clarke, DiCicco-Bloom, y Limbo, 2019). Aun con limitaciones, los

profesionales de la salud tratan de brindar un cuidado holístico usando herramientas producto de sus propias experiencias. El haber sufrido una pérdida perinatal o de algún familiar cercano se transforma en un apoyo que facilita el comprender a estas familias (Jonas-Simpson et al., 2013; Roehrs et al., 2008).

Si bien, para algunos profesionales de la salud el trabajar con las mujeres es complicado, otros lo ven como una experiencia de vida, llegando a considerar estas situaciones como un impulso del crecimiento personal, ya que los incita a valorar su vida, sus hijos y sus familias (Jonas-Simpson et al., 2013; Nurse-Clarke et al., 2019; Willis, 2019). El honor y el privilegio son sentimientos manifestados por algunas enfermeras quienes refieren que “Estar presente en el nacimiento de un bebé es un honor y estar presente cuando una persona sale de este mundo es también un honor” (Roehrs et al., 2008, p.634).

Los testimonios de mujeres y profesionales de la salud que se leen en estos artículos dejan ver lo complejo y confuso de las MF. Por una parte, tenemos las voces de mujeres que hablan de una insatisfacción con el trato recibido, exponen una frialdad por parte de los profesionales y una falta de comunicación. Por otra parte, la voz de las personas que brindan cuidado refiere un impacto importante en su persona, algunos artículos lo califican como algo positivo y otros hablan del impacto negativo que se da cuando estos profesionales no se sienten capacitados para trabajar en estas situaciones, llevándolos a mostrarse fríos y distantes.

Lo expresado en el apartado, aun cuando no se utiliza un lente teórico como el propuesto en este estudio, refiere expresiones, percepciones y formas de actuar por parte de los profesionales de la salud y las mujeres, elementos que para nosotros constituyen el habitus de estos actores. Por parte de los profesionales de la salud se mencionan las actitudes frías, fallas y ausencias en la comunicación, falta de validación de lo referido por las mujeres,

ausencias en la capacitación y en espacios específicos para la atención dentro de las instituciones, así como actitudes paternalistas y autoritarias hacia las mujeres. Estos elementos, al considerar nuestro lente teórico, nos refieren un habitus médico, previamente estudiado y definido⁶, el cual se caracteriza por actores que cuentan con una alta valía social, en un sistema que los estructura desde la formación a considerar el conocimiento médico como hegemónico, generando actitudes autoritarias, paternalistas y con poco o nulo respeto hacia los derechos de las mujeres (Castro, 2014a; Castro y Eviti, 2015; Castro Vásquez, 2008a, 2011; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020). Este habitus médico se manifiesta en la atención a las mujeres con MF al identificar en los estudios cómo las mujeres perciben que los profesionales de la salud toman actitudes frías, evasivas e incluso llegan a actuar de forma violenta hacia ellas. La forma de actuar, referida por los estudios presentados, por parte de los profesionales de la salud concuerda con los resultados de esta investigación mismos que se describen en el capítulo 8.

3.3 Maternidad y la visión sociocultural de las MF

Los estudios desde la visión sociocultural han documentado las experiencias de las mujeres que sufren muertes fetales y su relación con maternidad, la cultura, la sociedad, y el duelo por parte de los dolientes. En este apartado se presentan algunos de ellos.

Las muertes fetales no se tratan únicamente de una situación biológica, sino

⁶ Retomamos la definición de habitus médico de los estudios realizados por Roberto Castro y colaboradores, con la limitante de que este concepto no es específico para los casos de muerte fetal, sino a temas como la atención al parto, violencia obstétrica y ofrece explicaciones sobre la formación del habitus médico en general.

que, por el contrario, se combina lo psicológico y lo sociocultural. En la esfera social, la muerte y el nacimiento son vistos como eventos separados que, ante un nacimiento sin vida, parecieran invalidarse, creando un tabú social, es decir, una situación moralmente inaceptable (Cacciatore, Defrain y Jones, 2008; Cacciatore, Blood y Kurker, 2018; Cassidy, 2015).

¿Por qué las muertes fetales son un tema tabú? Para responder a esta pregunta se debe de considerar que más allá del aspecto biomédico, la vivencia de las mujeres madres y de sus familias tras las pérdidas en el embarazo tienen un fuerte componente social y cultural. No en todas las culturas, sociedades y momentos históricos, las MF se han visibilizado y tratado de la misma manera. La influencia del entorno, su concepción y manejo de la muerte, las creencias alrededor de cuándo inicia la vida, así como la imagen y valía de la maternidad, son algunos elementos que, variantes de cada cultura, crean manifestaciones distintas en las vivencias y experiencias de los padres (Cacciatore et al., 2008; Futado, Marín y Escalada, 2017; Gálvez et al., 2002; Golan y Leichtentritt, 2016).

3.3.1 Maternidad y muerte fetal

Como se menciona en el apartado teórico, la maternidad y el hecho de ser madre aparece en el imaginario de la mayoría de las mujeres como un destino femenino, fuente de nuevas experiencias y satisfacciones que conlleva a un aumento en sus obligaciones y responsabilidades (Gil-Bello, 2018). Es en el momento del embarazo donde esta construcción se intensifica, ya que es cuando el imaginario se va convirtiendo en realidad. Durante el embarazo, las experiencias y percepciones sobre la maternidad se mezclan, marcando cambios psicológicos y sociales. Entre estos cambios en la mujer está el relacionar al bebé como parte de ella, visualizarse como madre y formar vínculos con los hijos (Cáceres-

Manrique, Molina-Marín, y Ruiz-Rodríguez, 2014; Carrasco, 2001; Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal y Rodríguez-Gázquez, 2017).

En la mayoría de los embarazos, el proceso de construcción de la “identidad” del hijo inicia desde el momento en que la mujer confirma su embarazo y continua durante la gestación, se ha encontrado que los padres van creando ilusiones y expectativas del hijo, asignándole rasgos y características las cuales surgen o se intensifican con el uso de los ultrasonidos ya que confirman el sentido de realidad de ese bebé y de la mujer como madre (Felitti y Irrazábal, 2018; Layne, 2000). La preparación para la maternidad durante el embarazo es un proceso activo, consciente y positivo en la mayoría de las mujeres, muchas de ellas anticipan cambios relacionados al cuidado de su cuerpo para optimizar su salud y tener un efecto positivo en el desarrollo del hijo (Osorio-Castaño et al., 2017).

Se parte del supuesto de que los aspectos relacionados con la maternidad se intensifican durante el embarazo, podemos decir que su habitus materno es reforzado durante esta etapa, un refuerzo estimulado por los mandatos sociales, culturales y los elementos subjetivos de la misma mujer. Las instituciones de salud influyen también en este reforzamiento ya que de ellas emana un discurso que indica y espera que ciertos cambios y cuidados sean realizados. La mujer embarazada refuerza su habitus materno, sin embargo, el tener un hijo con vida no es la realidad de todas las mujeres madres. La muerte fetal puede aparecer de forma inesperada, poniendo en juego toda la estructura construida a lo largo de la vida de la mujer y, en especial, durante las semanas que duró la gestación.

Alice Lovell (1997) fue una de las pioneras en el estudio de la maternidad y la muerte fetal al explorar cómo la identidad de la mujer pasa a un marco de ambigüedad, ya que, sin un hijo vivo, ¿cómo era atendida dentro del hospital? ¿seguía siendo una madre o era una paciente? Sus investigaciones apuntan a que, tras la muerte del hijo, se vive una

negación de la maternidad y de la personalidad del hijo por parte del entorno —lo cual va en contra de todo lo construido durante el embarazo—, afirmando que, en estas situaciones, el embarazo, parto y posparto terminan negándose (Lovell, 1997).

En un estudio de 2019, Samantha Murphy señala que estas pérdidas son una experiencia social, tal como lo es el nacimiento o la muerte de una persona adulta. En esta experiencia participa el entorno de esa mujer (pareja, amigos, compañeros, familia y profesionales de la salud), escenario que está enmarcado con ideas sociales sobre el embarazo y la maternidad que influyen en el sentir de los padres. Las mujeres madres, debido a la orientación médica que reciben, conciben el embarazo como algo sin riesgos, ya que existe una invisibilidad sobre la posibilidad de una muerte fetal. Las mujeres embarazadas siguen ciertas reglas o indicaciones médicas y sociales que les hacen más incomprensible el haber sufrido una pérdida. Murphy enfatiza que este actuar brinda a las mujeres una sensación de control sobre los resultados del embarazo y, por lo tanto, el seguir estas reglas y aun así presenciar la muerte del hijo representa una injusticia para su maternidad.

La percepción de la *competencia* o *instinto materno* está dada por el conocimiento instintivo que debe tener una mujer durante el embarazo, existiendo la creencia de que la mujer debe percibir que algo viene mal o, bien, darse cuenta a tiempo de que el bebé está en peligro; este conocimiento está inmerso en el discurso de lo que debe ser la maternidad. Algunas mujeres, tras la muerte del hijo, muestran sentido de culpabilidad por no darse cuenta de que algo había salido mal y, por lo tanto, cuestionan su competencia como madres (Murphy, 2019). Este punto en particular sirve para visibilizar cómo la estructura estructurada del habitus se hace presente, es decir, cuando una norma social se encarna en las mujeres (Castro y Aranda, 2020), ejemplificada en que una mujer *debe* identificar alguna señal de alarma durante el embarazo.

Ante una MF, la identidad como madre entra en crisis, así como la identidad y personalidad de los hijos perdidos ⁷. Son varios los estudios que han explorado esta crisis o fractura en la identidad de las mujeres. Brierley-Jones identifica que existe un deterioro en su identidad como ciudadanas al sentir, por parte de la sociedad, la muerte de los hijos como un *no evento*, algo que no pasó o que debe ser olvidado y superado rápidamente (Brierley-Jones, Crawley, Lomax y Ayers, 2014). Oviedo (2009) refiere que durante el embarazo la mujer percibe al feto como parte de ella misma, representando la mejor parte de ella. Es por ello que, ante su muerte, la madre experimente sentimientos de vacío corporal, desamparo y pérdida de la autoestima. La MF puede percibirse como una amputación, castración o desmembramiento de una parte del cuerpo. Ante esta pérdida, la madre no solo se enfrenta a un duelo, sino también a la frustración de su maternidad (Oviedo-Soto et al., 2009). El impacto de la MF llega a ser tan intenso que, algunas mujeres y sus familias experimentan un estado de ambigüedad donde el bebé no está físicamente pero sí psicológicamente; los padres viven con la pérdida y esta sigue siendo parte de los padres para siempre (Cacciatore et al., 2008).

En España se investigó cómo se alteran las interpretaciones y las ontologías sobre la maternidad ante una MF. Se reporta que, tras el evento, se da una destrucción de la seguridad ontológica, lo que lleva a experimentar una crisis existencial que se traduce en un *yo* estigmatizado y deconstruido. El autor argumenta que hay que recordar que la personalidad es algo culturalmente conferido y la maternidad y paternidad están construidos en prácticas sociales. Es tanto el peso y la responsabilidad por un nacimiento saludable, que

⁷ Al hablar de la identidad y personalidad de los hijos nonatos, nos referimos a todas aquellas características y vínculos que, desde la vida intrauterina, se van generando en el imaginario de los padres y familia. Ejemplo de ello es el proveer de nombre, atribuirle ciertos gustos o preferencias por ciertas actividades o alimentos, entre otros.

es comprensible que algunas mujeres, tras una MF, recurran a la autocrítica y cuestionen su identidad, sobre todo el de la maternidad; esto se incrementa cuando la pérdida ocurre durante el primer embarazo (Cassidy, 2015). Esta “fractura” en su identidad como madres tiene un impacto en el autoestima (Wonch, Cacciatore, Shreffler y Pritchard, 2017). La autocrítica y culpa manifestada por las mujeres incrementa la depresión y ansiedad; esta relación la sustenta la teoría de Kaufman, para quien la vergüenza forma parte de un tormento interno, lo que conlleva ser una gran amenaza para el autoestima, con un efecto sobre el desarrollo y mantenimiento del yo y de su identidad materna (Cacciatore, Froen y Killian, 2013).

En la población mexicana, al igual que en los estudios mencionados, Romo-Medrano (2009) reporta cómo la identidad de las mujeres cambia cuando se enteran del embarazo. El sentimiento se incrementa cuando, a través de los ultrasonidos, el embarazo se vuelve “real”. A partir de este momento, se refuerza la construcción social de la mujer como madre y la del bebé; esto implica un nuevo rol social que incita a la madre a cuidarse tanto a sí misma como al bebé. Ante la pérdida, esta construcción se fractura, llevando a la madre a un sentimiento de inutilidad: además de cuestionarse sobre su futura capacidad reproductiva, es común encontrar sentimientos de culpabilidad y vergüenza al tener que volver a sus actividades normales y a las relaciones con sus redes sociales. Estas mujeres mexicanas refieren que el perder el embarazo implica una destrucción de su construcción sociocultural como madres y la del bebé, lo cual se relaciona con el sufrimiento físico y emocional, incluso hasta llegar a considerar sus cuerpos como inútiles (Romo-Medrano, 2009).

Balandra (2018) al estudiar el sentir de mujeres mexicanas que habían sufrido una MF, expone que la experiencia que se vive en un cuerpo que ha tenido modificaciones fisiológicas propias del embarazo y que, además, se encuentra influenciado de significados culturales que convierten a la mujer gestante en un cuerpo preparado para dar vida, la MF se

significa como un alto a la reproducción, una ruptura a la gestación y una contradicción, ya que en el cuerpo de la mujer se encuentra la vida y la muerte. Debido a la importancia y valía que tiene la maternidad en la población mexicana, algunas de las mujeres, tras una MF, viven con el estigma de no poder dar vida, principalmente cuando la pérdida ocurre durante la primera gestación.

Las investigaciones referidas se han abocado a explorar la crisis que acontece en la identidad de las mujeres relacionada con la maternidad, para nosotros, en su habitus materno, sin embargo, el vínculo posterior con la memoria del hijo fallecido se encuentra poco explorado. Willick en 2006 refiere que los padres, tras una MF, reconfiguran su sentir en relación a la vida y a su identidad como madre y padre del hijo fallecido. La autora resalta que algunos padres mantienen vínculo con el hijo e incluso avizoran y agradecen por el aprendizaje que deja en sus vidas. Si bien las investigaciones no hablan en sí de un “maternaje” o un “ejercicio de la maternidad”, se menciona que, las familias que, tras la muerte del hijo mantienen su memoria a través de recuerdos y de compartir su experiencia presentan un impacto positivo en su salud mental (Brierley-Jones et al. 2014; Crawley, Lomax, y Ayers 2013).

Si bien no se encontró alguna investigación que utilizara la mirada teórica planteada en este estudio, podemos inferir que, en términos generales, muchos de los investigadores hablan del impacto y/o la relación de la MF en la maternidad y de cómo estas manifestaciones llegan a ser distintas, ya que se encuentran influidas por la cultura, las normas sociales, el momento histórico y la concepción de la muerte para esa sociedad. Es por ello que las vivencias de las mujeres que sufren muertes fetales requiere de un análisis que contemple la carga social de la maternidad y, en consecuencia, el habitus materno, relación que se trata de develar en el capítulo 9 y 10.

3.3.2 Duelo por muerte fetal

Diversos estudios se han abocado a explorar el duelo que se produce en los dolientes (especialmente se ha investigado el sentir en la madre) tras una muerte fetal. La palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor. Es definido por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) como las “demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (RAE, 2014). Según el *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2013), el duelo no complicado es aquella “reacción normal ante la muerte de un ser querido” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p398); los individuos pueden presentar síntomas de un episodio de depresión mayor como tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso.

Tras la MF, la mujer y su familia se enfrentan a una realidad no esperada; las mujeres refieren la pérdida de una parte de sí mismas y perciben cambios de actitud hacia la vida, hacia las relaciones en sus grupos cercanos y redes. Estas familias inician un proceso de duelo, que en la madre suele llamarse *duelo materno* (Dias dos Santos et al., 2004). Los sentimientos de duelo suelen intensificarse ya que no existen rituales religiosos que legitimen, faciliten o reconforten a los padres. Es común encontrar en familia y amigos que se evita hablar del tema por no querer generar más dolor; los padres viven su experiencia en soledad. El silencio y el tabú que rodea la MF tiene que ver con la intimidad, ya que socialmente se educa a no hablar de aspectos relacionados con la muerte, el sexo y la reproducción. Se ha encontrado que el duelo gestacional implica el mismo dolor que otros duelos; sin embargo, se caracteriza por la proximidad que existe entre el nacimiento y la

muerte, la juventud de los padres y lo inesperado del suceso⁸, aspectos que confluyen en que la muerte fetal sea minimizada socialmente (López García, 2011). Las MF son una dura experiencia para los padres, con un duelo difícil y solitario por la falta de apoyo emocional y por las actitudes de los profesionales de la salud (Pastor Montero, 2016).

La intensidad del duelo se encuentra influenciado por las redes sociales (familia, amigos, vecinos, sistema de salud), por el trato recibido por parte de los profesionales de la salud, por la relación de pareja y por la carga social que representa el no poder cumplir con el mandato de ser madre. Las mujeres llegan a presentar algunos mecanismos de afrontamiento como aislamiento, inmersión en el trabajo, enfoque en otros hijos, búsqueda de un próximo embarazo y la religiosidad (Gopichandran et al., 2018). La presencia de apoyo social reduce los niveles de ansiedad y depresión, principalmente el apoyo familiar (Cacciatore et al., 2009).

Los factores que afectan el duelo de las mujeres tras una MF se pueden encontrar a distintos niveles: individual, sistema de salud, pareja-familia y social. A nivel individual se encuentran los antecedentes de pérdidas, experiencias personales específicas como ser adoptada o haber concebido mediante fecundación asistida, tiempo transcurrido antes de quedar embarazadas, edad materna y emociones e ilusiones relacionadas con el embarazo. Los factores relacionados con los sistemas de salud con mayor impacto en el duelo son la falta de información y cuidado emocional durante el proceso, lo cual produce en los padres, miedo y falta de control. Los factores relacionados a nivel de pareja-familia fueron la falta de sincronización en el duelo en comparación con el resto de la familia y el olvido de

⁸ La juventud de los padres hace alusión a que, las MF ocurren, durante la vida fértil de la mujer y, en gran parte de los casos, durante la primera gestación. Lo inesperado de la MF se refiere a que estas pérdidas ocurren, por lo general, sin tener conocimiento previo de alguna alteración de la gestación.

la figura paterna por parte de los profesionales de la salud y de la sociedad en general. Por último, el factor más relevante a nivel social es la incompreensión por parte de una sociedad que minimiza la pérdida (Futado et al, 2017).

La duración del duelo ante las muertes fetales es sumamente variable, ante diversos tipos de pérdidas como abortos, pérdidas tempranas y tardías no es posible encontrar un patrón ya que los duelos son distintos, sin embargo, se encontró que el tiempo inmediato tras la pérdida es donde la tristeza y la depresión se encuentran más presentes; estos síntomas disminuyen progresivamente, encontrando diferencias al mes, seis meses y un año tras la pérdida (Ridaura, 2015).

En México, la psicóloga Mota analiza los factores asociados a la intensificación del duelo. En su análisis se encontró que el tipo de muerte y el trimestre de gestación en el cual ocurrió influyen en la intensidad del duelo, de tal manera que las muertes ocurridas en el segundo y tercer trimestre provocan duelos más intensos y depresión. La investigadora argumenta que esta diferencia puede deberse a que al inicio del embarazo (primer trimestre) la mujer percibe al embrión más como una parte de ella misma y no tanto como un ser distinto; el proceso de individualización comienza a partir de que la mujer percibe los movimientos fetales, lo cual se incrementa conforme el embarazo va avanzando (Mota, Calleja, Gómez, Aldana y Sánchez, 2010).

La mayoría de la literatura relacionada al tema aborda la mirada desde las mujeres; con respecto a cómo viven los hombres estas experiencias, las investigaciones son pocas. La paternidad ha sufrido cambios en los últimos años. Actualmente, existen nuevos modelos de comportamiento paterno relacionado con el embarazo, parto y crianza; por lo tanto, la muerte de un hijo, aun en la etapa gestacional, es un evento traumático que impacta psicológicamente a estos padres. A pesar de estos cambios, los hombres continúan viviendo

sus duelos en silencio, aislados, ya que se espera que ellos sean fuertes y den apoyo a la mujer; es necesario, entonces, brindar atención y apoyo al igual que a la pareja (Badenhorst, Riches, Turton y Hughes, 2007; Gaussia et al., 2011; Koopmans et al., 2013; Mota, Aldana y Gómez, 2018).

El impacto de las MF es tan intenso y duradero que no es extraño encontrar estudios que se enfocan en las experiencias de los embarazos subsecuentes. Estos embarazos son reportados como difíciles por la carga emocional, la presencia de ansiedad y aislamiento (Mills et al., 2014). Los padres requieren una mayor atención por parte los profesionales de salud (Mills, Ricklesford, Heazell, Cooke y Lavender, 2016). Las mujeres, tras una MF, llegan a cambiar su visión del mundo hacia una nueva visión “insegura”. La crianza también se ve influenciada ya que algunas madres permanecieron preocupadas y ansiosas ante su nuevo bebé (Üstündağ-Budak, Larkin, Harris y Blissett, 2015).

Las investigaciones revisadas tras la MF concuerdan en que, en efecto, tras la pérdida de un hijo durante el embarazo, la mujer y la familia entran en proceso de duelo. Como se mencionó, la duración y la intensidad de este duelo se ven afectadas por el trato por parte de los profesionales de la salud, los protocolos de atención, el apoyo de su red social cercana y la manera en que la sociedad en general visualiza las MF. Algunos reportes mencionan que no existe seguimiento para la mujer y su familia por parte de las instituciones de salud, dejándolas al margen de sus recursos y capacidades; por lo tanto, al enlazar los factores, encontramos un terreno que propicia que estos duelos se intensifiquen o se vuelvan patológicos. En México no existe protocolo para el seguimiento en el duelo tras una MF. La guía de práctica clínica de *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (2010) sugiere asesoría o apoyo emocional, mas no especifica exactamente en qué deberá consistir tal apoyo (Secretaría de Salud, 2010). Las mujeres y sus familias se enfrentan, entonces, a

una realidad jamás esperada: el cuerpo de la mujer responde como respondería en un posparto fisiológico, con la presencia de la leche materna y los ajustes normales de un puerperio, solo que sin hijo y dentro de una sociedad que considera el tema como tabú (López García, 2011).

3.3.3 Estudios socioculturales de la MF

Socialmente existe la concepción de que, tras una vida plena, la muerte es hasta cierto punto esperada. La experiencia y el conocimiento de la muerte se basa en esa premisa; sin embargo, las muertes fetales rompen con este balance ya que estamos frente a un ser que no experimentó una vida o un ciclo vital de forma extrauterina. La muerte se puede entender como un deceso (orden de las cosas naturales) o en su relación con la existencia humana. Una MF pareciera tener más relación con la manera de concebirla como deceso, como parte de un evento de la vida, es decir, tiende verse y tratarse como un embarazo que ya no es viable en vez de como el fallecimiento de un hijo. Por poseer una naturaleza particular, las muertes intrauterinas provocan procesos de duelo distintos, más intensos y que pueden provocar aplazamiento en la aceptación. El apoyo del entorno social y familiar tendrá que ser prolongado e incluyente:

El evento muerte perinatal no es una cuestión sólo de políticas públicas, tampoco es exclusivo de los círculos académicos. Es una cuestión de muerte trágica que afecta a los individuos y sus relaciones, a la sociedad y su estructura; por ende, se relaciona en lo psicoafectivo, lo religioso, lo social y cultural. Es nuestra labor tratar este evento desde los diversos enfoques para poder difundir y aplicar los apoyos para los deudos, la reestructuración del

tejido grupal y restablecer la dinámica social (Mendoza-Luján, 2014, pp.112-113).

En relación a la cultura y las pérdidas en el embarazo, Cecil en 1996, publica una colección de artículos dentro de su libro *The Anthropology of Pregnancy Loss*. En él se muestra cómo diferentes culturas tratan de manera distinta la MF, lo cual depende del concepto que se tenga de la muerte y del significado que se le otorga a los no nacidos. Cecil plantea una serie de cuestiones de interés antropológico, un conjunto de ideas sobre el cuerpo, la vida, la muerte, el comienzo de la vida, los rituales y la cultura. Los artículos se enfocan en poblaciones no occidentales como India, Jamaica, Papúa Nueva Guinea, Tanzania y Camerún, centrándose en lo que Cecil llama *etnoembriología*. Una de sus conclusiones es que las perspectivas de las mujeres y su bienestar emocional se encuentran marginados del ritual social, religioso y de la atención médica propios de cada lugar.

Por ejemplo, en países como Uganda, las MF se consideran un fenómeno común y frecuente, en algunas comunidades la muerte fetal es denominada *empuna o ekintu*, que significa “una cosa”, y las causas son atribuidas a una mezcla de contenidos biomédicos, sociales y espirituales. En algunos casos, estas muertes no son divulgadas ya que aquellas mujeres que sufren pérdidas consecutivas están sujetas a una posible exclusión de su comunidad o familia. La brujería aparece como una posible causa; la disolución de los matrimonios es algo frecuente, ya que la misma comunidad incita al hombre a buscar una mujer con la cual pueda tener hijos (Kiguli, Namusoko, Kerber, Peterson y Waiswa, 2015). En Camerún se encontró cómo, la presencia de estigmas dentro de la comunidad impactan de manera significativa la vivencia principalmente de las mujeres (Van der Sijpt, 2010). En Pakistán se reporta que existen errores de clasificación (dentro de los sistemas de salud) al reportar MF. Este error en la clasificación no es algo fortuito, sino que es el resultado de

prácticas socioculturales tales como el significado social de la muerte fetal, lo cual limita a las mujeres a buscar atención ya que la brujería, la voluntad de *Alá* (Dios) aparecen como una causante de estas pérdidas. Tras una pérdida, el estigma social es fuerte; a las mujeres pakistanís no se les está permitido cargar otros bebés o asistir a fiestas, ya que son consideradas como “asesinas de niños”. Es por ello que sienten una amenaza en su identidad personal y materna, por lo que tratan, en la medida de lo posible, de mantener estas pérdidas en secreto para evitar ser estigmatizadas (Zakar, Zakar, Mustafa, Jalil y Fischer, 2018). En Israel se encontró que las mujeres que sufren una MF se les niega el derecho social de llorar su pérdida por la falta de visibilización y empatía de la comunidad, con ello se crea un sentido de ambigüedad en su identidad general y en su identidad materna (Golan y Leichtentritt, 2016).

El estigma —percibido por las mujeres madres— por parte del entorno y de los profesionales de la salud se manifiesta con sentimientos de vergüenza, devaluación de la maternidad y discriminación (Pollock et al., 2019). La culpa se hace presente y no se dirige únicamente a las mujeres madres, la culpa también se direcciona hacia los profesionales de la salud que atendieron sus casos (Gold et al., 2018).

La reacción de la sociedad y de los PS ante una MF pareciera responder a lo que Lovell (1983) conceptualiza como “jerarquía de tristeza”. Esta alude a que a mayor edad gestacional se espera mayor sufrimiento, aunque este sentir no es acorde con lo expresado por las mujeres. La autora refiere cómo las pérdidas tempranas del embarazo se ven más minimizadas socialmente que aquellas que ocurren en una etapa tardía de la gestación, brindando una clasificación y evaluación del dolor, no por lo referido por las mujeres y sus familias, sino por la concepción del desarrollo fetal y del vínculo padres-hijo que se hubiese desarrollado (Lovell, 1983).

Las consecuencias económicas y psicosociales de las MF exponen un mayor riesgo para familias con menos recursos. Se ha encontrado que en los países el riesgo de muerte intrauterina es mayor para los grupos marginados; esta disparidad refleja desequilibrios estructurales. Aunado al mayor riesgo en estas poblaciones, el estigma y el tabú están presentes y el duelo de estos padres no está legitimado o aceptado por la sociedad. Una investigación que consideró a 3,500 padres en duelo mencionó que la mitad de ellos sentían falta de apoyo por parte de su comunidad, muchos de ellos suprimen su duelo en público y las mujeres se sienten estigmatizadas, aisladas e infravaloradas (Heazell et al., 2016). Se señala que es necesario fomentar una actitud empática tanto por parte de la sociedad como por parte de los profesionales de la salud. Los cuidados en torno al duelo deben ser parte de los protocolos de atención (Flenady et al., 2016).

Los argumentos que expone Mendoza-Luján (2014) sobre cómo se visualiza y lo que significa la MF son por demás interesantes. Como el antropólogo refiere, la muerte intrauterina rompe con el ciclo esperado de los eventos naturales: nacer y morir al mismo tiempo no están concebidos como eventos que se traslapen. La cultura a la que pertenece la mujer y su familia influye en gran medida en cómo se vive la MF. Cecil (1996) deja en claro cómo de cultura en cultura varía la manera en la que se visualizan estos eventos, existiendo sociedades en donde aspectos mágico- religiosos son factores que explican estas situaciones y que llegan a ser causa de estigma en estas familias. Por último, la aportación de Lovell (1983) sobre la “jerarquía de tristeza” deja ver cómo el sentir de los padres es evaluado y/o clasificado por la sociedad y los prestadores de la salud en relación a la duración del embarazo. Estos estudios permiten identificar algunos de los elementos socioculturales que rodean a las MF.

Capítulo 4.- Marco metodológico

En este capítulo metodológico se plantea primeramente el rompimiento epistemológico que implicó aprender a tener una mirada crítica sobre cómo se construye la ciencia en disciplinas tan distintas como lo son las ciencias de la salud —de la que abrevia la enfermería, de la cual he desarrollado mi trabajo— y las disciplinas de ciencias sociales, en particular desde los cuestionamientos realizados por algunas corrientes sociológicas y antropológicas respecto a lo que se puede conocer y, sobre todo, la importancia de la observación y el conocimiento que nace de las relaciones entre quien investiga y quien es investigado, pues ambos son personas, seres humanos con prenociones de las que los científicos pretendemos desprendernos o, al menos, avizorarlas para evitar en lo posible los sesgos que se producen en la selección de indicadores o de lo que construimos como datos para analizar.

En la formación teórica del doctorado, la lectura de Bourdieu me pareció sugerente al recalcar la importancia de la reflexividad desde un punto de vista con varias aristas, principalmente la que ayuda a deconstruir con esa reflexión hacia lo que conocemos por nuestra formación disciplinar como grupo, aquello que podemos enfatizar y que también deja temas sin desarrollar. La mirada de los profesionales de la salud en general, al igual que sucede en otras disciplinas, tiene puntos de partida que en ocasiones no cuestionan y dan por cierto un conjunto de conceptos o de lentes teóricos que fortalecen sus puntos de partida y que causan ceguera sobre otros enfoques en las prácticas que se realizan en las instituciones de salud, donde tratan procesos de enfermedad y atienden a personas en ámbitos públicos desde los que se permite en muy poca medida el ejercicio de la agencia por parte de quien acude buscando la atención.

El concepto de reflexividad tiene una historia larga entre los principales teóricos de la sociología y la antropología. En esta última disciplina, la mirada de los y las intelectuales o profesionistas de las ciencias sociales que se involucran durante tiempos prolongados en una comunidad ha planteado la necesidad epistemológica de diferenciar entre la mirada de quienes son los agentes que son observados y cuyas relaciones o prácticas se analizan y, a la vez, los sesgos que implica la mirada de investigadores —externos al contexto— que requieren de reconocer esos sesgos o limitaciones en la mirada respecto a lo que pueden comprender de otros grupos sociales. Diferenciar lo que requiere empatía para ser comprendido no es tarea menor. Las diversas disciplinas de las ciencias sociales se enfrentan a este dilema al estudiar a otros seres humanos desde una posición específica en un campo social.

Por lo anterior, estudiar el habitus materno involucra varios retos que se han explicitado y que, de manera incipiente, develan la necesidad de un análisis más profundo que dé cuenta de las implicaciones que tiene estudiar, desde el habitus académico de enfermería y desde las ciencias sociales, cómo se modifica el habitus materno frente a las prácticas de atención y cuidado ante una muerte fetal, tanto en el hospital como en las redes amicales y familiares.

La reflexividad implica retroceder para iluminar la propia mirada, pero desde la perspectiva de Bourdieu esto no es un ejercicio individual, sino un análisis del cuerpo disciplinar que intenta analizar fenómenos sociales desde ciertos conceptos y consensos académicos. En este sentido, cuando se plantea el análisis del habitus materno se está partiendo de una disciplina de las ciencias sociales que no se refiere a una práctica o una conducta, sino que concibe a las personas que analizaremos justamente como agentes, como quienes tienen la posibilidad de comprenderse y, a su vez, de transformar en alguna medida

las condiciones en que viven sus experiencias. En este apartado describo el proceso reflexivo que apoyó la definición de qué métodos y técnicas eran las más adecuadas para escuchar a las personas y analizar sus narrativas de las condiciones en las que viven procesos en los que existen muertes fetales y el impacto de esta experiencia en el habitus materno.

El primer ejercicio de reflexión es explicitar que quien realiza esta investigación comparte, con las entrevistadas, las condiciones de ser mujer del mismo rango de edad y, como tal, haber vivido la experiencia de tener una muerte fetal. Sin embargo, como perfil profesional las características se alejan, en el sentido de que, al ejercer la profesión de enfermería desde hace años, cuento con conocimiento de la práctica hospitalaria y, además, participo como docente en espacios universitarios en donde se forma a otros profesionistas de enfermería. Desde esa posición puedo reconocer que la profesión de enfermería no tiene procesos de formación que permitan a las y los egresados reaccionar de manera oportuna ante una muerte fetal, sino que más bien se niega o hay silencios constantes que hacen inesperada esta posibilidad en una sala de parto.

El segundo ejercicio me cuestiona como mujer y como madre, al haber sido parte de un proceso de socialización que enaltece la vida en familia y el papel de la mujer en el que ser madre es uno de los objetivos asociados al género y en el que he de reconocer la historia personal para cuidar sus enlaces al escuchar o leer las entrevistas y, antes de ello, durante el proceso de elaboración de los instrumentos de investigación y análisis.

Como tercer ejercicio de reflexión, la interpelación de Bourdieu me obliga a pensar y explicitar qué se puede conocer o construir respecto de las relaciones que se entablan en un espacio hospitalario que me es conocido desde quien atiende a las “pacientes” en el momento del parto: los supuestos, lo que se da por una realidad y que no permite encontrarse ni afrontar situaciones disruptivas como es la muerte fetal.

Finalmente, y aun cuando para Bourdieu la parte individual no es en sí misma un tema de reflexividad completo, en este caso la ruptura de mirada que hizo posible la construcción del tema de estudio se refiere principalmente a la experiencia que tuve en el hospital al momento en que experimenté la muerte de mi hija en el último mes del embarazo. Esta experiencia cimbró las estructuras y explicaciones que no me permitían entender por qué no existen condiciones que reconozcan las necesidades de una persona ante la disrupción de la normalidad hospitalaria al no realizarse el parto como se espera y al cimbrar con ello estructuras que sostienen la valoración de la maternidad durante el embarazo. El momento disruptivo de la muerte fetal me llevó a buscar en las ciencias sociales explicaciones sobre las relaciones sociales que, si bien no son las únicas que se dan en esta condición, ahora puedo reconocer y nombrar como violencia obstétrica, pero que desde la normalización de las prácticas hospitalarias quedan invisibles a los ojos de la profesión; esto que señalo implica que, al hacer visible este proceso, entiendo que es posible empezar a transformar esta relación entre los profesionistas de la salud y las mujeres que se atienden en los hospitales.

Hablar de temas cercanos a la muerte, o lo que significa la muerte fetal para el habitus materno, puede ser coherente; el mayor reto ha sido la construcción del andamiaje metodológico que permitiera analizar el impacto de esta situación y de las relaciones que se dan en el momento de la atención misma. Una primera decisión fue optar por métodos cualitativos que permiten documentar esto a través del análisis de lenguajes, nociones, sentimientos, expresiones y el sentido que tienen en la relación de las mujeres consigo mismas, con sus familiares o personas cercanas y quienes les atendieron en el hospital. Por su lado, la forma de acercarnos a las mujeres tenía que generar confianza para hablar de temas que por lo general causan dolor o recuerdos difíciles de asimilar, es por ello que se optó por la entrevista en profundidad.

Como se señaló previamente, la pregunta rectora del estudio fue ¿cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora? Para responderla se diseñó un protocolo de investigación donde se operacionalizaron los conceptos principales y se generaron diversas guías de entrevista, las cuales contuvieron los elementos indispensables para, con la información recolectada, culminar la tarea propuesta.

4.1 Tipo de estudio

Como punto de partida, se reconoce que la realidad es construida socioculturalmente y que existe una interdependencia entre el investigador y el sujeto o grupo social investigado (Denmann y Haro, 2000). La experiencia de las mujeres que han sufrido MF constituye un problema complejo; difícilmente un solo enfoque bastará para poder develar tal complejidad. Sin embargo, y partiendo del objetivo de conocer cómo se manifiesta el habitus materno ante la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora, es que se optó por un estudio cualitativo. El tipo de estudio en temporalidad implicó identificar algunos elementos del habitus materno que pudieran analizarse a través de la narrativa de sus caminos de atención, la descripción de las relaciones con el personal de salud y con las opciones que se ofrecían en las instituciones médicas, así como los apoyos o relaciones que encontraron en sus grupos familiares o de amistad.

Un primer dilema fue identificar que no se observarían estas relaciones, sino que se reconstruirían a partir de lo que las mujeres recordaran de sus relaciones con el

personal de salud y con sus familias en el momento de la atención y la etapa posterior y las consecuencias que eso pudiera tener sobre el habitus materno. Un reto mayor fue tratar de describir ese habitus materno a través de temas específicos relacionados con lo que se considera parte de ser madre, las expectativas, las prácticas y las valoraciones y relaciones en los momentos de la atención y posteriores. Además, mientras me acercaba a las primeras mujeres para entrevistarlas, llegó la pandemia de COVID-19 y me llevó a plantear cambios en la forma de realizar las entrevistas. En un segundo momento, las entrevistas tuvieron que llevarse a cabo en una plataforma virtual; es importante reconocer que hubo un cambio en la forma de comunicación. Nos referiremos a ello más adelante.

El alcance de la presente investigación —debido a su orientación cualitativa— nos conduce a la comprensión de las experiencias de mujeres que sufrieron la pérdida de su hijo durante la etapa gestacional (MF) y, en cierta forma, de las voces de los profesionales de la salud que brindan cuidado a estas mujeres y que condicionan las percepciones de la atención materna. Por ello, los resultados se acotan a espacios y momentos determinados en Hermosillo, Sonora, y a mujeres atendidas en hospitales públicos. Lo anterior implica que los resultados no se pueden generalizar; sin embargo, reflejan con veracidad la realidad que viven otras mujeres con la pérdida de su hijo.

4.2 Operacionalización de los conceptos

Con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación se realizó la tarea de operacionalizar los conceptos de manera que se tradujeran en preguntas en las guías de entrevistas, como el de habitus materno, maternidad, maternaje y muerte fetal. En cada

Guía se incluyó preguntas sobre datos sociodemográficos de interés y por hallazgos emergentes al iniciar el trabajo de campo (anexo 1 -3).

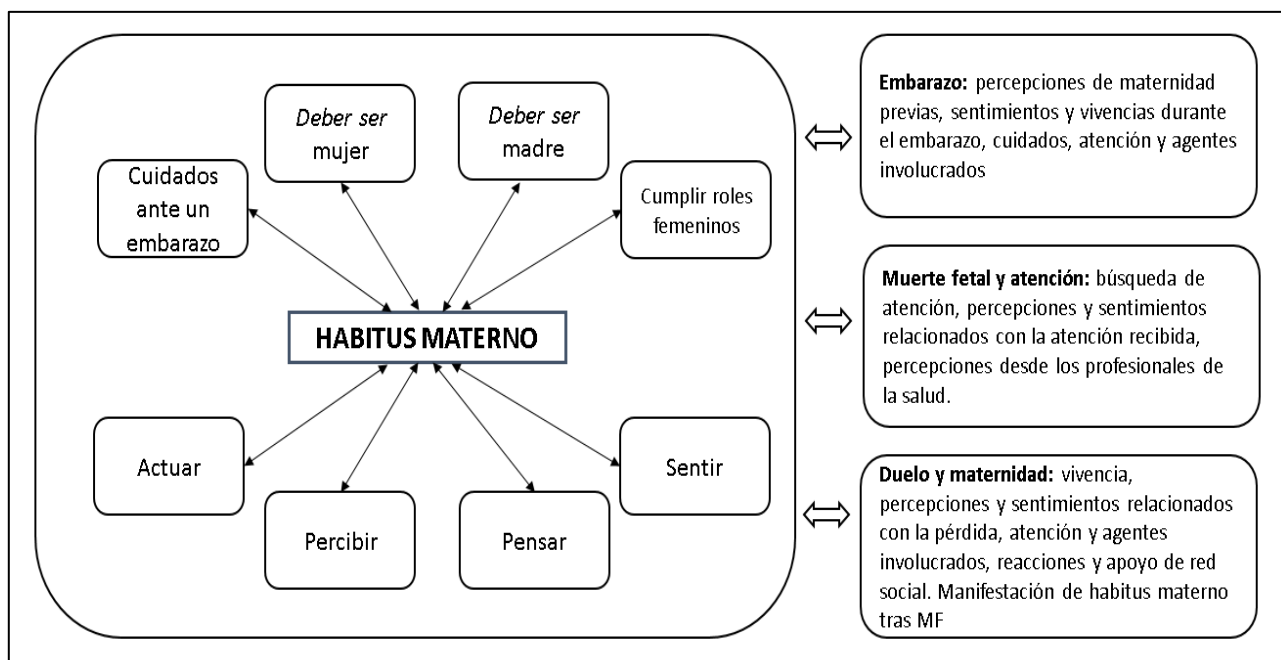


Figura 4.1. Operacionalización de los conceptos

En la figura 4.1 se representa cómo los conceptos “habitus” y “maternidad” ante una muerte fetal fueron concebidos y adaptados a las guías de entrevista para las mujeres madres. En ella se trató de llevar un orden cronológico de la manera en la que suceden y vivencian las MF, partiendo desde el embarazo y culminando en la etapa posterior al parto donde se vive el duelo y se manifiesta, de manera distinta, el habitus materno.

El operacionalizar conceptos complejos como lo es el habitus supuso un reto, para ello, derivado de la revisión de la literatura es que se inició con la construcción de las guías de entrevista para las mujeres, de manera inicial se realizaba un cuestionamiento sobre las vivencias, sentimientos, expresiones y prácticas durante el embarazo, la atención y la

vivencia de la etapa posterior, conforme se realizaban las entrevistas, las guías fueron enriqueciéndose de manera constante, si bien la crisis o la histéresis del habitus se cuestionaba al indagar sobre sentimientos, cambios en su persona, familia, entorno, percepciones sobre la vida y su maternidad; algo no planteado fue el cuestionamiento sobre el maternaje que se manifiesta posterior a la pérdida, ese hallazgo obligó a nutrir las guías de entrevista.

4.3 Población, tiempo y lugar del estudio

La vivencia de las muertes fetales afecta o impacta a varios agentes sociales, sin embargo, se optó por tomar como informantes principales a las mujeres madres, siendo ellas las que, con su experiencia y vivencia, brindaron información que permitió reconstruir lo planteado. Por otra parte, los profesionales de la salud fueron incluidos como población del estudio ya que interesaba conocer la atención en las instituciones de salud bajo la mirada de estos agentes.

4.3.1 Criterios de inclusión

Como se menciona en el capítulo 1.1 las muertes fetales tienen diversas formas de clasificarse y esto tiene relación con el tipo de atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud. (por mencionar un ejemplo: depende de las semanas de gestación y el peso la disposición final del cuerpo del hijo). Con la finalidad de explorar y visibilizar el

trato ante muertes fetales avanzadas se optó por incluir a mujeres que sufrieron una MF después de la semana 22 de gestación.

Se buscó a mujeres que quisieran participar y que hubieran sido atendidas en alguna de las dos principales instituciones públicas del municipio de Hermosillo, Sonora: el Hospital Integral de la Mujer (HIMES) y las áreas de ginecología de los hospitales pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Si bien no como criterios de inclusión, se consideraron importantes para el análisis variable tales como ocupación, edad, tiempo transcurrido tras la pérdida, así como la presencia de hijos previos o posteriores a la MF.

En relación a los profesionales de la salud se optó por incluir personal de enfermería y médicos gineco obstetras, ya que estos agentes son los que brindan atención directa a las mujeres con MF. Se consideró como criterio de inclusión que los profesionales de la salud trabajaran o hubieran trabajado en alguna de las instituciones de salud antes mencionadas.

Tabla 4.1. Tipología de las participantes

Mujeres con muerte fetal	
Hijos previos	Pérdida del primer hijo Pérdida del segundo o más hijos
Pareja y apoyo	Mujeres sin pareja o apoyo durante y después de la pérdida Mujeres con pareja o apoyo durante y después de la pérdida
Institución de atención	Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Profesionales de la salud	
Sexo	Se incluyeron tanto a hombres y mujeres profesionales de la salud.
Tipo de profesional	Médico especialista y profesionales de Enfermería

Estas características permitieron identificar ciertas características que demuestran la diversidad presente en la realidad social. La literatura indica que estos elementos (señalados en la primera columna de la tabla 4.1) influyen significativamente en las experiencias relacionadas con la muerte fetal. La selección se realizó por la técnica bola de nieve; el contacto fue por dos vías: a través de un grupo de ayuda a madres y a través del contacto con personal de enfermería.

4.4 Técnicas de investigación

La presente investigación utilizó, principalmente, las técnicas de la entrevista en profundidad a las mujeres y entrevistas semiestructuradas a los profesionales de la salud. La entrevista es una técnica que permite obtener información mediante una conversación con una o varias personas con la finalidad de un estudio analítico de investigación. Implica en todo momento un proceso de comunicación en donde el entrevistador y el entrevistado se pueden influir mutuamente de manera consciente e inconsciente. Durante este proceso se va creando una relación entre ambos: el primero crea una situación, un tanto artificial, donde busca lo que es importante y significativo en la mente del entrevistado y permite explorar sus significados, perspectivas e interpretaciones (Ruiz, 1999).

4.4.1 Las mujeres madres: las entrevistas en profundidad.

La búsqueda de las mujeres para ser entrevistadas tomó varios caminos. Como se mencionó, uno de ellos fue una asociación civil que brinda apoyo a mujeres tras la pérdida de hijos durante el embarazo o al inicio de la vida. Otras más se buscaron a través de grupos en redes sociales. Cabe mencionar que, por tratarse de un tema sensible, un número mayor de mujeres fueron localizadas e invitadas a participar, pero expresaron no sentirse cómodas de hablar sobre lo ocurrido, especialmente de lo relacionado con la atención recibida en los hospitales. En promedio se invitó a participar a 18 mujeres, de las cuales ocho aceptaron dar su testimonio.

A las mujeres seleccionadas para el estudio se les solicitó su consentimiento; a aquellas que aceptaron, se les realizó la entrevista en profundidad, las cuales fueron audio grabadas. Las entrevistas se realizaron en el lugar en el que las mujeres se sintieron más cómodas; cuatro de ellas fueron entrevistadas de manera presencial, ya sea en un lugar público (dos) o en sus hogares (dos). Debido a la pandemia por COVID-19 y su consecuente restricción de movilidad y encuentros sociales, el resto de las entrevistas se realizaron utilizando plataformas virtuales (tres) y por llamada telefónica (una). En promedio, se realizaron tres sesiones con cada una de ellas con una duración de una hora o una hora y media.

Tabla 4.2. Caracterización de las mujeres participantes en el estudio

Seudónimo	Edad	Escolaridad	Ocupación previa	Hijos post	Hijos previos	Hospital	SDG*	Años tras MF	GAM**	Tipo sesión***
Angélica	28	Carrera trunca	Estudiante	Sí	No	HIMES	22	6	Sí	P
Brenda	28	Preparatoria trunca	Ama de casa	Sí	Sí	HIMES	25	6	No	P
Cecilia	38	Carrera trunca	Ama de casa	Sí	Sí	HIMES	39	3	No	P
Daniela	29	Profesionista	Trabajo independiente	No	No	HIMES	37	2	Sí	P
Elsa	25	Preparatoria trunca	Empleada	Sí	Sí	IMSS	27	3	No	D
Fátima	35	Profesionista	Trabajo independiente	No	No	IMSS	23	2	Sí	D
Gabriela	30	Profesionista	Trabajo independiente	No	No	IMSS	34	2	Sí	D
Hilda	32	Preparatoria	Ama de casa	Sí	Sí	IMSS	36	4	No	D

* SDG: Semanas de gestación

** GAM: Asistencia a Grupo de Ayuda Mutua

*** Tipo de sesión: P (presencial), D (distancia)

Algunas de las características de las mujeres que participaron en las entrevistas se presentan en la tabla 4.2. El rango de edad fue de 25 a 38 años al momento de la entrevista y la escolaridad de las participantes fluctuó entre preparatoria trunca a carrera terminada. En cuanto a la ocupación en el momento de la pérdida, tres de ellas mencionaron trabajar exclusivamente en el hogar; tres más afirmaron que, además del hogar, realizaban un trabajo complementario más no formal (fotógrafa, vendedora de diversos artículos y diseñadora); una se encontraba estudiando; y, por último, una mujer era empleada al momento de la pérdida. En relación a hijos posteriores o previos a la MF se encontró que tres de las mujeres no han tenido hijos posteriores o previos y el resto sí. Cabe mencionar que las mujeres que refirieron no tener hijos (previos o posteriores) al momento de la entrevista

mencionaron que se encontraban en búsqueda de un embarazo. En cuanto al hospital de atención, de manera equitativa cuatro de ellas se atendieron en IMSS y cuatro en HIMES. Las semanas de gestación al momento de la pérdida oscilaron entre las 22 a las 39, y los años que han transcurrido desde el evento fueron de dos a seis.

4.4.2 Los profesionales de la salud: las entrevistas semiestructuradas.

Con los profesionales de la salud se trabajó mediante entrevistas semiestructuradas, debido a que interesaba rescatar ciertos elementos de sus experiencias al brindar cuidado a las mujeres con MF. Salvo un caso, las entrevistas se realizaron en una sola ocasión, con una duración promedio de una hora. El lugar donde se realizaron fue en sus hogares, en un espacio público (restaurante/café) o de manera virtual debido al confinamiento preventivo por COVID-19 (se explica con mayor precisión más adelante).

Tabla 4.3. Caracterización del personal de enfermería

Seudónimo	Edad	Antigüedad laboral	Puesto actual	Antecedente personal de MF	Hospital
Inés	43	13	Quirófano	No	HIMES
Julieta	41	15	Hospitalización	Sí	HIMES
Karla	30	10	Quirófano	No	HIMES
Lucía	30	5	Hospitalización	Sí	HIMES
Martha	33	7	Urgencias	No	HIMES
Néstor	34	3	Quirófano	No	HIMES
Olga	28	5	Toco cirugía	Sí	IMSS
Pablo	28	7	Toco cirugía	No	IMSS
Raúl	24	2	Toco cirugía	No	IMSS
Sandra	31	7	Urgencias	No	IMSS

Tabla 4.4. Caracterización de los médicos ginecólogos

Seudónimo	Edad	Antigüedad laboral	Antecedente personal de MF	Formación	Hospital
Tania	39	10	Sí	HIMES	Particular
Andrés	33	3	Sí	HIMES	IMSS
Valeria	39	9	No	HIMES	IMSS

Se entrevistaron a 10 licenciados en enfermería y tres ginecoobstetras. El rango de edad de los participantes fue de 24 a 43 años y la antigüedad laboral fue de 2 a 15 años.

4.4.3 Nota metodológica: Las entrevistas a distancia

Ante la pandemia por COVID-19, el trabajo de campo iniciado durante 2020 se pausó de manera forzosa. De inicio, y ante la incertidumbre sobre la duración y gravedad de la pandemia, se optó por trabajar con el material recolectado hasta el momento. Al pasar los meses, se analizaron maneras para reactivar el trabajo de campo de manera segura tanto para los informantes como para la investigadora. Ante la necesidad de buscar alternativas para continuar con la recolección de información, encontramos en lo que se denomina la *e-investigación*⁹ herramientas que permitieron continuar con el trabajo de campo. El uso de internet, redes sociales y plataformas virtuales brindan espacios en los que, con cuidados técnicos, éticos y epistemológicos, se logra adaptar la investigación a espacios virtuales (Hernán-García, Lineros-González y Ruiz-Azarola, 2020).

⁹ El término “e-investigación” se utiliza al referirse a la influencia y al uso de tecnologías de la información en la metodología de investigación.

Una vez trazado el plan de trabajo para continuar con la recolección de la información, se llegó al acuerdo de contactar por teléfono/mensajes a las mujeres. Se buscaron nuevas participantes a través de grupos (en la red sociodigital WhatsApp) que de origen reúnen principalmente mujeres al tratar temáticas como lactancia-crianza y/o grupos escolares. Las opciones para la realización de la entrevista fueron dos: de manera presencial con las medidas sanitarias necesarias (cubreboca, careta, gel alcoholado, sana distancia) o por vía virtual a través de alguna plataforma. Ambas opciones fueron presentadas a las mujeres y los profesionales de la salud: ellos valoraron con cuál medio se sentían más cómodos; salvo dos ginecólogos, el resto de los entrevistados eligieron la vía virtual.

Se eligió la plataforma Zoom para realizar las entrevistas. De las cuatro mujeres, solo una conocía esta herramienta y a dos más se les asesoró sobre el funcionamiento de la plataforma (descarga, instalación y manera de ingresar). Solo una mujer comentó no tener acceso ni capacidad en su teléfono para la aplicación, por lo que, en su caso, la entrevista fue a través de llamadas telefónicas que se audiograbaron con la autorización correspondiente.

El realizar entrevistas a distancia suponía ciertas dudas, principalmente sobre si esta vía era la más adecuada ante un tema sensible como lo es la muerte fetal; sin embargo, al iniciar las entrevistas fue claro cómo los testimonios fluían. La duración de estas era incluso más prolongada que las entrevistas realizadas de manera presencial (en comparación con las 4 entrevistas en profundidad a mujeres previo al inicio del resguardo por pandemia). Probablemente, el estar frente a una pantalla, en un espacio personal, brindó confort y seguridad para dar su testimonio. El caso de los profesionales de la salud fue similar: el entrevistar enfermeros y ginecólogos por medio de plataformas virtuales no redujo la calidad de las entrevistas.

En cuestiones técnicas, la plataforma Zoom permitió videograbar y audiograbar las sesiones; con los permisos de los participantes se obtuvieron ambos materiales. La calidad técnica del audio fue adecuada, lo cual no entorpeció la transcripción. Cabe mencionar que, salvo fallas mínimas y momentáneas en algunas entrevistas, las conexiones de internet fueron adecuadas.

4.5 Análisis de la información

La fuente primaria de datos fueron las entrevistas a las mujeres madres y a los profesionales de la salud. En el caso de las mujeres, las entrevistas se realizaron en tres momentos, lo cual permitió que se transitara del dato a los conceptos y, se realizaran modificaciones que enriquecieron los instrumentos. Tras las entrevistas se realizaba una revisión de la misma, lo cual permitía identificar temáticas que emergían o bien que quedaban poco exploradas, este ir y venir del dato a la teoría permitió que, por dar un ejemplo, el eje de análisis de maternidad se planteara como un eje transversal debido a la importancia e influencia que plantea este concepto cuando las mujeres pierden un hijo durante la gestación.

La información obtenida fue analizada en varios momentos, las diversas lecturas por parte de la investigadora y de la directora de tesis, permitieron identificar los conceptos en la narrativa y, a su vez, identificar lagunas de información que debían ser atendidas. El cruce de datos entre teoría y dato empírico se realizó de forma continua y permitió valorar que la información recolectada estuviera acorde a los conceptos que se pretendía investigar.

En base a la tipología planteada se buscaron a mujeres y profesionales de la salud que cumplieran con ciertas características, la localización de los informantes y, posteriormente, la obtención de la información permitió delimitar el número de los participantes, se cuidó también que los conceptos tuvieran suficiente dato empírico para el análisis.

La información fue transcrita, proceso que se realizó de manera simultánea al contacto con otros informantes. El análisis interpretativo (utilizado para comprender los significados asociados a alguna experiencia, en este caso la MF), fue la estrategia para analizar las narrativas recopiladas de las mujeres madres y los profesionistas. Como herramienta de apoyo se utilizó el software Nvivo 12.

Para las entrevistas se utilizó una narrativa cronológica para dar un sentido ordenado al testimonio, lo cual facilitó que la entrevista y la narrativa fluyeran con mayor facilidad. Se inició desde la gestación, explorando el significado de ese embarazo en su vida, así como los cambios y adaptaciones más significativos. El momento de la atención fue uno de los principales enfoques; se indagó sobre cómo fue la búsqueda de atención, el recibir la noticia, la comunicación entre el personal y la satisfacción con la atención recibida. Por último, se intentó reconstruir el período posterior a la pérdida cuestionando de manera específica los cuidados recibidos, la presencia de apoyo y redes familiares/sociales y, sobre todo, el impacto percibido sobre su maternidad. En este último punto, se interrogó sobre cómo se manifestó su sentir en relación con la maternidad al poco tiempo de la pérdida y cómo fue evolucionando. Esto permitió conocer cómo se manifiesta el habitus materno tras una MF.

Por otra parte, la revisión y análisis de la bibliografía fue una tarea permanente durante todo el proceso de investigación; la fuente de estos datos fueron libros, capítulos de

libros, artículos, normativas, guías de práctica clínica, leyes, entre otros. Para el acceso a los artículos científicos se utilizaron diversas bases de datos como EBSCO, PubMed, Elsevier, SciELO, Latindex, CINAHL, Scopus, Springer, Dialnet, entre otras. Para el acceso a estos documentos, se contó con el apoyo de las bibliotecas digitales de El Colegio de Sonora y la Universidad de Sonora. La gestión de la información en relación al uso de referencias fue a través del gestor bibliográfico Mendeley (acceso obtenido por la Universidad de Sonora).

Al inicio, la búsqueda no arrojó grandes resultados debido a que los términos relacionados a muerte fetal son diversos y, además, no existen muchas publicaciones en español. Las búsquedas se modificaron para incluir términos como *stillbirth*, *stillborn* y *fetal death*, con lo cual se obtuvo resultado de más de 117,000 publicaciones. Como se menciona en el capítulo tres, gran parte de la bibliografía disponible en relación a las muertes fetales está dirigida a conocer aspectos de tipo biomédico, búsqueda de causas, factores de riesgo, morbilidad añadida en los padres, etc. Los resultados iniciales, aun cuando el número de publicaciones fue alto, se redujeron al limitar la búsqueda a estudios de tipo sociocultural o relacionados con las experiencias de la atención (aproximadamente 200 publicaciones). Estos artículos fueron depurados y los que cumplían con los criterios para el presente estudio se presentan en el capítulo 3.

En relación con los profesionales de la salud, los cuestionamientos estuvieron dirigidos a recuperar su experiencia y percepción en relación a brindar cuidado y atención a una mujer con MF.

4.6 Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas para su lectura e interpretación. Parte de esas limitaciones surgen por abordar un tema sensible y tabú como la muerte de un hijo durante la gestación. Debido a ello, fue una tarea compleja el encontrar mujeres que estuvieran dispuestas a brindar su testimonio.

4.6.1 Influencia del Grupo de Ayuda Mutua

El contacto de algunas de las mujeres se hizo a través de un grupo de ayuda mutua llamado “Padres del Cielo”; cuatro de las ocho mujeres han recibido apoyo en esta asociación. El pertenecer a un grupo (aun cuando el ingreso sea voluntario), supone una situación en la cual la mujer está buscando ayuda ante su duelo; podemos considerar que las mujeres que acuden a estos grupos tienen una predisposición para hablar de lo sucedido. Se trató que las mujeres fueran entrevistadas al momento del ingreso o cuando habían acudido a pocas sesiones con la finalidad de limitar el sesgo que pudiese suponer el acudir a estos grupos: dos de ellas acudieron a una o dos sesiones previas a la entrevista, mientras que otra acudió recién pasó su pérdida y dejó de ir meses después; por último, una de las participantes se ha mantenido activa desde hace tiempo dentro de la asociación. Las otras cuatro mujeres no han tenido contacto con este tipo de ayuda.

Al momento de las entrevistas, el *rapport* generado entre la entrevistadora y las madres contactadas a través del grupo de ayuda mutua (GAM) se dio con mayor rapidez

y naturalidad. Sin embargo, con las mujeres que no asistían a estos grupos también se lograron los objetivos.

4.6.2 Sesgo de memoria

Otra limitación a considerar está relacionada con el sesgo de memoria. De manera inicial, se planteó que las mujeres participantes hubieran trascendido no más de dos años a partir de la pérdida; sin embargo, ante la dificultad expresada de encontrar mujeres que participaran, este criterio se modificó. Los años transcurridos a partir de la MF fueron de dos a seis años; otras mujeres (quienes decidieron no participar) contaban con un período menor y, en parte, esa fue una de las causas que influyeron en no querer participar. El haber pasado un período de seis años tras el evento supone dudas en relación al sesgo de memoria, el cual es considerado como un sesgo que ocurre en estudios de carácter retrospectivo en los que se investigan antecedentes de alguna circunstancia acaecida en etapas previas de la vida, donde existe una posibilidad de olvido ante ciertos datos o características del evento de interés, sobre todo en mediciones exactas (por ejemplo, recordar algún dato específico) (Hernández-Avila, Garrido y Salazar-Martínez, 2000; Manterola y Otzen, 2015). En esta investigación debemos considerar que, si bien el sesgo de memoria puede estar presente, las respuestas recabadas datan de sentimientos y percepciones generadas al momento de la atención, no de datos específicos. No obstante, el tiempo transcurrido entre la pérdida y la entrevista es considerado como una limitante del estudio.

4.7 Ética de la investigación

La presente investigación fue sometida a aprobación por el Comité de bioética del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora y fue aceptada por este (véase anexo 4).

Con el fin de salvaguardar la participación voluntaria y la privacidad de los colaboradores, se solicitó la anuencia de las personas que participaran en la investigación con el compromiso de mantener la privacidad de los datos y los resultados que fueron obtenidos por medio del consentimiento informado (véase anexo 5). Dentro del consentimiento informado se incluyó una descripción de la investigación y el derecho a retirarse en cualquier momento del estudio. De manera adicional, se incluyó la información de contactos a los cuales dirigirse en caso de dudas.

Debido a la naturaleza sensible del tema, y considerando que pudiese causar estrés o malestar emocional el brindar su testimonio, se tomaron dos precauciones:

- La investigadora principal realizó cuatro capacitaciones sobre el acompañamiento en las pérdidas perinatales, incluida la muerte fetal (véase anexo 6).
- Al finalizar las entrevistas, a todas las mujeres se les informó sobre las ayudas existentes en la comunidad (grupo de ayuda, terapeutas) por si deseaban o necesitaban acudir; así mismo, la investigadora quedó a disposición de brindar apoyo en caso necesario. De manera no inmediata, y debido al contacto posterior con algunas participantes, dos de ellas recibieron atención psicológica y psiquiátrica por medio de la asociación civil Padres del Cielo.

4.8 Relación investigadora-informantes

En relación con la posición del investigador frente al objeto de estudio, retomo las palabras de Cassidy:

Ser investigador con una conexión personal al objeto del estudio introduce ciertas cuestiones respecto a la objetividad, pero mi formación en la metodología de las ciencias sociales me ha enseñado que en gran medida todo es personal; y si no lo es al principio a menudo es así al final. Por tanto, parto de la idea de que no podemos ser verdaderamente objetivos en nuestro trabajo, pero sí tenemos la capacidad de la reflexividad y la metodología adecuada para guiarnos en la elaboración de proyectos científicamente rigurosos. Ser transparente sobre los procesos metodológicos permite a los lectores decidir por sí mismos el valor de los resultados y las conclusiones (Cassidy et al, 2018, p VII).

Como investigadora principal debo declarar lo siguiente (me permito hacerlo en primera persona): A inicios del año 2018 me encontraba en mi octavo mes de embarazo; en ese momento, y tras no percibir movimientos fetales, acudí a consulta de urgencia. Tras una revisión se me informó que mi hija no tenía latidos; había fallecido dentro de mí. Tuve la fortuna de contar con un equipo de profesionales de la salud capacitados en el tema, por lo cual tuve un trato amable y humano hacia mí, mi familia y mi hija. Al ser enfermera, docente y madre en duelo, me percaté que las muertes fetales son un tema con poca visibilidad en el ámbito de la salud y, por lo tanto, sentí el impulso de tomar el tema para mi investigación doctoral. Tras la pérdida de mi hija y un trabajo personal (que incluyó terapia tanatológica y apoyo del grupo de ayuda mutua), a la par que avanzaba en mi duelo, inicié este proyecto. Cabe mencionar que actualmente formo parte de la mesa directiva de dicha asociación.

Por lo tanto, por mi experiencia de vida, me declaro con una conexión personal con el tema de estudio; debido a ello, durante todo el trabajo de investigación se ha mantenido una vigilancia epistemológica estricta que ha permitido obtener un trabajo con la posibilidad de impactar en un futuro en la mejora de la atención a las muertes fetales.

Capítulo 5.- El contexto y las participantes

El objetivo de este capítulo es presentar el contexto en el cual se desarrolla la atención de las mujeres en las instituciones de salud y, en un segundo apartado, se presenta brevemente a las mujeres entrevistadas con la finalidad de que sirva de marco introductorio y permita comprender lo que se expresará en los siguientes capítulos.

5.1 El contexto

La vivencia de una muerte fetal ocurre en varios escenarios. El campo médico es uno de ellos y es donde se brinda la atención cuando sucede el fallecimiento; sin embargo, otros escenarios influyen en la vivencia de una muerte fetal. Previo al suceso y durante la vida de las mujeres y sobre todo durante el embarazo, la construcción social del *deber ser* de la mujer madre se encuentra presente. En este sentido, y con la finalidad de delimitar el estudio, partimos del embarazo. Este se vive dentro de los núcleos familiares, cargado con mandatos y normas provenientes de distintas fuentes y actores; particularmente, los profesionales de la salud juegan un papel importante en esta etapa, ya que, desde el campo médico, se dictan una serie de instrucciones que la mujer debe cumplir con la finalidad de brindar seguridad al hijo. El entorno cercano (pareja, familia, amigos), medios de comunicación, etc. también influyen al esperar ciertos cuidados y prácticas. Hasta este punto, la mujer y su contexto se preparan e idealizan la llegada de un nuevo miembro a la sociedad. Cuando acontece una muerte fetal la atención se brinda en las instituciones de salud; ahí entran en juego los agentes del campo médico, ya que es en sus instituciones donde la mujer

es atendida. Posterior al egreso, la mujer (por ser un estudio enfocada en ellas, no negando que el duelo se presenta en otras personas del entorno) vive su posparto y duelo en los espacios donde vivió su embarazo, por lo general, en su hogar.

Aun cuando ante la MF diversos escenarios se manifiestan, a continuación se presentan generalidades de las instituciones donde las mujeres entrevistadas fueron atendidas.

5.1.1 Las instituciones de salud

El sistema de salud en México es resultado de las luchas de diversos grupos sociales por tener acceso a la atención médica. De esta manera, las instituciones, tanto públicas como particulares, que lo conforman tienen características y alcances específicos. Dentro del sector público, se encuentran tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como la Secretaría de Salud.

A nivel nacional y estatal, el IMSS es la institución que abarca al mayor número de trabajadores y sus familias. El acceso se obtiene a través de la condición laboral de la persona o de algún miembro de la familia. En nuestro caso, la mayoría de las mujeres refirieron tener acceso a través del trabajo de la pareja.

Las personas que no tienen acceso a estos servicios por su condición laboral, por lo general son usuarias de los servicios que otorga la Secretaría de Salud. En el caso de la salud reproductiva en Hermosillo, nos referimos al Hospital Integral de la Mujer del Estado

de Sonora (HIMES). Las mujeres que fueron atendidas en el HIMES afirmaron haber contado con el Seguro Popular ¹⁰.

Ambas instituciones fungen como hospitales-escuela, es decir, que dentro del personal que brinda atención a las mujeres se encuentran profesionales de la salud en formación de las diversas áreas, estudiantes de enfermería, internos y residentes de ginecoobstetricia.

En cuanto al sector particular (aun cuando ninguna de las mujeres recibió atención al momento de la MF en un hospital particular, algunas de ellas refirieron llevar parte de su control prenatal en este sector) se cuenta con hospitales privados, consultorios y clínicas cuyo acceso se encuentra limitado al pago directo por parte del usuario, o bien, a través de alguna aseguradora (Gómez et al., 2011).

Tabla 5.1. Lugar de atención de las muertes fetales en Sonora, México

Institución de atención	2016	2017	2018	2019	2020
Secretaría de Salud	306	245	231	219	182
IMSS	226	268	228	236	217
ISSSTE	8	10	8	5	1
SEDENA /SEMAR	2	2	0	1	0
Privado	48	57	50	46	51
Otras instituciones	18	15	14	13	9
Hogar	20	25	13	27	20
Otro / No especificados	3	4	5	5	8
Total	632	626	549	552	488

Los datos son de "Mortalidad fetal", INEGI, s.f. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf

¹⁰ Programa público que buscaba brindar protección a la población que carecía de seguridad social, asegurando el acceso a los servicios de salud.

En la tabla 5.1 se muestra el lugar donde las mujeres fueron atendidas por una muerte fetal en los últimos años; el total presentado no es exclusivo de muertes fetales intermedias y tardías, abarca el total de la mortalidad fetal registrada ante el INEGI. Como se puede observar, la mayoría de las pérdidas son atendidas en las dos instituciones más grandes del Estado, es decir, las pertenecientes a la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.2 Presentación y resumen de la atención de las mujeres participantes en el estudio

Todas las mujeres-madres que se entrevistaron comparten la característica de ser de clase media baja y tener acceso a atención en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora o en el Instituto Mexicano del Seguro Social. De las ocho, solo una contaba con trabajo formal al momento de la pérdida; las demás tenían atención médica por el trabajo de su pareja. A continuación, se presenta, de manera breve, un resumen de la atención de estas mujeres, trayectoria que ayudará a la lectura de los siguientes capítulos. Las presentamos considerando el hospital de atención.

5.2.1 Mujeres atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora

Como se mencionó, el HIMES se encuentra ubicado en la capital del Estado de Sonora, Hermosillo. En él se atiende a la población que no cuenta con otros servicios a través de algún programa de salud. Además de atender a la población de la zona de afluencia,

se reciben pacientes canalizadas de otras unidades del Estado que, por su condición, requieren de una atención especializada. Enseguida se presenta un resumen de cada mujer entrevistada, con el objetivo de brindar contexto que ayude a comprender lo que se expresa en los capítulos de resultados, resaltando que cada historia es distinta y que, aunque comparten el haber sufrido una MF, las diferencias en sus historias, contextos personales y familiares sirven para explicar la diversidad de experiencias dentro de un mismo evento.

Angélica:

Angélica, de 28 años (22 al momento de la pérdida), se encontraba estudiando una licenciatura cuando se embarazó sin haberlo planeado. Debido al embarazo su familia la obliga a contraer matrimonio con el que era su novio, se unen mediante matrimonio civil e inician vida en conjunto. Durante el embarazo acude a consultas ginecológicas y a hacerse diversos estudios, cuando cursaba el quinto mes de gestación Angélica percibe un dolor intenso y “como que algo se le salía”. Hablan a la Cruz Roja y es trasladada al Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, lugar en donde, tras revisarla, le informan que sus membranas salían del útero y que la bebé ya no tenía latidos. La ingresaron al hospital para su atención. Angélica refiere que, durante su estancia en la sala de labor (espacio donde transcurre su trabajo de parto), se sintió abandonada y poco atendida.

Su bebé nació por parto en la camilla de la sala de labor, enseguida de otras mujeres que también se encontraban de parto; ella menciona que no hubo cuidado a su privacidad. Ingresó a quirófano a revisión de cavidad, posteriormente la llevaron a recuperación y a hospitalización, donde se vio en la necesidad de compartir espacios con otras mamás y sus bebés. Obtuvo el alta del hospital relativamente rápido, por lo que salió a las horas de haber tenido a su hija. El cuerpo de la bebé no lo pudieron recuperar ya que su

peso fue de 480 gramos y le dijeron que lo mínimo para poder entregársela a los padres eran 500 gramos. Durante el posparto, recibió apoyo de su familia, pero principalmente de su pareja. A los días volvió a la escuela y el evento quedó aparentemente en el olvido, aunque ella se sentía sumamente triste y con mucho dolor. Angélica comenta que duró años para poder trabajar su duelo; de momento, lo dejó en pausa. A los meses volvió a embarazarse. Señala que se desvivió en cuidados y se enfocó en este embarazo y posteriormente en su hijo. Años después, inició un proyecto de fotografía y duelo para poder visibilizar a su primera hija y ayudar a otras familias. Angélica se mantiene activa dentro de un grupo de ayuda mutua. Ella expresa que considera una obligación como madre el hablar y hacer presente a su primera hija.

Brenda:

Brenda, a sus 22 años, buscaba un embarazo; ella y su pareja ya tenían una hija, pero deseaban otro bebé. Al saber del embarazo, tanto ellos como sus familias se mostraron contentos y entusiasmados. El embarazo pasó sin complicaciones; acudió a control prenatal en el sector privado y público. Cerca del sexto mes empezó con sangrado. La ginecóloga particular le indicó reposo y medicamentos; el sangrado se calmó y ella volvió a sus actividades cotidianas. Una semana después, el sangrado se reactiva y Brenda decide quedarse en reposo varios días. Posteriormente presenta fiebre; su mamá le indica la necesidad de acudir a revisión médica. Buscó atención con la ginecóloga particular, quien, sin explicaciones, la envió a otro lugar para que se realizara un estudio más específico. Ahí le confirman que su bebé no tenía vida y que, por tener varios días fallecido, la vida de ella estaba en riesgo, por lo cual era necesario y urgente ir al hospital. Se fue directamente al HIMES donde, tras algunas horas de espera, la revisaron. Ella continuaba con sangrado y

fiebre, pero no recibía atención. Tiempo después la pasaron a una camilla y la dejaron en un pasillo, donde vivió su trabajo de parto. Su bebé nació ahí, con mucho dolor, en soledad y con miedo. Al sentirlo, levantó la sabana y lo vio. Tras algunos gritos, llegaron los médicos, cortaron el cordón umbilical y se llevaron al bebé; nunca lo volvió a ver y, al igual que Angélica, tampoco se lo entregaron. Ella pasó a revisión de cavidad uterina, recuperación, y a la sala común en el área de hospitalización, lugar en donde pasa unas horas para que la den de alta. Durante ese tiempo, estuvo acompañada de otras mamás con sus hijos recién nacidos. Su posparto lo vivió acompañada de su pareja, mamá y hermanas. Acudió a pocas sesiones con psicólogo, trabajó poco su duelo y se reincorporó a sus actividades por la necesidad de cuidar a su hija mayor. Tiempo después tuvo tres hijos más, ella menciona que, aunque han pasado algunos años de su pérdida, el dolor se mantiene presente.

Cecilia:

Cecilia, de 38 años, tenía dos hijas cuando se volvió a casar. Fue un matrimonio con dificultades, del cual quedó embarazada y decidió tener al bebé; menciona que durante todo el embarazo sufrió violencia verbal por parte de su pareja. Oriunda de Sonora, por su matrimonio se había ido a vivir a otro estado de la República, en donde se sentía sola; señala que, por el bien del bebé, decide regresar con sus hijas a su estado natal. Tras ahorrar lo suficiente, se regresó a escondidas de su pareja. Al llegar a Hermosillo, su familia la recibió y apoyó. La misma semana en que regresa, inició con dolores de parto. Acudió al HIMES, donde la revisaron y la mandaron de regreso a su casa porque “no había reventado fuente”. A la hora regresó, la revisaron y ya tenía nueve centímetros de dilatación, pero no encontraron el latido fetal. Al saber esto, su reacción fue violenta; acusó a los médicos que la habían revisado una hora antes. Debido a lo avanzado de su trabajo de parto, la

ingresaron rápidamente a sala de expulsión, donde parió a su hija con “ayuda” de maniobras y procedimientos un tanto violentos. Así nació su bebé. Apenas se la mostraron, le alcanzó a tocar su piecito y se la pasaron inmediatamente a la enfermera, la cual dudó en brindar los cuidados. Refiere que lo que más le dolió es ver cómo la ponían y sacaban en una caja. Ella, al igual que con los testimonios anteriores, pasó a recuperación y a salas comunes del hospital. Recibe el alta antes de lo planeado para poder asistir al funeral y entierro de su hija. Ahí recibió apoyo de su familia. Después llegó su pareja y suegra, quienes la acusaron de la muerte de la bebé. Durante el tiempo posterior, menciona haber vivido momentos muy difíciles. Recibió ayuda psicológica y psiquiatra y señala que, al igual que Brenda, sus otras hijas fueron el motivo para seguir adelante. Cecilia comenta que, después, tuvo otra hija, pero que la ausencia de su hija Sofía continua presente.

Daniela:

Daniela, de 29 años, trabajadora independiente, al momento de la pérdida de su hija se dedicaba a diversas actividades, desde la venta de joyería hasta el apoyo como auxiliar de un abogado (estudió Derecho, pero todavía no contaba con su título). Se embarazó a los cinco meses de casada. Menciona que tuvo control prenatal público y privado, ya que presentó diabetes gestacional. Al llegar a las últimas semanas de embarazo, su ginecóloga particular le otorga una carta donde explicaba que, a su parecer, ya estaba la bebé lista para salir, pues, a causa de la diabetes gestacional, era una bebé con un peso mayor al esperado. No contaba con seguridad social, por lo que se atendió en el HIMES, donde llega y explica lo que la ginecóloga le indicó. El médico que la atendió le dijo que “aquí el doctor soy yo y tú te vas a esperar a empezar con trabajo de parto”. Se va a su casa y a los días inicia con dolores; la revisan y le dan el diagnóstico de que su bebé había fallecido. Ingresa al hospital

y, tras casi veinticuatro horas en labor, los familiares presionan para que la atiendan. Le hacen una cesárea de urgencia. Durante la operación, ella no supo si la sedaron o se durmió del cansancio; la despiertan para que conozca a su hija por unos minutos. Pasa a recuperación y a piso, donde dura cerca de dos días. No alcanza a acudir al funeral y entierro de su bebé, ya que por su condición no fue posible darla de alta. El año posterior (que fue el documentado) acude con psicólogos, pero nadie le brinda, a su percepción, la ayuda y el seguimiento que requiere. En todo momento, su familia y pareja han sido su mayor apoyo.

5.2.2 Mujeres atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En Hermosillo, el IMSS cuenta con dos grandes unidades de atención ginecoobstétrica. Las mujeres que aquí se presentan recibieron atención en alguno de estos lugares:

Elsa:

Elsa, a sus 22 años, trabajaba en una zapatería, cursaba su sexto mes de embarazo y tenía ya un hijo con su pareja. El embarazo había transcurrido sin mayor complicación, hasta que un día, al mover una caja en su trabajo, sintió un dolor intenso y se le rompió la fuente. Pidió permiso para ir a revisión en el IMSS; ahí la dejan esperando porque, según comenta, había muchas mujeres pariendo. Espera unas horas y acude al baño, donde se percata de que tenía sangrado. Regresa con la señorita de la ventanilla y le señala nuevamente la urgencia; la pasaron a revisión y tras unos minutos le dijeron “lo siento, el producto se ahogó”. Ella no comprendía qué pasaba y, según menciona, todo empezó a pasar sin ella tener plena consciencia, es decir, la pasaron a camilla, le pusieron un suero, alcanzó

a hablarle a su esposo y la ingresaron a labor; ahí transcurrió el trabajo de parto junto con otras mujeres. Ella parió sola en la sala de labor, después alzó la voz para llamar a la ginecóloga y fue cuando acudieron a revisarla. Se dieron cuenta de que la bebé ya había nacido, cortaron el cordón y se la llevaron. Ella pedía que se la regresaban; los profesionales de la salud le condicionaron su entrega a cambio de que se calmara: “si te calmas, te traigo a tu bebé”; así fue como la conoció y despidió. Menciona que le proporcionaron agua bendita para que la bautizara y, tras unos minutos, se la llevaron. Ingresó a quirófano a revisión y posteriormente pasó, al igual que los casos anteriores, a recuperación y a hospitalización. Ella y su familia decidieron enterrar a la bebé, por lo cual solicita el alta. Los médicos lo negaron, señalando que debería quedarse más tiempo en observación. Al firmar el alta voluntaria, pierde sus derechos a incapacidad. La pérdida de su hija ocurrió un jueves, el viernes sale del hospital al entierro de su hija y el lunes regresó al trabajo. Comenta que se vio en la necesidad de “seguir adelante” por su hijo y por necesidad, pero no le fue sencillo. En el posparto tuvo el apoyo de su familia, pero de manera general, la vida siguió su curso y poco hablan en su familia de su hija.

Fátima:

Fátima, de 35 años, casada desde hace seis años, menciona que “hago demasiadas cosas” ya que, además del hogar, realiza diversos trabajos relacionados con el diseño gráfico y apoya a su esposo en un negocio. Tras cuatro años de matrimonio y sin buscarlo, sale embarazada. Su pareja y familia se mostraron contentos con la noticia; la alegría se incrementa al enterarse que era un embarazo gemelar. Cerca del sexto mes de gestación, presenta una complicación con la cual inicia su búsqueda de atención. Al acudir con el ginecólogo particular, se percató de que el parto había iniciado y que no había nada

que hacer. Al no poder atenderse en un hospital particular, acuden al IMSS donde confirman el diagnóstico y, además, identifican una infección alrededor de la bolsa gestacional. Sin comprender el porqué, el tratamiento fue colocarla en posición Trendelenburg (cabecera de la camilla en un nivel inferior, piernas levantadas). Así permanece siete días, algunos de ellos en hospitalización, donde la acompañaba su mamá o hermana, y, la mayoría, en un cuartito aislado enseguida del área de labor, donde pasaba la mayor parte del tiempo sola. El trabajo de parto no se detuvo, por lo que, tras una atención entorpecida por falta de personal (todo ocurrió una Semana Santa, cuando se trabaja con el mínimo personal) y recursos, sus bebés nacen sin vida. Refiere haber vivido un parto traumático y largo. Alcanza a ver a sus hijos, mas no a cargarlos. Es dada de alta al día siguiente; acude al funeral y entierro de sus hijos. El tiempo posterior lo cataloga como una “locura temporal”. Con apoyo de su esposo y familia, comenta cómo “sobrevive” esta etapa. Actualmente, continúan buscando un embarazo, lo cual se ha complicado ya que “quedé con muchos males” físicos y psicológicos, por lo que se encuentra en diversos tratamientos. Fátima comenta que no le ha sido fácil hablar de sus hijos, ya que percibe mucha incompreensión de su entorno.

Hilda:

Hilda, de 32 años, es ama de casa; el acceso al Seguro Social lo tenía por el trabajo de su esposo. Ya contaba con un hijo cuando se dio la muerte de su hija. A diferencia de otras mamás, ella ingresa por complicaciones del embarazo (preclamsia). Es hospitalizada para control de su presión y para dar tiempo a que los medicamentos que ayudan a la maduración de los pulmones del bebé hicieran efecto.

Hilda pasa a hospitalización, donde percibe que el monitoreo de su hija no fue el adecuado: uno de los médicos no encuentra el latido fetal y de inmediato la envían a un

ultrasonido de urgencia; ahí es donde le notifican que su hija había fallecido. Le realizan una cesárea de emergencia; además de lidiar con el sentimiento por la pérdida de su hija, le informan que su vida estaba en riesgo. Tras la cesárea y su estabilización, le muestran a la bebé. Poco después la pasan a hospitalización; su familia, al percatarse de que estaba en una sala común, solicitan que la pasen a un aislado. El alta del hospital ocurre dos días después, tiempo en el cual diversos profesionales de la salud de la institución se presentan para “aclarar” la situación. Menciona que incluso enviaron a una psicóloga, con la cual no se sintió cómoda ya que considera que el abordaje no fue el adecuado. La familia presenta una demanda por negligencia médica, la cual no procede; durante todo este proceso y la etapa posterior, refirió haber contado con el apoyo de su pareja y de su familia. Tiempo después se embaraza y tiene otro bebé al cual considera una reencarnación del hijo perdido.

Gabriela:

Gabriela es fotógrafa y tiene 30 años, pero a sus 28 años no buscaba embarazarse. Al presentarse su primer embarazo, ella y su pareja optaron por casarse e iniciar una vida juntos. El embarazo transcurrió con leves complicaciones como dolores de cabeza o de estómago. Ella acudió a consulta particular para control prenatal. Cuando transcurría la semana 34, fue de urgencia al Seguro Social ya que sentía algo parecido a las contracciones (y como nunca había sentido, no estaba segura si eran o no). Durante la revisión, la ginecóloga le pregunta que si hace cuánto no siente a su bebé, porque este se encontraba ya sin vida. Ella no comprendía la situación y la médica del Seguro Social le dijo que fuera con la ginecóloga particular para otra opinión, lo que ella vio como un rayo de esperanza. Contacta a la ginecóloga, quien la atiende horas después. Al llegar al consultorio, el trabajo de parto estaba más activo y la doctora solo confirma el diagnóstico; acto seguido, se percata

de que su presión era demasiado alta y la envía a urgencias, no sin antes hablarle a médicos conocidos para que la atendieran bien y rápido. Al llegar, la ingresan a quirófano a una cesárea de emergencia, previo a lo cual se le dijo que estaba muy grave y que su vida estaba en peligro. La cesárea fue nublada, ya que al parecer la sedaron. No quiso conocer a su bebé, el cual fue entregado a sus familiares al día siguiente. Pasa una semana más en el nosocomio para control de su presión arterial. Después de eso, se va por unos meses a casa de su mamá y lentamente fue retomando sus actividades. Actualmente ella y su pareja buscan otro embarazo. Gabriela ha probado varios tipos de ayuda para el manejo de su duelo, como grupos de apoyo, psicólogas, tanatólogas, sin haber encontrado un lugar o un profesional con el cual se sienta cómoda. Refiere que en su familia se habla abiertamente de José y respetan su título de madre.

5.2.3. Camino de atención de las mujeres madres

La figura 5.1 presenta, a manera de resumen, los puntos donde más convergencias tuvieron las mujeres madres al brindar su testimonio en relación al camino que siguieron las mujeres en relación a su atención. La noticia del embarazo fue, en gran medida, el punto de partida considerado en esta investigación. La identificación de una señal de alarma y la búsqueda de atención se presentaron con algunas variantes, sobre todo en aquellas mujeres que no fueron admitidas de manera inmediata en las instituciones de salud. El momento de la atención también presenta variantes, especialmente cuando el momento de la muerte del hijo ocurre antes o bien durante la hospitalización. La vivencia del postparto

ocurre principalmente en sus hogares, donde algunas de las mujeres reciben apoyo tanto de su entorno cercano como, en menor medida, de profesionales de la salud mental.

Aun cuando se trató de ejemplificar en una sola imagen lo referido por las ocho mujeres, la realidad es que cada caso presenta características únicas que se muestran con detenimiento en los siguientes capítulos.

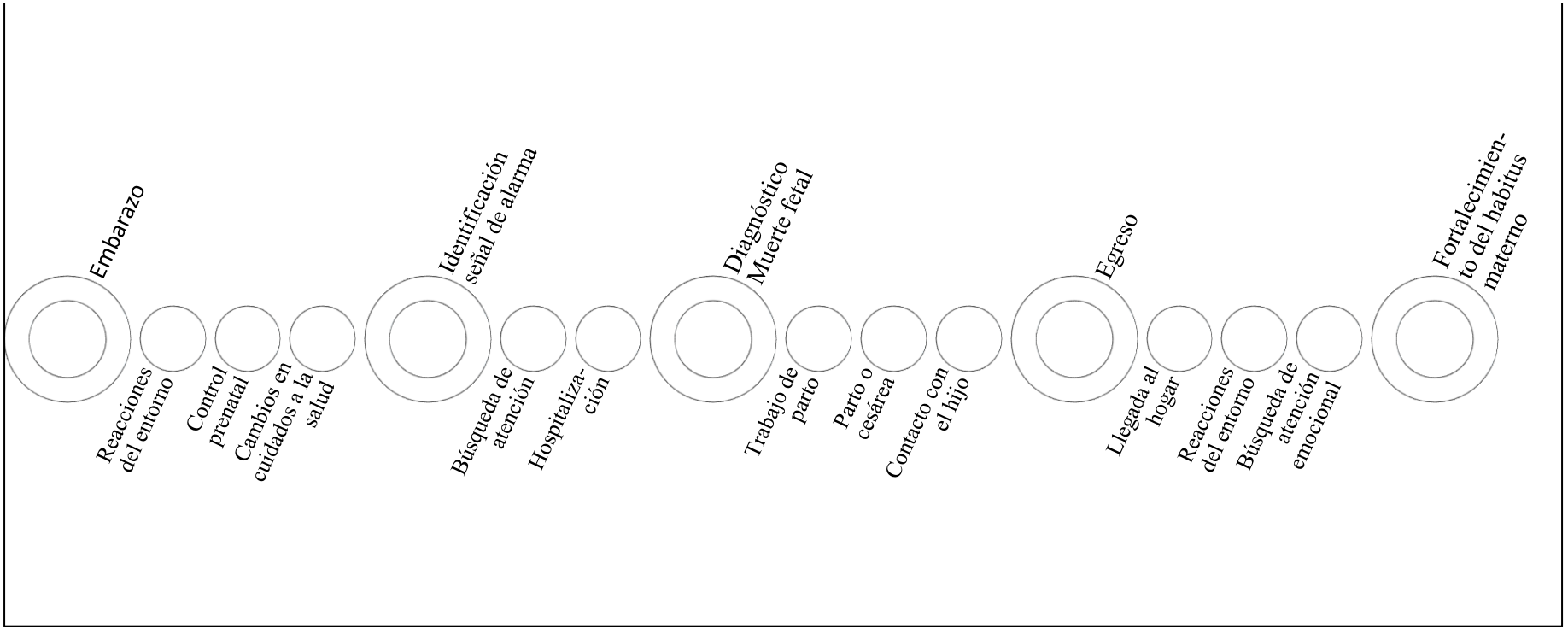


Figura 5.1. Camino de atención de las mujeres madres.

Capítulo 6.- El embarazo: expectativas, planeación y cuidados.

... Pues muy emocionados, lloramos, incluso la primera vez que escuchamos su corazón también lloramos. Todo eso que sucede pues, pues algo nuevo para nosotros totalmente y escuchamos el corazoncito de Josecito y lloramos y lo veíamos y era de que “y ¿qué es esto?” y “¿qué es lo otro?” “¡Y mira cómo se mueve!” preguntando, yo soy muy preguntona y le preguntaba a la doctora “¿y cómo y cuánto mide?” Y le preguntaba mil cosas ¿no?

Gabriela (30 años, primer embarazo, muerte fetal a las 34 semanas de gestación).

Como se mencionó en el apartado teórico, la maternidad influye en las mujeres a lo largo de la vida, pero es en el embarazo donde ese sentir (relacionado al ser madre) se intensifica. Si bien, el deseo de ser madre no es compartido por todas las mujeres, las ocho entrevistadas afirmaron que dentro de sus planes de vida estaba el tener hijos. Todas ellas mencionaron que, si bien algunos no fueron planeados, todos sus embarazos fueron deseados. Partimos, entonces, de mujeres que se identificaron de manera positiva con el embarazo.

Las siguientes páginas exploran, desde la voz de las mujeres madres, cómo significan el embarazo, cuáles fueron los sentimientos y las percepciones en relación con la maternidad y qué cuidados y atención recibieron para, más adelante, relacionar el impacto que estas percepciones y prácticas tienen ante una muerte fetal.

6.1 “Siempre dije que quería muchos hijos”. Sentimientos previos de maternidad

Los sentimientos previos en relación a la maternidad se hicieron presentes en la narrativa de las mujeres con naturalidad, es decir, el tener hijos y ser madre fluía en el discurso como un destino femenino con poco o nulo cuestionamiento, reforzando la idea de que el ser madre tiene fuerte relación con los mandatos sociales que se asumen como normas (Saletti, 2008b, 2014).

En las mujeres entrevistadas, la maternidad, surgió como deseo previo a los embarazos; deseo que refirieron tener desde que eran pequeñas. La ilusión de formar una familia con hijos se vio influenciada por la estructura de sus propias familias, es decir, del habitus que desde la infancia se va estructurando en las mujeres. Brenda comenta como, el hecho de que ella no pudiera convivir en su niñez con hermanos fue una de las razones por las cuales quería tener muchos hijos. Por su parte, Cecilia¹¹ explica esta situación al dejar en claro que, por ser hija única, sintió la necesidad de formar una familia, afirmando que de trasfondo está el no querer estar sola:

Pues fue porque siempre, o sea, desde chiquita siempre sueñas, vas a formar una familia. Pero como yo crecí sin hermanas, sin nada, como que era que yo no quería estar sola a lo mejor, a lo mejor egoístamente no estar sola. (Cecilia, comunicación personal).

Lo anterior ejemplifica cómo la maternidad es aprendida del contexto. La situación de tener o no ciertos modelos familiares actúa como razón para buscar familias con

¹¹ Cecilia, 38a, #3, 39 SDG, HIMES: Cecilia, de 38 años al momento de la entrevista, en su tercer embarazo sufre muerte fetal de su hija a las 39 semanas de gestación; su atención fue en el Hospital Integral de la Mujer. La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

hijos, reforzando, como mencionan algunas estudiosas del tema, la relación de la maternidad con la estructura y las normas sociales (Badinter, 1980; Palomar, 2004; Saletti, 2008b).

El embarazo es el momento donde los sentimientos en relación a la maternidad parecen intensificarse ya que, como mencionan Carrasco (2001) y Osorio-Castaño y colaboradores (2017), es en este momento donde el imaginario se convierte en realidad, creando cambios psicológicos y sociales cuya finalidad es que la mujer se visualice como mamá y relacione al bebé como una parte de ella. Con relación a esta afirmación, encontramos que para Fátima¹² su embarazo cambió su vida y su visión hacia la maternidad:

Me decían “es que no vas a entender hasta que tengas a tus hijos” y decía yo “pues sí ha de ser padre” o decía yo “¡Ay qué friega!, las mamás renuncian completamente a ellas mismas y ya todo es quitarte el pan de la boca para dárselo a tus hijos”, pero yo creo que todo lo veía más egoístamente y ahora, después de que los tuve, sí, ya no te importa nada, ellos son lo más importante de todo, por amor, no sé, algo cambió, o me descompuse o me compuse, no sé qué fue. (Fátima, comunicación personal).

El valor de la maternidad es algo presente e importante en la narrativa de las mujeres madres. Las expectativas de la sociedad con relación a tener hijos se hacen presentes, aunque con ciertas variaciones: algunas mujeres consideran la maternidad como la misión con la que nace una mujer; el siguiente testimonio afirma tajantemente cómo la maternidad

¹² Fátima, 35 a, #1 gemelar, 26 SDG, IMSS: Fátima, de 35 años al momento de la entrevista, cursaba su primer embarazo gemelar el cual termina en la muerte fetal de sus hijos en la semana 23 de gestación; su atención fue en el IMSS. La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

es vista como una obligación ya que, si la mujer no puede concebir tendrá la opción de adoptar y, de esta manera, no perder su maternidad:

No es necesario estar embarazada para ser madre para empezar; y sí, sí es importante, yo creo ahorita, porque se supone que toda mujer nace para ser madre ¿qué no?, las que no pueden, pueden adoptar y sentir ese amor de madre. (Hilda, comunicación personal)¹³.

La obligación social de tener hijos, el ser madre, es percibido por estas mujeres como sinónimo de gran valía y significado. Salazar (1998), en su estudio en mujeres sonorenses, coincide al encontrar en los testimonios de mujeres que la maternidad es un privilegio, logro, factor para la realización personal y de pareja/familia y un impulso para seguir adelante con su proyecto de vida. “Claro que sí, la maternidad es lo mejor que nos puede pasar en la vida, en cada una de sus etapas es bellísima. Sí, ser madre es lo mejor para mí, amo a mis hijos, son mi tesoro más preciado” (Brenda¹⁴, comunicación personal).

Aun cuando algunas mujeres afirmaron que la maternidad es una obligación gustosa, otras detallan que la maternidad debe ser deseada y, por lo tanto, no todas las mujeres

¹³ Hilda, 32 a, #2, 36 SDG, IMSS: Hilda, de 32 años al momento de la entrevista, en su segundo embarazo sufre muerte fetal de su hija a las 36 semanas de gestación; su atención fue en el IMSS.

¹⁴ Brenda, 28 a, #2, 25 SDG, HIMES: Brenda, de 28 años al momento de la entrevista, pierde su segundo embarazo por muerte fetal a las 25 semanas de gestación; su atención fue en el Hospital Integral de la Mujer. La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

serán madres. Daniela¹⁵ y Angélica¹⁶ comentan cómo ellas comprenden que no todas las mujeres optarán por el camino de la maternidad y a la vez se comparan y reafirman que para ellas el ser madre es un elemento que las completa:

Esencial, no sé, [...] pero para mí uno de mis sueños es ser madre. Entonces para mí, sí, para la demás gente, no sé. Por eso te digo esencial, no sé, pero yo sí siento que para mí sí [...] siempre he tenido esa ilusión de ser madre. Siempre, siempre. No sé, no sé, no sé por qué en sí ¿no?, pero ha sido una de mis más grandes ilusiones ser madre. (Daniela, comunicación personal).

...Ya ves que muchas [mujeres] que no, que deciden que no quieren hijos. No siento que sea algo que te va a completar pues, pero para mí sí, siento que a mí sí me completa, que me hace falta, porque sí conozco amigas que no quieren tener hijos y están súper bien, pero yo sí siento la necesidad y el huequito, ¿sí me entiendes?, para llenarse. (Angélica, comunicación personal).

El ser madre va más allá de tener hijos. Al cuestionar sobre el porqué la maternidad es algo importante en sus vidas, las mujeres expresaron varias razones: el poder estar acompañadas, cumplir una ilusión que tenían desde pequeñas e incluso el cambio que te genera como persona. Sobre esto, Angélica, quien es fotógrafa de embarazos y recién

¹⁵ Daniela, 29a, #1 37SDG, HIMES: Daniela de 29 años al momento de la entrevista, su primer embarazo culmina en la muerte fetal de su hija a las 37 semanas de gestación, su atención fue en el Hospital Integral de la Mujer (HIMES).

¹⁶ Angélica, 28a, #1 22SDG, HIMES: Angélica de 28 años al momento de la entrevista, en su primer embarazo sufre la muerte fetal de su hija a las 22 semanas de gestación, su atención fue en el Hospital Integral de la Mujer (HIMES). La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

nacidos, explica cómo para ella, el tener un hijo brinda luz, guía y motivo para avanzar y luchar:

...un hijo te cambia como persona, no sé, te hace valorar más... Es que ¡te cambia!, ¡te da luz!, yo siento que te da luz un niño; a mí me llegan los papás¹⁷ con sus recién nacidos (cuando acuden a sesiones fotográficas), con la cara de desvelo, pero se les ve esa luz de la vida, la nueva vida. Si por mí fuera tuviera seis chamacos, jaja, pero siento que es la chispa pues, la energía del porqué hacer las cosas, o sea también hacerlas por ti, ¿no?, pero tener algo, un motivo por el cual seguir, avanzar y luchar.

Los testimonios de las mujeres madres revelan cómo, la maternidad cuenta con gran valía y forma una parte importante en sus vidas. Las mujeres entrevistadas afirmaron no cuestionan su deseo de ser madres e incluso hubo afirmaciones de que toda mujer debe ser madre, lo anterior reafirma la carga social que conlleva tener hijos. Podemos ir deduciendo cómo esta estructura social, conformada por una parte por la familia de origen la cual ofrece esquemas que se desean repetir o cambiar va influyendo y estructurando las percepciones de estas mujeres ante el hecho de ser madres; podemos ir identificando, de manera parcial, la estructura del habitus materno antes y durante el embarazo.

¹⁷ Angélica es especialista en fotografías de recién nacidos, al mencionar que recibe a muchos padres se refiere a estos encuentros.

6.2 “Cuando quedé embarazada pues fue una alegría muy grande”. Planeación del embarazo y sentimientos generados

La maternidad es una condición que, las mujeres entrevistadas, no cuestionan como una posibilidad y que cuidadosamente se plantea como parte de la estructura de ser mujer. Otro de los complementos a este mandato social es el tener estabilidad para el mantenimiento y cuidado de los hijos; el matrimonio, en ese sentido, se presentó como un elemento importante. Angélica y Gabriela mantenían una relación de noviazgo cuando surge el embarazo, ellas narran cómo sus redes familiares, les impulsaron a conformar una nueva familia a partir del matrimonio legal y/o religioso, desde el momento en que les comunicaron del embarazo. A partir de ese momento, se pone en marcha la maquinaria de acompañamiento familiar hacia la conformación de un nuevo núcleo familiar:

Antes de decirle a mis papás, me acuerdo que rentamos una casa [...] y ya le dimos la noticia a mi mami primero, al siguiente día se la dio él a mi papá, claro que yo no dije nada. Y prácticamente lo corrió de la casa y yo encerrada en el cuarto llorando y ya al siguiente día lo tomó bien. “¡Se me van a casar!” ...Y nos casamos por el civil, hicimos una cenita; ya tenía dos meses para esto. (Angélica, comunicación personal).

La búsqueda o aceptación del embarazo fue una constante sin cuestionamiento en las ocho mujeres madres. Si bien, en algunos casos, los embarazos no fueron planeados, todas aclararon que se convirtieron en embarazos deseados. Los problemas de fertilidad no fueron ajenos: dos de las mujeres comentaron que tenían años en la búsqueda de un embarazo, el cual llegó sin tratamiento en uno de los casos, mientras que Fátima había iniciado con medicamentos:

Mira, pues estábamos casi por cumplir cuatro años de casados y sin embarazo, se nos hacía raro y pues ni modo, fuimos una vez al seguro nomás a ver qué pasaba, y me dijo la doctora “¿están intentando embarazarse?” y mi esposo dijo “sí”, mi esposo era el que se estaba muriendo, ahora yo también, pero en ese entonces no tanto. Entonces me dijo, “¿y la regla?” y empezó hacer un chorro de preguntas y pues me dijo que al parecer tengo ovario poliquístico¹⁸, al parecer es eso, entonces “te voy a dar metformina” me dijo, “si no te embarazas con la metformina te voy a mandar a reproducción humana”, no me acuerdo exactamente qué pasó; total que me pusieron cita. Ya cuando fui a la cita ya iba embarazada, entonces al parecer fue la metformina la que me ayudó a embarazarme, con la metformina bajé de peso, entonces ya no supe si fue la bajada de peso o la metformina o se alinearon los astros. (Fátima, comunicación personal).

Aun cuando los embarazos sean o se conviertan en deseados, no significa que no coexistan con problemas en el entorno de las mujeres. El contar con apoyo por parte de su entorno directo es esperado, siendo una manifestación del cuidado y la valía que la sociedad brinda a la mujer embarazada. Sin embargo, problemas de violencia doméstica o de pareja no son ajenos a las gestantes. Cecilia fue un caso particular: ella menciona que, tras cuatro años de relación con su marido, llega un embarazo; la vivencia en pareja se complica y refiere haber transcurrido la gestación en un ambiente tenso, con violencia:

¹⁸ El síndrome de ovario poliquístico es una afección en la cual una mujer produce y mantiene niveles elevados de hormonas, lo que se manifiesta con irregularidades en la menstruación, quistes en los ovarios (óvulos que no terminan su maduración), infertilidad, etc.

Cuatro años teníamos y salí embarazada; él no es el papá de mis hijas (las dos primeras hijas de Cecilia son de un matrimonio previo), pero sí todo el embarazo fue fatal con él... Yo cuando me casé, me casé aquí (Hermosillo) y me fui a vivir a Oaxaca; duro dos años, salgo embarazada. Pero yo ya tenía planes de dejarlo porque era una relación demasiado enfermiza, él era un enfermo de celos, o sea era una cosa muy fea. Salgo embarazada y bueno, pues, por la mentalidad de que no la voy a hacer embarazada sola, lo que tú quieras ¡me aguanté y me quedé!, pero en julio yo ya no aguantaba más; era mucho, mucho, todo el embarazo me decía “no es mía, no es mía, no es mía, no la quiero, no la quiero”.

La presencia de violencia de pareja durante el embarazo crea condiciones difíciles para la mujer. No obstante, Cecilia afirma que, aunque no contaba con el apoyo por parte de la pareja, ella se sentía feliz. Para Cecilia, el permanecer con el padre de su hija le brindaba cierta seguridad; el temor, como ella lo manifiesta, de “no la voy a hacer embarazada sola” nos permite identificar cómo el habitus materno estructura a las mujeres a buscar la “seguridad” o “bienestar” de los hijos y llega a tener un peso mayor a otras vicisitudes que pueden estar aconteciendo en su vida. El sacrificio, también señalado por Salazar (1998), se hace presente sin cuestionamiento. Cecilia al cuestionarle si hubo violencia durante el embarazo, ella respondió que no de manera física, pero sí verbal:

Sabes que me dio mucha depresión en el embarazo. Más que nada por el rechazo de él hacia la niña... No fue planeado, pero pues estaba feliz. Pero sí, todo el tiempo él me decía no, es que no es mía, yo siento que no es mía. Y eso a mí me afectó mucho todo el embarazo y pocas veces salía... Te lo puedo

decir así abiertamente, no hubo un día del embarazo en el que no lloré, así. Ya sea en la noche, la mañana, tarde pero siempre.

En situaciones adversas, como la violencia doméstica que describe Cecilia, la expresión del habitus materno se dirige a buscar la “estabilidad” de los hijos por encima del bienestar de la madre. Aun cuando, el vivir en un hogar con violencia no brinda seguridad a los hijos, Cecilia refirió que, al saber de su embarazo prefirió continuar con la relación ya que sus recursos (económicos principalmente) no le permitían tomar una decisión distinta. Sin embargo, al final del embarazo su pensamiento cambió y, en la búsqueda de un escenario más estable para sus hijas, regresa a Hermosillo. Su testimonio refleja una de las formas en que, el habitus materno dirige el actuar de las mujeres a la búsqueda de la “seguridad o estabilidad” de los hijos, incluso por encima de la seguridad de la madre.

Partiendo de la afirmación de que, en todos los casos, los embarazos fueron deseados, los sentimientos generados a partir de la noticia del embarazo fueron acordes a ese deseo. De manera inicial, la incredulidad es uno de los sentimientos emergentes, seguido de alegría y felicidad. En los casos donde la búsqueda del embarazo había sido larga, los sentimientos hacia el hijo fueron más acentuados: “Todos son bebés deseados, a todos los quieres si los esperas, pero siempre hay como que una en especial. Y pues como te digo nosotros habíamos batallado mucho” (Hilda);

Me sentí muy emocionada o sea me sentí, sentía como algo nuevo en mí, no sé cómo qué esperaba, como cuando tienes un juguete nuevo de niña y que te emociona tener mucho un juguete nuevo, así me sentía yo, como que algo nuevo tengo en mí, algo está creciendo en mí, me veía al espejo, aunque no

tuviera panza todavía, ni al caso, pero eso sentía. (Gabriela, comunicación personal)¹⁹.

El habitus materno se manifiesta en las expresiones de felicidad al momento de la noticia, la ilusión y el sentirse afortunadas por la llegada de un embarazo, como lo menciona Gabriela: “sentir algo nuevo en mí”. Todas estas manifestaciones del habitus materno se relacionan con la intensidad del sentir tras la pérdida de ese hijo, tal como refiere Carrasco (2001), los cambios percibidos durante el embarazo llevan a la mujer a relacionarse con el bebé como una parte de ella, lo cual ayuda a explicar el sentir ante su pérdida (como se menciona con detenimiento en el capítulo 10).

La estructura que sustenta el reconocimiento y valía de la maternidad se manifiesta en las reacciones del entorno en relación con el embarazo. En este sentido, las reacciones por parte de familiares y amigos actúan refrendando el valor y aprecio por el hijo:

Pues era algo que deseábamos mi esposo y yo desde un principio, yo siempre he dicho que quiero cuatro, ahora serían cuatro en la Tierra y uno en el cielo. Entonces siempre he dicho, siempre, pues mi mentalidad siempre ha sido tener varios hijos y desde que me casé yo siempre quise quedar embarazada, entonces lo deseábamos demasiado y pues cuando realmente ya quedé embarazada pues fue una alegría muy grande, tanto para nosotros como pareja como para mis papás, que soy la más grande, entonces era su primer nieto y pues vueltos loquitos todos. Igual que mis hermanas, mis papás e incluso hasta

¹⁹ Gabriela, 30 a, #1, 34 SDG, IMSS: Gabriela, de 30 años al momento de la entrevista, sufre muerte fetal de su primer hijo a las 34 semanas de gestación; recibió atención en el IMSS. La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

mis tíos, pero como que algo, algo despertó en todos pues, era una niña muy deseada. (Daniela).

Existen factores que intensifican los sentimientos y la vivencia de los embarazos, como el hecho de ser el primer embarazo o bien, cuando hay una historia de problemas de fertilidad. Una situación especial la presenta Fátima, quien manifiesta su sentir y las reacciones del entorno al enterarse que su embarazo era gemelar:

Pues ya llegamos [al hospital], todos nerviosos y todo, entonces, nunca me habían hecho un ultrasonido vaginal y pues iba nerviosísima, entonces ya llegué, me hicieron el ultrasonido, y me dice la doctora “¿cuándo fue la última vez que viste al bebé?”, “pues hace como dos días, pero no es como que lo vimos”. “Pues mira, aquí aparentemente” me dijo “se ven dos bolsitas con dos ritmos cardiacos”, entonces me dijo “son dos, suertuda, ¡felicidades!”; entonces ya me pone un corazón y el otro corazón, como locomotoras así, no pues todo muy bien, “¡felicidades!” me dijo, “¡son gemelos, si uno es hombre, el otro también, si una es mujer, la otra también, van a nacer idénticos, igualitos o igualitas, pues, dos hombres o dos mujeres, felicidades!” No podía parar de llorar... Entonces ya entré al baño y me acuerdo que no podía salir de la emoción, del susto y todo. Y ya me tocaron la puerta, total que ya salí, pues salimos los dos espirituados, no sabíamos a dónde arrancar, cómo les íbamos a avisar a los demás, mi esposo casi se echaba marometas...

El habitus materno refuerza su estructura y se nutre de las reacciones positivas manifestadas, en estos testimonios, por el entorno de las mujeres. La reacción de los profesionales de la salud (“son dos, suertudota”) y el percibir alegría por parte de la pareja y del resto de familia y amigos influyen en la manera en la que la mujer se percibe y reafirma

como madre desde la gestación. La razón por la cual se explican los factores que en las mujeres intensifican los sentimientos relacionados con el embarazo y las reacciones del entorno es porque, como se verá más adelante, estos factores o condiciones actúan casi con la misma intensidad cuando acontece la muerte del hijo.

6.3 “Todo está perfecto, vienen súper bien”. Cuidados en el embarazo

Entre los temas más importantes que se construyen en torno al embarazo está el de los cuidados que debe tener la gestante. Los cuidados cotidianos a la salud de las y los hijos describen, principalmente, responsabilidades femeninas; aunque esto ha ido cambiando, mucho permanece y se refleja en los cuidados de la madre durante el embarazo, de manera que cualquier tipo de problema no deja de cuestionar la eficacia de esos cuidados maternos, aun antes del nacimiento (Murphy, 2019).

Dentro de los cuidados esperados por parte de los servicios de salud durante el embarazo, se encuentra el cumplir con el control prenatal ²⁰; como parte de este programa, los profesionales de la salud deben instruir a la mujer embarazada acerca de signos y síntomas de alarma durante el embarazo (Secretaría de Salud, 2009). Las redes familiares y sociales también actúan en este sentido; sin embargo, se ha encontrado que no todas las mujeres conocen esta información (García-Regalado y Montañez-Vargas, 2012; Ramírez-Rojas y Freyermuth-Enciso, 2013).

²⁰ El control prenatal consta de una serie de citas médicas las cuales se realizan de manera mensual. En ellas, las mujeres reciben orientación sobre cuidados durante el embarazo, preparación al parto y chequeos de la salud general de la madre.

Una vez confirmado el embarazo, se espera que la mujer inicie con una serie de cuidados incluido el control prenatal. Al respecto, todas las mujeres afirmaron haber asistido a este tipo de atención. Cuatro de ellas lo hicieron solo con médicos particulares, dos únicamente en el servicio público (IMSS) y otras dos utilizaron ambos sistemas. Los cuidados durante el embarazo no se limitan al ámbito del control prenatal biomédico, algunas mujeres refirieron que, tras la confirmación del embarazo realizaron cambios en su salud (dejar de fumar) y también, cambios en cuanto a su trabajo. Tal como menciona Gil-Bello (2018), el ser madre viene acompañado de un aumento en las responsabilidades y obligaciones, tanto en la vida personal como laboral. El testimonio de Fátima resalta ambos aspectos:

[Tras hacerme la prueba de embarazo]...volví a mi casa, ya no volví a trabajar; le hablé a mi tía y le dije “¿sabes qué? ¡estoy embarazada!” y pues ya no voy a volver a trabajar y los dejé con la víbora chillando²¹. Entonces, yo fumaba; en aquellos tiempos era una de las cosas por las que más me daba miedo salir embarazada, porque tenía fumando desde los 20 años y era algo que me gustaba mucho pues, y todo mundo sacó el cigarro y a festejar y yo pues no podía fumar, ni para festejar pude fumarme el último y ya. (Fátima, comunicación personal).

Elsa²² relata una experiencia similar:

²¹ Expresión regional que se refiere el hecho de organizar alguna actividad y retirarse sin haber concluido.

²² Elsa, 25 años, #2, 27 SDG, IMSS: Elsa, de 25 años al momento de la entrevista, sufre muerte fetal en su segundo embarazo a las 27 semanas de gestación; su atención fue en el IMSS. La descripción de las participantes se encuentra en el capítulo 5.

Me empecé a cuidar, como te digo trabajaba en la zapatería y mi trabajo era subirme a los estantes a bajar zapatos, andar arriba de los estantes, acomodar zapatos, limpiar, subirme a la silla para bajar las muestras, cargar las docenas de cajas que llegaban, descargar el carro; cuando había devolución, había que cargar la camioneta; ya cuando me di cuenta hablé con mi patrón, el que era en ese entonces, y ya pues me pusieron nada más a recibir al cliente.

Aparte de los ajustes laborales, las mujeres mencionaron asistir cada mes a revisión desde el momento en el que inician el embarazo y, aquellas que se atendían solo en los servicios públicos, complementaron su atención asistiendo a otra institución a realizarse ultrasonidos que su servicio no proveía. Los ultrasonidos se los realizaron tanto para conocer el estado de salud del bebé como para saber el sexo. En 7 de los casos, el conocer el sexo generó alegría a la madre y la familia. En el caso de Elsa, ella decidió no conocerlo hasta el nacimiento. La posibilidad de ver al bebé a través de los ultrasonidos forma ya parte de los cuidados esperados durante el embarazo; sin embargo, hay quienes analizan cómo se abusa de esta clase de tecnología, es decir, cómo se obliga de cierta manera a las mujeres a realizarse estas pruebas y cómo los médicos priorizan la imagen emitida por el sonograma sobre lo referido por las mujeres (Rangel, 2016). Hilda comenta:

Pues mis consultas empezaron a ser en el IMSS [...] de ahí comencé a ir a mis consultas prenatales cada mes; había veces que me decían que estaba muy chiquito el bebé para las semanas, para el tiempo que decía yo de la menstruación; después de ahí fui a varios lugares a hacerme ultrasonidos, porque ahí cada mes trataba de hacerme ultrasonido porque ya ves que los primeros meses no te mandan a hacer ultrasonido los doctores en el IMSS, ya hasta como en el quinto o sexto mes...

La importancia otorgada a los estudios como ultrasonidos tanto por parte de los profesionales de la salud como de las mujeres se deja sentir en los testimonios. El realizar consultas extras a las programadas en sus servicios de salud, con los gastos que ello implica, no es una limitante para algunas de las mujeres. De hecho, el realizar ultrasonidos en tercera o cuarta dimensión es cada vez más común entre las mujeres gestantes: “[...] incluso me hice ultrasonido estructural para ver los órganos de la niña y venía en perfectas condiciones” (Daniela);

Eh, yo no soy mucho de las personas de que a vamos a hacer revelación [refiriéndose al evento social de la revelación de sexo del bebé] o algo así, ¿no? Pero, para empezar, pues era el primer bebé, si era niño o niña para mí no importaba, pero siempre me han gustado mucho los niños, el varón y yo presentía que era niño. Cuando la doctora nos dijo en un ultrasonido nos dijo “¿quieren saber?” Y yo “¡sí!, ya sé qué es, va a ser niño”, me dijo “sí, es niño”, me dijo y yo bien emocionada, yo sí quería niño la verdad a mí me gustan, o sea, lo que sea que te mande Dios, pues lo vas a aceptar obviamente, pero yo presentía que iba a ser niño [...]. (Gabriela, comunicación personal).

Las imágenes cada vez más claras en los ultrasonidos van provocando en los padres el darles cierta identidad a los hijos a través de los rasgos físicos, los movimientos o posiciones que se llegan a apreciar en estos estudios (Layne, 2003). Las mujeres entrevistadas mencionaron cómo, a través de los ultrasonidos, van creando una imagen más real del hijo y, ante la muerte fetal, este tipo de imágenes son en ocasiones el único recuerdo tangible de los hijos.



Figura 6.1. Imagen de ultrasonido estructural a las 27 semanas de gestación. Publicada con autorización de la madre.

Continuando con el control prenatal, la percepción de la atención prenatal en los servicios públicos fue muy diversa, desde percepciones que la catalogan como mediocre hasta aquellas que la describen como buena y adecuada. La rapidez en las consultas y la falta de información recibida son elementos identificados como fallas en la atención:

Pues era muy rápido. Yo siento que ni siquiera me explicaban bien; una vez me dijeron que los latidos del corazón de él estaban muy, muy bajitos, algo así que a lo mejor iba a nacer con problemas del corazón me dijeron. Entonces me empecé a atender por fuera, en particular, y ya la doctora esa con la que iba ella me dijo que no, que no tenía ningún problema y que estaba muy bien. Y ya no seguí yendo a las consultas del HIMES, me empecé a atender por fuera, puro particular. (Brenda, comunicación personal).

Me trataron muy bien, fui a unas platicas y pues medicamento, me dieron unas platicas [de] lo que es el embarazo, los cuidados, los síntomas de alarma que

podía tener y pues cuando iba a cita pues síntoma, dolores o algo, todo eso me preguntaban... Pues en las citas me trataron muy bien fijate, era muy amable la doctora y la doctora que me atendía en ese entonces tenía los mismos meses, las mismas semanas de gestación que yo. (Elsa, comunicación personal).

De manera general, la atención percibida en las consultas de médicos particulares fue buena; salvo comentarios relacionados con el tiempo de espera, en general la percepción fue de “buena experiencia”, “muy bueno pero muy caro”. Sin embargo, ante la muerte de los hijos y sobre todo en casos de mamás primerizas, estas se cuestionaban si el control y el tipo de revisiones que les hacían fueron las suficientes.

En todos los casos, las mujeres recalcaron que los embarazos iban transcurriendo (según los chequeos) dentro de lo normal e incluso, dentro de esas consultas, la manera en la que los médicos se expresan del bebé o los bebés les brindaba cierta identidad, lo cual concuerda con lo expuesto por Oiberman (2005) quien refiere cómo la mujer durante el embarazo empieza a sentirse y verse como madre, en parte por el reforzamiento de la imagen materna y, por consecuente, en su habitus materno recibido por los sistemas de salud y la sociedad. Layne (2000) nos indica cómo el proceso de construcción de la personalidad del hijo inicia cuando se confirma el embarazo y esto se reafirma durante las visitas del control prenatal:

Todo muy bien, estaban las cuatro cámaras del corazón, el cerebro, que no tuviera labio leporino y todo eso. De hecho, en ese estudio fue cuando me dijeron que eran dos hombres y todo perfecto, o sea, “están tan bien que no les puedo tomar la foto” me decía, “se mueven demasiado”, “¿y eso es malo?” le decía, “¡no, al contrario!”, me tocó con un español, “¡son horrosos estos

cabrones!” me decía, “son horrorosos, no paran de moverse y todo está perfecto, vienen súper bien” me dijo. (Fátima, comunicación personal).

Cuando existen comorbilidades ²³en el embarazo se espera que las mujeres reciban una atención integral. Daniela cursó con diabetes, por lo que tuvo consultas con un internista, nutriólogo, ginecólogo y endocrinólogo; un control muy estricto en el cual la dieta y los medicamentos estaban presentes junto con análisis cada dos semanas:

Entonces me fui con la internista particular y me dieron insulina, me inyectaba insulina yo, muy baja la cantidad, pero me inyectaba en la mañana y me inyectaba en la noche. Y me hacía un análisis de sangre cada dos semanas... Y nunca salí mal, nunca, nunca, nunca, siempre mi embarazo estuvo muy bien, el azúcar controlado, nunca se me subió, la presión todo estaba muy bien. (Daniela, comunicación personal).

Algunas de las mamás, como Gabriela, Fátima y Daniela, comentaron que, tras la pérdida de sus hijos, el haber elegido solo un tipo de atención les generó confusión y culpa, ya que no quedaron satisfechas con el hecho de que los médicos tratantes no identificaran que algo estaba mal. No obstante, se encontraron diversas situaciones o complicaciones como litiasis renal (piedras en los riñones), cefaleas (dolor de cabeza) o colitis (inflamación del colon), padecimientos que al parecer, o tal como lo refieren las mujeres, fueron minimizados por parte de los médicos tratantes: “yo recuerdo que me hizo un comentario de que no traía mucho líquido, pero me dijo “no pasa nada”. Yo recuerdo vagamente que me hizo un comentario algo así como que, como que hace falta líquido, pero

²³ Comorbilidad es un término que se utiliza cuando, ante un evento (embarazo en este caso) o alguna enfermedad, se presentan condiciones de salud añadidas. Ejemplo embarazo y diabetes, embarazo e hipertensión arterial.

no pasa nada...” (Gabriela, comunicación personal). Estas situaciones conflictuaron a las mujeres al percibir que no se les brindó la suficiente atención a estas situaciones que ahora ellas identifican como probables señales de alarma.

Un elemento importante en la narrativa, que impactó significativamente la vivencia de la pérdida del hijo, fue el sentir y percibir que todo iba bien durante el embarazo. Lo anterior se vio reforzado tanto por los estudios realizados como por las valoraciones emitidas por los médicos tratantes. Al no existir indicios que les hicieran pensar lo contrario, la pérdida de los hijos se torna confusa, ya que las causas no quedan del todo claras.

6.4 “Todo estaba listo, ropa, zapatos, biberones”. La preparación del nido

Conforme avanza el embarazo, las familias se preparan para recibir al bebé. La compra de ropa, accesorios y la preparación del espacio en el cual habitará tiene un gran significado para las parejas. Al respecto Layne (2003) explica cómo la construcción social de la identidad de los hijos se ve influida por la compra y organización de las cosas del bebé, al atribuirle tamaño, color, género, etc. Las mujeres madres comentaron diversas maneras en las que se prepararon para la llegada del hijo. Daniela menciona haber tenido todo listo para la llegada de su hija; mientras tanto, otras tres mamás mencionaron no haber alcanzado a comprar muchas cosas por la duración del embarazo:

[...] aparte que no sé si a todas les pasa, pero pues iba al súper y lo primero que iba al área de la ropita, entonces mi mamá tiene una tiendita, entonces vamos a surtir y lo primero pues la ropita ¿no? mucha ropa la niña, mi papá le compró su cunita, portabebés, sillita también todo, todo teníamos listo ya,

incluso el cuarto pintado ya para ella, entonces todo estaba listo, ropa, zapatos, biberones, de todo incluso hasta un platito para la comida [...]. (Daniela, comunicación personal).

El apego al que hacen referencia Layne (2003) y Felitti e Irrazábal (2018) en relación con los objetos que van construyendo parte de la identidad de los hijos se refuerza también por los regalos otorgados por familiares y amigos.

El hecho de comprar o no cosas para los hijos puede llegar a ser percibido como una señal inconsciente de que algo iba a ocurrir. Algunas mujeres madres mencionaron haber experimentado una sensación extraña al no haberse preparado, como una premonición o una manera inexplicable de ahorrarles un dolor mayor. Lo mismo fue referido al hablar del baby shower o fiestas de revelación de sexo; algunas de ellas mencionaron que la pérdida ocurrió antes de la fecha planeada, mientras que otras sostienen que, por alguna razón, en lugar de baby shower, eligieron hacer una fiesta de bienvenida:

¡No me lo vas a creer!, ¿cómo te podría decir?, cómo papás nosotros nunca nos preparamos, porque ahora que me pongo a pensar quién sabe si hubiera sido por desidia o cosas de Dios, no sé cómo tú quieras tomarlo, pero nosotros no le compramos ni una ropita a la bebé, no nos preparamos. (Hilda, comunicación personal).

Dije “¿hago baby shower o hago bienvenida?”, como que tenía esa duda en mí, bien raro. Y ya cuando pasó esto dije “que chistoso” que yo tenía la duda de si hacía el baby shower o no, o si hacía bienvenida o no, se me hizo bien... No sé... no sé si será un sexto sentido de nosotras que a lo mejor presentimos algo, bien raro. (Gabriela, comunicación personal).

En este capítulo se trató de dar respuesta a la pregunta específica de ¿cómo significan el embarazo, los cuidados y la atención recibida las mujeres ante una muerte fetal? Se puede concluir que la manera en que las mujeres perciben y se expresan de sus embarazos habla de una maternidad deseada y cuidada; refieren sus gestaciones como sanas, idea que, según las mujeres, fue reforzada por los profesionales de la salud y por su entorno y, como se verá en los siguientes capítulos, el no saber que algo podría salir mal o que el hijo estuviera mal crea confusión y sentimientos de culpa en las mujeres, culpa hacia ellas y hacia los sistemas de salud, que, a su parecer, se tornan incapaces de responder a sus necesidades.

Recapitulando, en este apartado podemos ver la forma en la que el habitus materno, manifestado a través de los deseos de tener hijos desde antes del embarazo y de la percepción de que el ser madre es un deber de toda mujer, se va estructurando durante la vida de las mujeres. La noticia del embarazo y los cuidados referidos por las madres, así como las reacciones del entorno, influyen en que durante la gestación el habitus materno se refuerce con mayor intensidad.

Las normas sociales y culturales relacionadas con la maternidad se hacen presentes y consolidan el habitus materno, el cual dirige a las mujeres en su actuar durante el embarazo. Las mujeres entrevistadas le brindan un valor importante al tiempo que duró su embarazo y que, aun cuando llevaron a cabo una serie de cuidados y recibieron atención durante la gestación, las mujeres madres perciben un conflicto por haber perdido a sus hijos, ya que las lleva a cuestionar sobre los cuidados realizados o por no haber hecho algo distinto. El habitus materno se conflictúa, sufre una histéresis (como se expone en el capítulo 9) al poner en duda la capacidad de las mujeres de ser madres.

Capítulo 7.- Atención en muerte fetal desde la perspectiva de las mujeres madres

Más que nada siento que deben respetar tu duelo, es algo que siento que lo pisotearon demasiado ahí, entonces como que fue algo tan insignificante que pasó de largo. O sea, se murió, es “equis” ... Yo sé que ellos ven muchas muertes y todo, pero a uno bueno, al menos a mí me hicieron sentir como que no valía nada mi hija. Como si fuera algo que se fuera a tirar a la basura, yo siento que el valor que ella tiene no se lo dieron, ni a ella, ni a mí, incluso ni a mis familiares.

Daniela (29 años, primer embarazo, muerte fetal a las 37 semanas de gestación)

En este capítulo se presentan las experiencias y percepciones de la atención recibida en las instituciones de salud desde la voz de las mujeres madres. Los resultados se analizan y exponen en relación a la cronología de sucesos propios de la atención a un nacimiento. En primer lugar, se inicia con la identificación de alguna señal de alarma y la forma en la cual comienza la atención. Un segundo apartado relata y analiza las experiencias en cuanto a la percepción del trato y comunicación con los profesionales de la salud, la manera en la que se dieron los nacimientos de sus hijos, así como el contacto con su cuerpo. Se analiza también la atención brindada en el posparto y, de manera general, el sentir que

generó la atención. Con lo anterior exponemos cómo viven y perciben la atención durante parto y posparto inmediato²⁴ las mujeres con MF.

Como se mencionó en el capítulo anterior, durante el embarazo las mujeres madres asistieron y cumplieron ciertas expectativas de cuidados, entre ellas el control prenatal. La atención al nacimiento de sus hijos estuvo planeada en el ámbito hospitalario; ante el inicio de síntomas de alarma, las ocho mujeres acudieron a recibir atención a uno de los dos hospitales antes mencionados. Lo expuesto en los siguientes apartados permite ver cómo las muertes fetales carecen de una adecuada atención dentro de las instituciones de salud. Existe una falta de guías y protocolos. Como se podrá observar, son numerosas las faltas y omisiones en los cuidados. La presencia de violencia obstétrica en estos casos fue clara, comenzando con las fallas en la atención oportuna y adecuada, omisiones en la comunicación, así como la escasa o ausente asesoría en cuanto a procedimientos y manejo tanto de sus cuerpos como de los de sus hijos. Sin duda, las muertes fetales rompen con lo esperado en las salas de maternidad y dejan ver rupturas, fallas y demás omisiones en el cuidado de las mujeres.

7.1 “Algo no está bien”: la señal de alarma y el inicio de la atención hospitalaria

Ante un embarazo, se espera que las mujeres adquieran conocimientos provenientes de los prestadores de salud sobre cuidados y señales de alarma, tal como lo señala la *Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo* (2009).

²⁴ Si bien el posparto es la etapa posterior al nacimiento, la cual varía en cuanto a su duración (6 a 8 semanas), en este apartado se recuperan las experiencias del posparto inmediato, es decir, el que ocurre en las horas o días posterior al nacimiento donde las mujeres se encuentran hospitalizadas

El entorno de las mujeres también influye al “instruir” sobre lo que se debe o no sentir durante la gestación; sin embargo, no todas las mujeres conocen e identifican estas señales (García-Regalado et al., 2012; Ramírez-Rojas et al., 2013).

La percepción de signos y síntomas de alarma se manifiesta de diversas maneras: cuando los síntomas son intensos, como puede ser un dolor agudo o sangrado profuso, las mujeres madres y sus familias acuden a recibir atención de manera inmediata. La identificación de los síntomas se atribuye al sentido común, la lógica o lo señalado por algún profesional de la salud. Sin embargo, y acorde con García-Regalado (2012) y Ramírez-Rojas (2013), no todas las mujeres conocen o identifican estas señales, principalmente en aquellos casos donde los síntomas son difusos; es ahí donde el entorno actúa alentando a las mujeres a recibir atención.

Tabla 7.1. Signos de alarma y búsqueda de atención

	Señal de alarma y búsqueda de atención	Servicios a los que acuden	Acompañamiento
Hilda	Dolor de cabeza intenso	Consulta – Urgencias – Hogar – Urgencias	Pareja
Fátima	Sangrado	Consulta particular – Urgencias	Pareja
Daniela	Contracciones, flujo	Urgencias – Hogar – Urgencias	Pareja, mamá
Cecilia	Contracciones	Urgencias – Hogar – Urgencias	Tía
Angélica	Sensación de la salida del saco gestacional	Ambulancia – Urgencias	Pareja
Gabriela	Contracciones	Urgencias – consulta particular – urgencias	Pareja, mamá
Brenda	Sangrado y fiebre	Consulta particular – Servicios de imagen – Urgencias	Pareja, mamá
Elsa	Ruptura de membranas	Urgencias	Sola

Los testimonios de las mujeres exponen que los síntomas relacionados con dolor (dolor intenso de cabeza, contracción) fueron los más comunes (tabla 7.1), seguidos de la presencia de sangrado. Las mujeres afirmaron haber sido acompañadas a buscar atención por sus parejas y/o familiares, a excepción de Elsa, quien acude sola a urgencias ya que, según comentó, “nunca me imaginé que fuera algo grave”. El acceso a la atención no fue inmediato en todos los casos, lo cual se relaciona con el tipo de síntoma presentado, es decir, las mujeres que referían contracciones o inicio del trabajo de parto no fueron admitidas de manera inmediata, mientras que aquellas con sangrado o salida de saco gestacional²⁵ fueron hospitalizadas en ese momento. Podemos analizar este hecho en el sentido que el sangrado o la prolongación del saco gestacional a través del cuello de la matriz son síntomas, es decir, los profesionales de la salud los pueden ver y medir, proporcionando datos objetivos; por otra parte, el dolor es subjetivo y, al menos en estos casos, fue infravalorado por los profesionales de la salud que las atendieron. Este dato refuerza lo ya planteado por otros autores acerca de que el saber médico se antepone a la voz de las mujeres, prevaleciendo como saber hegemónico (Campiglia, 2017; Castro, 2014b; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020; Castro Vásquez y Salazar, 2000; Romo-Medrano, 2009) .

En relación a lo anterior, las mujeres perciben una falta de validación en cuanto a los síntomas referidos, un terreno donde la razón la tienen los profesionales de la salud y la mujer tiene que acatar las indicaciones, tal como lo refieren Romo-Medrano (2009), Canevari (2011) y Balandra (2018), quienes han identificado cómo, ante pérdidas en el embarazo, el conocimiento médico se antepone a lo que las mujeres refieren, minimizando

²⁵ Se nombra saco gestacional al tejido que contiene al embrión o al feto.

o descartando los síntomas que ellas perciben y mencionan. Tal lo representa el caso de Cecilia, quien, con antecedente de dos partos, llega al hospital con contracciones; la valoran y no la admiten:

El sábado me dan los dolores. Voy al sanatorio a las cinco de la mañana, cuatro y media, cinco. Y me dicen “No, todavía no empiezas” y yo soy una de las personas que cuando va a empezar a dilatar es porque ya voy a tener a mi bebé... yo me conozco y me dicen... “¡no, hasta que revientes fuente!”, jamás reventé fuente, ni esta bebé última, jamás. “No, no reviento fuente” le dije al que me atendió, era un aprendiz, para empezar, no era ni doctor el que me atendió... Me hizo un ultrasonido y todavía mi bebé se movió, me dio una patada. “Mira que terca” le dije yo (refiriéndose a la hija), “terca usted por venir a esta hora y despertarnos” me dijo. Así fueron las palabras que él me contestó. “Venga cuando reviente fuente”, “yo no reviento fuente” le dije, traía cuatro de dilatación y no me quiso dejar. Me devolví a mi casa, a las seis de la mañana me regreso y lo primero en cuanto me ve “¡qué terca es! ¡Le dije que todavía no va a parir!” y me hacen el tacto y en eso llegó otro doctor, yo creo que el encargado de ahí me hace el tacto, traes nueve de dilatación me dice, y me pasan para hacerme el ultrasonido. Mi bebé ya no traía latidos [...]. (Cecilia, comunicación personal).

La falta de validación de lo referido por las mujeres madres se deja ver a lo largo de su atención, como refiere el testimonio de Cecilia. Además, podemos identificar violencia verbal por el hecho de referirle en varias ocasiones que era una “terca” por acudir al hospital.

La identificación de señales de alarma, según refieren las mujeres madres, proviene de la lógica (cuando los síntomas son intensos) y de lo aprendido y señalado por el entorno, medios de comunicación, profesionales de la salud, etc. En relación a lo que es aprendido por el entorno, ciertas creencias se hacen presentes e influyen en la identificación de estos síntomas; la percepción de disminución de los movimientos fetales llega a ser atribuida a la creencia popular de que, por el tamaño que ocupa el bebé, existe una disminución del espacio intrauterino y por lo tanto es “normal o esperado” percibir menos movimientos. Otra creencia popular es sentir dolor tipo cólico debido a que el bebé se mueve o acomoda. Es importante mencionar esto debido a que estas creencias tienen una influencia en cuanto a la identificación de señales de alarma, lo cual se presenta principalmente en mujeres primigestas y primíparas²⁶. Por ejemplo, Gabriela a sus 34 semanas de gestación inicia con dolores que no identifica como contracciones, sus familiares son quienes le sugieren que acuda al hospital ya que, por la frecuencia, parecían ser dolores de parto. Menciona también que había empezado a percibir una disminución en los movimientos fetales:

[...] y me dolía, sentía como un dolor, no era un cólico, era como un dolor como cuando quieres ir al baño, algo así como un dolor y ya seguía con el dolor y yo “qué raro”, dije “qué raro” y una noche antes yo recuerdo que se movía, pero no tan intensamente como cuando le hablaba su papá y se movía, pues todas las noches nos acostábamos y se movía el bebé, dijimos “¡qué raro! A lo mejor está dormido”, ya no se movía tanto y ya. Más tarde le dije a otra prima, “oye ¿sabes qué? traigo dolor de panza” ... y me dijo “¿cada qué tanto

²⁶ Se utiliza “primigesta” para referirse a la mujer que cursa su primer embarazo y “primípara” al referirse a la experimenta su primer parto.

te pasa?” y yo “no pues de volada, o sea, se me pone como durito y se me quita”. Ahí me dijo “son contracciones, se me hace; ahí voy para allá”, y sí, vino para acá [...] y ya me llevaban y yo traía dolor. Me imagino que eran contracciones porque traía dolor, pero no era así como que gritas, no, es un dolor soportable. Y sí, me llevaron al seguro. (Gabriela, comunicación personal).

El entorno directo, principalmente las madres de las mujeres, ejecuta un papel importante al momento de identificar que algo no estaba bien; proveniente de su propia experiencia y de su rol de cuidadoras, las madres de las mujeres ejercen este rol en diversas etapas previas y posteriores a la muerte de los nietos. En este sentido, las mujeres madres reciben ayuda y orientación, tal como lo refiere Brenda:

Duré dos semanas en reposo por sangrado y como que sí se me quito y pasó una semana bien y a la siguiente semana salimos a pasear [...] llegamos a mi casa y empecé a sangrar otra vez, me metí a bañar y ya al momento de secarme me di cuenta de que estaba sangrando otra vez y ya le comenté a mi esposo y me dijo “pues acuéstate, guarda reposo otra vez, a lo mejor fue la caminada” y así. [...] Y ya mi mamá me decía “ve a checarte con el doctor, eso no está bien” y así. Después me empezó a dar temperatura y duré como dos días yo creo con temperatura y no iba, no iba, a lo mejor porque yo también ya me imaginaba, pero no quería. Y ya cuando fuimos, fuimos con la doctora particular con la que me estaba atendiendo y ella no me, no me quiso decir nada, me mandó a otra parte a que me hicieran un ultrasonido vaginal... ahí se dieron cuenta [de] que el bebé ya no ya no tenía latidos, ya no estaba vivo. (Brenda, comunicación personal).

En resumen, la identificación de las señales de alarma está influida por varios factores. Tenemos el conocimiento propio que la mujer adquiere por diversos medios, la presencia y conocimiento de personajes claves en su entorno, así como por las creencias populares en relación con lo que se puede o no sentir en el embarazo. Sin embargo, al buscar atención en las instituciones de salud, estas señales no son valoradas y, en ocasiones, invalidadas por los profesionales de la salud. Una vez que la situación es identificada y diagnosticada, es decir, que las mujeres son ingresadas en los nosocomios, inicia “el tratamiento”; para ello identificamos que el momento en el cual fallece el bebé es una característica de importancia, ya que a seis de las mujeres entrevistadas al llegar a la institución se les confirma el diagnóstico, es decir, que el fallecimiento ocurrió antes de su ingreso. Para otras dos mujeres, la historia fue distinta ya que, tras hospitalizarse por una complicación, el bebé o los bebés fallecen durante su estancia. Varias de las mujeres, particularmente las que se encontraban internadas en el momento del fallecimiento, identifican a las instituciones y a los profesionales de la salud que las atendieron como los responsables del fallecimiento de sus hijos.

Para todas las mujeres la manera en la que ocurre la muerte fetal tiene un trasfondo importante debido a que, en algunos casos, es ahí donde se puede identificar la causa y/o la responsabilidad y, como se verá en el capítulo nueve, el haber identificado a tiempo o no, así como el haber recibido una atención oportuna o no, tiene implicaciones en el proceso de duelo.

Desde que las mujeres ingresan a urgencias o al servicio de admisión, se identifican, en sus testimonios, fallas en la comunicación entre profesionales de la salud, las mujeres y sus familias. De manera inicial, el momento del diagnóstico impacta considerablemente en la manera en que se percibe la atención; fue común entre las

participantes el escuchar que las noticias se las dieron en salas o áreas donde estaban otras mujeres y sin compañía de la pareja o de familiares. Estos hechos complican más la situación, ya que muchas de ellas mencionaron haber necesitado o que hubiera sido favorable el haber contado con la compañía de su familia en esos momentos; así lo refleja el testimonio de Angélica:

[Entrevistadora:] ¿Las palabras que te dijeron fue "ya no hay signos vitales"?

[Angélica:] Sí, ya no hay signos vitales.

[Entrevistadora:] Y te lo... ¿No hubo ningún preámbulo? ¿No te dijeron algo más?

[Angélica:] No, no me dijeron ni por qué, ni nada, nomás vi que, fue cuando me hicieron tacto y me dijeron que tenía las membranas en reloj de arena, me hicieron el ultrasonido y me dijo “es que ya no hay signos vitales” y yo “¿cómo?!” “Si acabo de ir hace una semana a consulta, ultrasonido y todo estaba bien”, “sí” me dice, “pero ya no hay signos vitales, ya no hay nada que hacer” y se salió, y ya pues, ya se me derrumbó todo y ya fue cuando dijo “le voy a hablar tu esposo” y me dejó sola ahí buen rato, en eso entró mi esposo y ella (la ginecóloga), ella no estaba. Entró mi esposo y le dije “la perdimos” le dije. Yo le tuve que decir porque la doctora no le dijo nada, y ya de volada lo sacaron. (Angélica, comunicación personal).

Los problemas de comunicación también son referidos en otras investigaciones, que confirman cómo, ante una muerte fetal, existe una ausencia de explicaciones claras sobre las causas del fallecimiento y sobre los procedimientos a los que serán sometidas las mujeres (Cassidy et al., 2018; Romo-Medrano, 2009; Sanabria, 2019).

La falta de preparación del personal y de infraestructura en las instituciones para una adecuada atención a las muertes fetales es clara. La forma de comunicarse y los espacios donde se le informa a las mujeres y sus familias sobre el fallecimiento de sus hijos tienen un impacto importante en la vivencia del duelo y también en la percepción de la atención (Cassidy et al., 2018; Gopichandran et al., 2018; Romo-Medrano, 2009; Sereshti et al., 2016). Los hospitales en los cuales las mujeres se atendieron carecen de espacios específicos para dar este tipo de noticias y queda a disposición de los profesionales de la salud buscar un área que favorezca brindar esta información. Cecilia explica cómo no se cuidó su privacidad ya que, al momento de darle la noticia, el resto de las mujeres que esperaban ser atendidas escucharon y fueron testigos del momento:

[Cecilia:] ¿Qué está pasando?” le digo y luego me dice “no hay latido”, “¡Cómo que no hay latido!” “¿con quién viene?”, “con una tía” y ya le hablan a mi tía, no pues que no hay latido y yo me puse histérica, “si estaba viva mi bebé, ahorita vine” y me puse histérica: “¡y tú me regresaste y yo te dije!”

[Entrevistadora:] ¿Tú sientes que fue la manera adecuada de decírtelo? ¿Tú cómo lo sentiste?

[Cecilia:] No, va a doler igual sola o con gente como sea, pero va a doler. No, haz de cuenta que a mí me lo dijeron, estaban las demás muchachas ahí esperando que las atendieran, me dijeron sabes que “no hay latido”.

[Entrevistadora:] ¿Ellas estaban escuchando?

[Cecilia:] Sí, las demás, las que se sientan así en la orilla estaban escuchando [refiriéndose a las embarazadas que se encuentran en espera de ser atendidas]. Lo recuerdo muy bien porque una de las muchachas se puso mal, de que se impresionó pues de cómo yo me puse a gritar y todo eso, y ya

me dijeron “vamos, te vamos a poner suero para prepararte para que tengas a tu bebé”. (Cecilia, comunicación personal).

Ninguna de las mujeres estuvo acompañada en el momento del diagnóstico ni tampoco durante el internamiento, hecho que fue señalado por las mujeres madres como uno de los factores que más impacto tuvo en ellas:

La ginecóloga me dijo “¿hay algún familiar?” y le dije “no sé si ya llegó mi esposo, si quiere ver”... y ya llamó ¡familiar de Gabriela! y ya estaba él ahí y pues entonces fue cuando pasó, pero no preguntó antes de darme la noticia, me dieron la noticia a mí sola, yo digo que sí fue, cómo te digo, pues es que para esa noticia, yo digo que no hay una manera bonita de decirla, no es como que te van suavizar, pero yo siento que tal vez hubiera sido mejor el estar acompañada de alguien más y no decirme a mí sola. O sea, primero buscar si había algún familiar, revisarme y ya decirme, “no hay latido” o darme la noticia que me tenía que dar acompañada, porque sí siento que fue muy fuerte el recibir la noticia yo sola, porque no sabía ni de qué me estaba hablando en el momento, o sea, sí fue muy linda la doctora, me abrazó y me imagino que a ellos también les ha de poder y no hayan cómo reaccionar, pero sí siento que en cuestiones de protocolo tal vez sí deban de llamar a algún familiar para dar ese tipo de noticias. (Gabriela, comunicación personal).

Tras el diagnóstico, la falta de comunicación continuó en todos los casos. Las mujeres denuncian cómo no se les informaba sobre lo que iba a pasar con ellas y con sus hijos; la información sobre el tratamiento no fue clara, al menos ninguna de ellas recuerda que algún profesional de la salud les hubiera explicado claramente lo que iba a suceder.

En ninguno de los casos documentados las mujeres expresaron poder decidir en algo sobre su atención; de esta manera, las decisiones quedan en manos de los médicos tratantes, sin considerar la opinión de la mujer. Castro Vásquez (2008) explica cómo la relación médico paciente y la jerarquía que impone mayor valor al médico se manifiesta en una limitación ante la toma de decisiones por parte de las mujeres. Particularmente en los casos de muerte fetal, Romo-Medrano (2009) explica cómo, en el sistema de salud mexicano, los profesionales de la salud no toman en cuenta la voz de las mujeres, consideran que necesitan ser cuidadas y controladas, negándoles la capacidad de decidir sobre su tratamiento. Elsa expone cómo, al no comprender la jerga médica, se volvió pasiva y les dejó el control de la situación, lo cual, tal como lo expresa Camacaro (2009), es un reflejo de cómo el protagonismo lo toman los profesionales de la salud convirtiendo a las mujeres en entes pasivos:

Pues yo los dejé a ellos, pero nunca me dieron opción, a mí me dijeron pues que se me iba a hacer legrado, que iba a ser intervenida, pues ya vez que hablan en clave los doctores, con los nombres muy raros y que esto y que ponle aquello, esto y lo otro. En su vocabulario que yo no entendía, no entiendo yo, pero yo me fui moviendo como ellos me movían. (Elsa, comunicación personal).

Al ingresar al nosocomio, las mujeres refieren una sensación de abandono por parte de los profesionales de la salud, situación que incrementa su incertidumbre. Esa sensación la describen como un abandono físico en relación con haberlas colocado en esquinas o pasillos, dejar su luz de cama apagada, hasta un abandono relacionado a la atención, es decir, no verificar su estado de salud, de higiene y confort, lo cual son expresiones de la presencia de violencia obstétrica en estos casos:

Para empezar nadie te pela, todos te ignoran. En cuanto entré yo como a la media hora reventé fuente, reventé fuente pues toda la camilla mojada, la bata y todo hasta el pelo traía, entonces yo le dije a una de las enfermeras “acabo de reventar fuente”, para que me cambiara pues las sábanas, "ah bueno, está bien"; ahí me dejó, duré todo el día sucia porque no me quisieron cambiar las sábanas y yo con dolores ya después le dije yo a uno de ellos “¿me puedes atender?” le dije yo, “tengo mucho dolor” y me ignoró, en eso entró otra muchacha que la pusieron al lado de mí (también con MF)... Entonces estuvimos ahí un buen tiempo yo creo que todo el día y en una de esas le dije a uno de ellos “¿que no nos piensas atender?” y me dijo "es que ustedes no tienen nada, no tienen a nadie a quien salvar", dijo. (Daniela, comunicación personal)

Yo me acuerdo que le decía a mi esposo que me sentía como perrito abandonado, que me tenían en la esquina de la última camilla y mi foco estaba apagado, los demás estaban prendidos, los de las otras mujeres y toda mojada, que las demás entraban y salían y yo "¿me cambian las sábanas? ¿chechas mi sangrado?" y nomás me decían "no pasa nada" y que no me hacían nada pues, ni me iban a decir ¿cómo te sientes? ¿Qué quieres? No sé pues, algo pues, irte a checar o algo... Pues yo tenía que hablarles y decirles “chécame el sangrado...” así... como perrito abandonado... (Angélica, comunicación personal)

El abandono también lo referían al comparar cómo se les prestaba más atención a las otras mujeres que estaban en trabajo de parto, pero con un embarazo viable.

Los testimonios dejan ver cómo las mujeres llegan a temer por su vida y, al sentir que no se les brindaba atención, el temor se incrementó. El sentirse ignoradas y abandonadas fue una de las principales causas de inconformidad con el trato recibido.

Lo expuesto hasta el momento permite ver cómo el reforzamiento del *habitus* materno que las mujeres experimentaron en el embarazo y que en muchos casos fue reafirmado por los profesionales de la salud se encara ante una situación de crisis, de *histéresis*, donde no solo se deslegitima su identidad como madres, sino como personas. Las formas de transmitir el diagnóstico distan de ser las adecuadas; Elsa comenta cómo a ella le informan “lo siento, el producto se ahogó”, comprendiendo que “el producto” es la manera en la que se dirigen hacia su hijo, lo cual catalogó como una falta de respeto. Lo anterior nos lleva a cuestionarnos ¿por qué las mujeres que sufren una muerte fetal no pueden estar acompañadas? ¿Por qué la falta de atención y las fallas en la comunicación? Esta falta de atención no es exclusiva de las muertes fetales; la violación a derechos de las mujeres en estos escenarios ha sido previamente evidenciada (Campiglia, 2015, 2017; Castro, 2014a; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020). La minimización de lo que las mujeres declaran, la ausencia de protocolos, las fallas en la comunicación, son ejemplos de que los derechos de las mujeres y de sus hijos nonatos no son respetados. Evidenciamos aquí no solo una invalidación del *habitus* materno de estas mujeres, se evidencia una violación a su identidad y a sus derechos humanos manifestado en prácticas de violencia obstétrica durante su atención.

7.2 “¡Puja! ¡Rápido! ¡Puja, madre...!”: El nacimiento

El momento del nacimiento de un bebé sin vida es un momento difícil para las mujeres. Las circunstancias y el trato que reciben en las instituciones pueden favorecer o complicar la experiencia. Los nacimientos narrados por las mujeres transcurrieron o con mucha confusión y tristeza, o en un estado de estupor. Dentro de las prácticas que catalogamos como violencia obstétrica y que fueron expresadas por las mujeres, se encuentra la relacionada con la falta de privacidad durante este momento; incluso varias recalcaron que fue en las salas de labor, donde se encontraban otras mujeres en trabajo de parto, donde sus hijos nacieron:

[...] Antes de eso yo sentía ganas de ir al baño y les decía “quiero ir al baño” y “es que ya va a nacer tu bebé” me decían y yo “ah pues bueno”, “puja” me dijeron y ya pujé y en eso salió mi bebé ahí junto con todas las que estaban al lado y no cerraron cortinas ni nada. (Angélica, comunicación personal).

Pues yo sentí muchas ganas como que quería hacer popó y deste, y como yo ya había tenido al niño, el niño ya tenía sus cuatro años, pues yo ya sabía que yo iba a tener a la bebé, deste, y empecé a pujar, a pujar, a pujar, a pujar y sentí cuando salió y le hablé a la doctora... “¡Enfermera!” ... “¿Qué pasó?” ... “pues ya nació la bebé” le digo. Y ya les hablé a los doctores y se fueron todos, me cerraron las cortinas deste y ya le cortaron el ombligo y se la llevaron. (Elsa, comunicación personal)

La falta de espacios y de recursos es clara en estos testimonios. Al no tener lugares exclusivos que brinden privacidad a las mujeres, ellas se ven en la necesidad de

“parir” en las salas de labor junto con las otras mujeres. Adelantando un poco (y con la finalidad de esclarecer el porqué de esta situación), los profesionales de la salud mencionan varios factores por los cuales los bebés nacen en estos espacios. Primeramente, refieren que al ser bebés pequeños no requieren una dilatación completa y, por lo tanto, nacen de manera inesperada. Otra de las razones, y aunque la mencionaron con pena, es debido a la saturación de los servicios, lo cual los obliga a priorizar la atención de las mujeres con embarazo viable. La falta de instalaciones y recursos no es exclusiva de estos hospitales, lo mismo es reportado por Romo-Medrano (2009) y por Sereshti (2016). La saturación de los servicios conlleva a problemas en cuanto a la accesibilidad y a la disposición de recursos y, sus consecuentes fallas en la atención (Rouvier et al., 2013; Sachse et al., 2012):

Sí y no sé si iba bajando [refiriéndose al bebé], no sé, pero pues en realidad el bebé está muerto, no iba a bajar y me tenían ahí que puja y puja y qué puja para que el bebé bajara, para que lo expulsara. Y sí, sí pujaba, pero me cansaba, yo no sentía que él bajara y ya venían los doctores y me aplastaban como queriéndome ayudar. Me aplastaban la panza, pero a mí me dolía, me lastimaban y ahí me dejaban otra vez y luego venían [...] Me dejaron en un pasillo [...] ahí expulse al bebé y ya yo... y pues yo lo sentía, que lo tenía aquí en mis piernas y por encima de la sabana lo tocaba y le estaba hablando al doctor, ya no me salía la voz, me estaba quedando ronca y le estaba, le decía al doctor "ya, doctor, ya" pero me veía y me decía “ahorita voy, ahorita te van a revisar, hija, no te desesperes” y ya yo me quedaba ahí, pues yo lo tentaba, yo sabía que estaba ahí, ya me levanté la sábana y lo miré, estaba yo toda llena de sangre y pues él también. ¡Ah, empecé a vomitar!, estuve un rato ahí y empecé a vomitar. Cuando empecé a vomitar me trajeron un cubo para que

vomitara para un lado y ahí fue cuando le dije al doctor que ya, que ya lo había expulsado y levantó la sábana y me vio y ya vino otro doctor y me quitó las sábanas completamente y fue cuando vi a mi bebé y ya lo agarraron y se lo llevaron [llanto]. (Brenda, comunicación personal)

El testimonio de Brenda combina una serie de prácticas desafortunadas, el abandono en un pasillo, la falta de monitorización sobre su estado de salud, la invalidación de lo que expresaba al pedir ayuda y no recibirla, la realización de prácticas desaconsejadas por organismos internacionales como lo es la maniobra de Kristeller (comprimir el abdomen para acelerar la expulsión del bebé) y haber parido a su hijo sola, estas prácticas son violencia obstétrica, las cuales se traducen en una invalidación de su dignidad como personas y como madres que acaban de perder un hijo.

Algunas de las mujeres reportan cómo, al ser hospitales escuela, existe una percepción de que las personas que las atienden no están lo suficientemente capacitados, sobre todo para casos complejos como los que ellas presentan. Fátima, con embarazo gemelar de 23 semanas, tras más de 10 horas en trabajo de parto y varios bloqueos (epidural), llega a un punto de inflexión; sus hijos, que todavía se encontraban con vida, empezaron a mostrar alteraciones:

Ya cuando me desperté era un dolor espantoso que me atravesaba, haz de cuenta que me estaban partiendo en dos, total que ya viene, entonces me agarré del colchón y a pujar, horas estuve así, horas. Y les decía, “¡por favor ya! ¡Ayúdenme, hagan algo! Ya lo que sea”, ya tenía 10 horas pujando, 10 horas harta, cansada; ya cuando empecé a ver que uno de ellos tenía taquicardia, empecé a enloquecerme, “¡ya por favor! ¡hagan algo por mí!, ya estuvo bueno,

por favor ¡ayúdenme!”, y no había nadie, “¡doctor, por favor!” y veía que estaba una persona y le hacía así al teléfono [seña de que alguien estaba moviendo la pantalla de un celular], solo veía la mano, el teléfono y le hacía así para arriba [...] Entonces revente fuente y todavía duré mucho tiempo más, ahora sí ahí vienen, ahora sí ya vienen, me subieron a otra camilla y me llevaron, me pusieron en la silla esa especial [cama ginecológica] y ya cuando nació, cuando yo sentí que ya nació, alguien gritó, “¡agárralo, se va a caer al piso!” Entonces fue cuando yo lo detuve, ¡imagínate! después de tantas horas, después de parto. ¡Imagínate!, ¡agárralo, se va a caer al piso, nomás eso faltaba!, entonces ahora sí, ahora sí puja, ahí sí me ayudaron. Nació el primero y yo, “¿por qué no llora?”, pues claro que no iba a llorar, pues yo sabía que cuando nacía un bebé tenía que llorar, desde que estaba chiquita sabía eso, entonces y “¿por qué no llora?”, “¡Tú puja, puja, puja!” Entonces pujaba y me acuerdo que lo ayudaban a salir, que fue lo que me debieron haber ayudado con el otro; bueno, total que ya nació, dime “¿por qué no lloran?”, “¿cómo están?” y empecé a oír un sonido, “¡a la madre!” “pásame el no sé qué y el no sé qué”, empezaron a volverse locos y yo oía que sonaba algo, “¡pero dime por qué no lloran!” ... y ya no me acuerdo de nada. (Fátima, comunicación personal).

Fátima explica que, tras el nacimiento de sus gemelos ella presenta una hemorragia, el sonido que ella refiere en su relato era el de su propia sangre, debido al sangrado y con la finalidad de controlarlo a Fátima la sedan brevemente. En su testimonio resalta nuevamente el abandono y la falta de atención que sufren las mujeres con muerte fetal, el referir que en varias ocasiones solicitaba ayuda y que no la recibía e incluso ver que el

personal estaba presente y, sin embargo, no la atendían fue para ella uno de los elementos más duros en su atención. Nuevamente su testimonio resalta la violencia obstétrica que sufren las mujeres.

Las actitudes frías y apáticas por parte de los profesionales de la salud se relacionan con que los espacios de ginecoobstetricia se encuentran diseñados para recibir a bebés con vida. La atención al área física y el descuido de la esfera emocional se dan también en los nacimientos “normales”; sin embargo, ante una muerte fetal esta omisión se intensifica, a las mujeres se les atiende partiendo desde el aspecto físico y no de un nacimiento como tal, lo cual minimiza la pérdida y desautoriza la identidad de los padres (Cassidy, 2020; Lee, 2012). Cecilia, quien llega con una dilatación casi completa, pasa de manera directa a la sala de expulsión; ahí comenta que no hubo un trato sensible hacia su persona ni hacia su hija:

[Cecilia:] Yo ya no tenía fuerzas ya, o sea, con la noticia ¿tú crees? y muy groseros eso sí, muy groseros.

[Entrevistadora:] ¿Qué te decían?

[Cecilia:] “¡Puja!”, luego ya le decía “no puedo”, “sí puedes” y me aplastaban la panza para qué... y ya hasta que ya salió la bebé y ya fue cuando les dije “¿puedo cargarla?”, “¡no, no se puede!” Y ya nomás me la pusieron así y yo le alcancé a tocar los piecitos, le toqué los piecitos a la bebé, y ya la pesaron, eso sí, la pesaron, yo alcancé a escuchar su peso, su medida, todo.

[Entrevistadora:] Y ahí aparte del “puja, ¡puja!”, ¿te dijeron otra cosa?

[Cecilia:] Sí te hablan golpeado, ahí siempre te van a hablar golpeado. Pero más que nada, no miden, saben muy bien que tú ya sabes que no vas a tener a

tu bebé en tus brazos y aun así son groseros en el aspecto de “¡puja! ¡rápido!” o sea, así. “¡Puja, madre!” Y luego me dijo “¡tú la tienes que sacar!, ¡tú la tienes que sacar!” me dijo el doctor “¡acuérdate que ya está muerta, tú la vas a empujar, ella no se va empujar!” me dijo, esas fueron las palabras del doctor.

Un hallazgo sumamente inesperado fue que algunas de las mujeres refirieron no recordar bien el momento del nacimiento del hijo, ya que, al parecer, les administraron medicamentos sedantes. Esta práctica está en desuso desde los años ochenta, cuando se reconoció que el sedar a las mujeres en esos momentos tenía efectos contrarios en la salud mental de la mujer (Martos-López et al., 2016). Ninguna de las mujeres mencionó que alguien les informara sobre la administración de estos medicamentos, pero fue una constante el encontrar en los testimonios que, principalmente tras el nacimiento, todo empezara a perder sentido y no se recordaba tan vívidamente lo ocurrido: “porque la verdad no tenía fuerzas en los brazos, me sentía muy desguanzada, no podía hablar, la verdad súper dopada estaba, estaba muy, muy dopada” (Hilda, comunicación personal);

Cuando vi a la niña, pues es que tengo mucha laguna mental en ese momento porque me acuerdo que me dijo "pásate a la cama", "es que no puedo" le dije "no puedo cambiarme de camilla", "no puedo mover las piernas"; "te vamos a ayudar" me dijo y ya me ayudaron, me cambiaron y me dijo "va a ser rápido" y ya no me acuerdo de nada... (Daniela, comunicación personal).

La sensación de abandono y falta de cuidados se hace más presente en el momento del nacimiento. Las mujeres consideran “traumático” el haber parido a sus hijos en salas comunes y no tener la suficiente orientación ni ayuda al momento del nacimiento. Violencia verbal y física se identifica en estos testimonios, el realizar procedimientos que

pueden ser dañinos para las mujeres como la realización de la maniobra de Kristeller²⁷. La misma comunicación denota una falta de empatía hacia las mujeres: “acuérdate que ya está muerta”, “ustedes ya no tienen vida que salvar”; estas frases, provenientes de los profesionales de la salud, reflejan fallas en la atención con intrincadas raíces. El decir “ya no tienen vida que salvar” nos lleva a reflexionar que los profesionales de la salud no le brindan el mismo valor a la vida de una mujer con muerte fetal que al resto de las madres en las salas de parto. Las actitudes frías y violentas son una manifestación de la poca o nula atención y respeto que se les brinda a las mujeres y sus hijos. ¿O es acaso que la vida de estas mujeres no tiene valor? ¿Dónde queda la dignidad, el trato digno que se les debe de brindar? ¿Dónde está el respeto al nacimiento de un hijo sin vida? Estos testimonios son claro reflejo de cómo en las instituciones de salud se busca solo la resolución de un problema biomédico, es decir, un embarazo no viable, y no lo ven y atienden como el nacimiento de un hijo sin vida.

7.3 "“Claro que la quiero ver, pues si es mía’, ‘no, pero es que ya está muerta’”: el contacto con el hijo

El contacto con el hijo fallecido es un momento crucial para las mujeres que sufren una muerte fetal. La guía de práctica clínica *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (2010) hace referencia a que es aconsejable que las mujeres y sus familias conozcan al recién nacido sin vida. Sin embargo, al ser una recomendación, y ante la falta de

²⁷ La maniobra de Kristeller consiste en ejercer presión sobre el vientre de la mujer para que el bebé sea expulsado

protocolos institucionales, el conocer y poder pasar momentos junto con el hijo depende de los profesionales de la salud que las atienden.

Cinco de las mujeres entrevistadas afirmaron haber tenido contacto con el cuerpo del hijo; el resto mencionó que en ese momento no se sintieron preparadas y decidieron no conocerlo. Sin embargo, como se señalará en el apartado de duelo, esta negación llega a tener un impacto importante en la sensación de culpa por parte de las mujeres. Ryninks y colaboradores (2014) mencionan la importancia de explicar a la mujer y a la familia sobre el conocer y pasar momentos con el hijo; en ese sentido, el rol que ejercen los profesionales de la salud es crucial ya que de ellos depende brindar la opción y la oportunidad de que se den estos encuentros (Cassidy et al., 2018).

[Tras la cesárea] me acuerdo que me tocaron el hombro y me dijeron “aquí está tu bebé”, ¡ah! porque me preguntó “¿quieres ver a tu bebé?” antes de [la cesárea], y le dije “pues claro que la quiero ver, pues si es mía”, “no, pero es que ya está muerta”... “¿Y? Pero es mía, o sea, muerta o viva es mía, la quiero ver” le dije. (Daniela, comunicación personal).

Ante la carencia de espacios y protocolos, el conocer al hijo se reduce a minutos. Algunos testimonios afirman que las mujeres fueron sedadas después o durante el nacimiento; esta sedación nubla la percepción durante estos momentos:

Le quité la sabanita con la que te la enrollan, la abrí, le toqué sus piernitas, su pancita, su carita, su frente. Y... [llanto] me la quitó la doctora, la enfermera me dijo “ya” ...y me la quitó. Le di otro beso en la frente. (Hilda, comunicación personal).

La posibilidad de generar recuerdos tangibles en el hospital es casi nula. Las mujeres expresaron que no se les brindó por parte de la institución algún tipo de recuerdo

como huellas, mechón de cabello o algo similar, por lo que, al ser algo tan importante para ellas, tomaron sus brazaletes o los ultrasonidos previos como recuerdo del hijo fallecido. Fátima fue la única mujer que recibió, por parte de una enfermera, las huellas de los pies de sus gemelos. Se ha documentado como las fotografías (Blood et al., 2013) y recuerdos como huellas o mechones de cabello (Crawley et al., 2013) tienen un impacto positivo en el duelo posterior, ya que dan identidad al hijo fallecido (Camacho-Ávila et al., 2019).

La posibilidad de que el padre de los bebés o la familia los puedan conocer también depende del profesional de la salud que esté al frente del caso. En ese sentido, no a todos los familiares se les permitió este encuentro. En algunos testimonios la misma familia exige conocerlos y es por esa exigencia que se logra el contacto.

El trato que se le brinda al cuerpo del bebé llega a tener un significado fuerte para las mujeres. El hecho de ver que no se le trata con respeto genera mayor molestia y dolor para ellas. Cassidy (2020) y Sanabria (2019) reportan fallas similares en España y Argentina e incluso consideran que, dentro de la violencia obstétrica, el manejo de los cuerpos de los hijos debe ser considerado como una violación a los derechos de la madre. Al respecto Cecilia refiere cómo fue el manejo de su hija:

[Cecilia:] No me dejaron cargarla, me dijeron que no, apenas si le tenté el piecito. La echan en una caja, eso a mí me dolió mucho, como una hielera. Así se la llevaron. Sí me la dieron, yo la sepulté y todo.

[Entrevistadora:] ¿Pediste cargarla?

[Cecilia:] Sí, les dije “¿la puedo cargar?”, “¡no!”, “¿por qué?” le dije, “¡por qué no se puede!” Y recuerdo muy bien que estaba la enfermera, una

muchachita que dijo “Yo no la quiero agarrar” la tenía que envolver y ella no quería de la impresión que traía ella.

[Entrevistadora:] ¿Ella le dijo a otro [enfermero]?

[Cecilia:] ¡Ajá!, y le dijo “no pues tienes que envolverla y meterla ahí”, yo estaba oyendo, eso pasó en el momento que te están limpiando y todo eso, yo nomás volteaba y veía cómo estaban haciendo todo. (Cecilia, comunicación personal).

Para dos de las mujeres, la posibilidad de llevarse el cuerpo de sus hijos les fue negado, en uno de los casos por no contar con el peso mínimo y, en el otro, no le brindaron la opción y ella, de momento, no lo consideró; fue hasta después que esa omisión se transformó en una sensación de culpabilidad. Otras de las mujeres madres refieren que fueron el miedo y el no contar con apoyo los factores principales para decidir no ver el cuerpo de los hijos. Angélica menciona que, cuando vio a su esposo (ya estando hospitalizada en el postparto), fue cuando solicitó ver a su bebé y le fue negado; esta falta de contacto la llevó meses después a indagar sobre la disposición final de su hija:

Quando entró mi esposo por mí, que ya me iban a dar de alta, yo le dije... “¿Sabes qué? ¡Quiero ver a la bebé! ¡Quiero que me la entreguen!, ¡Quiero que me den algo!” y ya fueron unos doctores y dijeron “es que ya no te la podemos dar, ya pasó a...”, no me acuerdo qué palabras exactamente me dieron, pero al destino que les dan a todos los bebés pues. Ahí entendí que se van a desechar pues. Y me dijo “es que al momento en que nació, la pielecita se le quedó pegada a las sábanas” me dijeron “y ya si la ves así va a ser mucho trauma para ti, no te la podemos enseñar” y yo pues bueno, me quedé con eso... [incomprensible] Ya después yo me acuerdo que tenía unas amigas que

trabajaban ahí, doctoras que estaban de la misma carrera [Angélica estudió unos semestres medicina] les decía “oye ¿no te puedes fijar en dónde hacen las prácticas si mi bebé no está en un... un... en uno de los contenedores?”, así y yo decía... ¿cómo va a saber? ¿no?, pero en mi desesperación por saber algo, claro que me tumbó el rollo, ¿no? Bueno, pero pues buscaba, ¿no? [llanto] si ya después ya no se podía... (Angélica, comunicación personal).

El poder tener contacto con el hijo e incluso el respetar deseos de la madre fue algo sumamente apreciado por aquellas mamás que tuvieron la experiencia. Elsa, en particular, comenta que el haber podido bautizar a su hija le dio paz y agradece el gesto que tuvieron en el hospital:

[...] Yo les preguntaba qué había sido [en referencia al sexo], si cómo estaba, que la quería ver y ya pues me la llevaron y pues bien chiquitita pero bien desarrollada; ya tenía cabello, ya tenía uñas, o sea, le faltaba... pues casi nada y ya pues me empecé a poner mal, a llorar, a llorar y ya la doctora me dijo que para que estuviera más tranquila me iba a dar agua bendita para que la bautizara yo sola... La bauticé y le puse María. (Elsa, comunicación personal).

El nacimiento de un bebé sin vida rompe con lo considerado “normal”. El no contar con protocolos específicos influye en que no todas las mujeres tengan las mismas posibilidades de tener contacto con los hijos. El no poder ver o cargar a un bebé implica una carga emocional añadida durante el duelo y se contrapone al habitus materno de las mujeres. Sin embargo, el manejo del cuerpo de los hijos va más allá de no validar la identidad de madres: el no entregar el cuerpo de los bebés por no “cumplir” con un peso en gramos es sentido como una injusticia por las familias dolientes. Al respecto, y con la finalidad de conocer las causas de estas prácticas, se realizó una búsqueda en la normativa mexicana

(Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; Norma Oficial Mexicana NOM-036-SCFI-2016, Prácticas comerciales, requisitos de información y disposiciones generales en la prestación de servicios funerarios), así como en la Ley General de Salud, de manera específica, en el reglamento en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. En la normativa antes mencionada no se encontraron datos que hablen del tema en cuestión. En la Ley General de Salud encontramos en el artículo 4 que “corresponde a la Secretaría emitir las normas técnicas a que se sujetará, en todo el territorio nacional, la disposición de órganos, tejidos y sus derivados. productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos”; el artículo 73 refiere: “las disposiciones generales sobre cadáveres serán aplicadas, en su caso, a los de embriones y fetos”.

En ningún apartado de estos documentos se especifica que los cuerpos de los nacidos sin vida con un peso menor a 500 gramos no podrán ser entregados a los padres. Al cuestionar a los ginecólogos sobre el porqué, se mencionó que eran prácticas o normas internas de las instituciones de salud. No obstante, aunque se preguntó y solicitó al hospital este documento, no hubo respuesta.

Queda entonces nuevamente a disposición de los profesionales de la salud y de los usos y costumbres en los hospitales que, ante una muerte fetal, el cuerpo del hijo sea entregado o no a los padres. Lo anterior supone una deslegitimización al habitus materno de las mujeres al no permitir disponer del cuerpo de los hijos. De este hecho surgen otra clase de interrogantes tales como: ¿por qué no se puede disponer del cuerpo de los hijos? ¿Cuáles son las causas subyacentes de no entregarlos si no pesan más de 500 gr.? Recalquemos que, al menos para las mujeres entrevistadas, el peso del hijo no guardó relación alguna con el

percibirse como madres. Lo relacionado con el manejo y disposición del cuerpo del hijo ocasiona incertidumbre, culpa y dolor añadido.

7.4 “El tiro de gracia”: el período tras el nacimiento

Los protocolos de atención de cualquier mujer que pasa por un parto o una cesárea indican que, tras un tiempo para su estabilización en el área de recuperación, debe pasar a hospitalización, donde vive el inicio de su puerperio. En los hospitales públicos, ante un parto con hijo vivo, madre y recién nacido pasan a la sala común y es ahí donde reciben cuidados generales o bien específicos en caso de presentar alguna condición; a todas las mujeres se les debe informar sobre planificación familiar y lactancia materna (Secretaría de Salud, 2015).

En los casos de muerte fetal este panorama se trastoca; ante la falta del hijo, la madre inicia el duelo junto con el puerperio: su cuerpo responde biológicamente igual a si el bebé hubiera nacido con vida. Sin embargo, en los testimonios de las mujeres entrevistadas no se encontró que exista una adaptación de los protocolos para estas situaciones. En los hospitales públicos de Sonora, las áreas donde los pacientes se hospitalizan son salas comunes, es decir, espacios donde conviven varios pacientes y sus familiares. Para las mujeres que sufren de una muerte fetal el ser internadas en estas salas supone un sufrimiento añadido, ya que el escuchar y ver la interacción de las otras madres con los recién nacidos intensifica los sentimientos que en ese momento experimentan; además, reciben poca o nula capacitación en relación a planificación y al manejo de la leche materna (Cassidy et al., 2018; Gopichandran et al., 2018). Al respecto, Cecilia comenta:

... ya me pasaron a piso y luego te ponen en unos cuartos donde están todas las mujeres que ya tuvieron a sus bebés. Eso a mí me mató, o sea, ver cuando llegaban los familiares y la emoción de conocerlo, todo eso a mí me dolió mucho, mucho me dolió. No, no, es una cosa y luego llegan, o sea, lo ven como un aborto, pero ya desde un aborto también ya duele, lo ven normal. ¡Ay! Parto óbito, porque así les llaman, parto óbito y parto óbito, parto óbito. Y no pues, es que ya, tómate esto para que no produzcas leche. Así, con esas palabras, sin explicaciones. (Cecilia, comunicación personal).

Aunado a estar en compañía de otras mujeres con sus hijos, las mujeres que sufren una MF no cuentan con algún tipo de identificación, lo que conlleva a fallos en el trato. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres (siete de ocho) recalcó que los profesionales de la salud no se percataron de su diagnóstico y en varias ocasiones llegaban a preguntar por su bebé:

Me subieron al cuarto, yo no quise que se quedara nadie conmigo y llegaba como cada cinco minutos a preguntarme una enfermera que si quería que me trajeran a mi bebé para darle pecho [llanto] oía llorar (al bebé) al de atrás y a la de enseguida y todo mundo con sus bebés y a mí ¡preguntándome que si me podían traer a mi bebé para darle pecho!, y yo, “¿que no saben?” o sea, ¿no hay una bitácora en la que diga “no la molesten ni nada”?[...] Entonces digo, no hay un protocolo, nada, puede llegar a ser muy cruel lo que hacen con las personas. (Fátima, comunicación personal).

Lo que se me quedó muy marcado era de los camilleros que uno entró y me dijo “¿Por qué no te he traído a tu bebé?” y yo pues con todo... “Lo perdí” le

dije y ya como que le cayó el veinte, no dijo ni perdón ni nada, nomás se fue. Y así, llegaban enfermeros también y “¿por qué no te han traído a tu bebé?” Fueron varias veces de que “lo perdí” [...] ah, hubo también uno que me dijo “¿qué tuviste? ¿niña o niño?” y yo “niña, pero se me fue”, o sea, como que no tienen escrito algo que diga “en esta cama está la fulanita que perdió a su bebé, no le vayan a preguntar nada indebido”. (Angélica, comunicación personal).

Es claro que la falta de espacios y protocolos imposibilita que las mujeres puedan transcurrir esta etapa en un espacio que brinde privacidad, sin embargo, existe otro elemento el cual está relacionado con las omisiones de los profesionales de la salud y de las personas que laboran en las instituciones, este problema va relacionado al generalizar los cuidados, generalizar que todas las mujeres en estas salas tienen a sus recién nacidos; el hecho de que las mujeres mencionen como uno de los elementos más lastimosos el haber estado contestando sobre su hijo supone una molestia añadida, que además deja entrever la poca visibilidad de estos casos, el no contar con alguna identificación y/o protocolo para no cometer estos errores nos revela una falta de interés por cuidar al integridad de las mujeres.

Al estar en hospitalización, por protocolo se debe de estar acompañado en todo momento por alguna mujer; por lo general, son las madres, abuelas de los bebés, o las tías las que acompañan. Aun cuando la mayoría de las mujeres explicitó que no tuvo comunicación directa con las otras personas de la sala, ciertas interacciones sucedieron, interacciones expresadas en comunicación no verbal o bien, explícitas como el siguiente caso:

Una señora sí se nos acercó, nos llevó a su bebé, que si la quería cargar, que era su nieta. Pues por supuesto, ¡yo no, no quiero! y estaba mi mamá conmigo y mi mamá muy molesta, pues prácticamente la corrió de ahí, ¿no?, porque yo

con las cortinas cerradas y ella se metió, le valió. Me dijo “sé que perdiste a tu bebé, ¿no quieres cargar a mi nietecita?” [...] Y yo, “no quiero” y mi mamá... “mire, señora, le estoy diciendo que no queremos”, le dijo “váyase de aquí por favor”. (Daniela, comunicación personal).

El hecho de que no existan lugares que brinden privacidad para las mujeres que sufren una MF habla de la invisibilidad que tienen estas pérdidas para los sistemas de salud. Las mujeres catalogan como “lo peor” de su estadía o “el tiro de gracia” el haber tenido que compartir espacio con mujeres y sus recién nacidos.

En otros países como Estados Unidos y Reino Unido (por mencionar algunos), ante una muerte fetal se siguen protocolos para realizar diversos estudios que permitan identificar la causa de la muerte, por ejemplo, autopsias al bebé, placenta, cordón umbilical y estudios genéticos. Ninguno de los testimonios expuestos tuvo a su alcance estas posibilidades, solo a Cecilia se le expuso la posibilidad de una autopsia, pero de manera particular. Estas omisiones son otro ejemplo de la poca importancia que se les otorga a las muertes fetales en estas instituciones de salud.

Cuando una madre está en hospitalización tras el nacimiento de un hijo, recibe orientación con relación a la lactancia materna; en los casos de muerte fetal, el cuerpo de la madre reacciona de igual manera: dependiendo de las semanas de gestación y también de cada mujer, la producción de leche se da o no, en mínima o gran cantidad. Es importante explicar a la madre la posibilidad de que su cuerpo produzca leche y las distintas maneras de controlarlo, ya sea por medicamento, medios naturales o extracción y donación de leche (Oladapo y Fawole, 2012; Umamanita y El Parto es Nuestro, 2016).

Los testimonios explican que, salvo dos mujeres que no produjeron leche, las otras seis lo sintieron como algo muy doloroso, sobre todo porque a algunas de ellas les llegó sin esperarlo. Las mujeres que estaban más cercanas del término del embarazo recibieron medicamento para “cortar la leche”, sin mayor explicación de lo que podría pasar. Al preguntarle a Hilda sobre la asesoría que recibió con relación a la producción de leche ella comenta que:

[Hilda:] Me dijeron que, que como toda mujer tenía mis glándulas mamarias y que me tomara las pastillas, que eso iba a hacer que se me seicara la leche, y que, en caso de calentura, que fuera. En caso de calentura.

[Entrevistadora:] ¿Y sí te funcionaron las pastillas? ¿O sí produjiste leche?

[Hilda:] Se me tiraba sola, haz de cuenta que se me llenaron demasiado, demasiado [...] las gotas de leche a chorros se me salían, mucho, mucho, mucho me salía.

[Entrevistadora:] Y ¿cómo te sentías por eso?

[Hilda:] Pues fatal, veía la leche escurrir y yo lloraba...

Ante esta situación, algunas mujeres pensaron en donar su leche, pero, al no tener asesoría ni los medios, desestimaron la posibilidad. Debido a la falta de atención, los cuidados se dieron en casa, es decir, las mujeres y sus familias buscaron alternativas a través de medios físicos como el vendaje de pechos, extracción de leche, uso de calor, té, uso de hojas de repollo o ungüentos de sábila para que cesara la producción. Para Fátima, el producir leche fue sorpresivo, ya que, debido a que su pérdida fue a las 23 semanas, nadie la asesoró ni se le brindó medicamento:

O sea, yo llegué a mi casa [...] como a los dos días después fue como que, ¿qué es esto? Me dolía el busto. Entonces no me acuerdo cómo fue que me di cuenta, pero se me hizo una de las cosas más fuertes que me han pasado; por supuesto que lloré, ¿cómo que estoy dando leche? ¡si esto es de ellos!; fue muy doloroso para mí darme cuenta que sí había dado leche, no me dijeron nada, yo no sabía [...] ¡no sabía yo que iba a dar leche!, por el hecho de haberlos perdido yo pensé que no iba a dar. (Fátima, comunicación personal).

El tema de la producción de leche dista mucho de ser un aspecto de atención física; no se trata solamente de aminorar molestias o prevenir una complicación: el producir leche materna tras una muerte fetal tiene un impacto significativo en el sentir de las mujeres, ya que se considera un constante recordatorio del fallecimiento del hijo; incluso una de las madres entrevistadas se refirió a la leche materna como “lágrimas blancas”. Ante este hecho, nuevamente entra en confrontación el habitus materno con la presencia de leche y la ausencia del hijo, pues llega a ser incomprensible para la mujer que su cuerpo no distinga la situación y, aunada a la falta de asesoría, la producción de leche viene a ser una de las partes más dolorosas del duelo.

En relación con la asesoría sobre métodos anticonceptivos, por protocolo las instituciones cuestionan a las mujeres sobre el método a utilizar posterior a cualquier parto. Ante una muerte fetal, esta asesoría queda a expensas del profesional de la salud a su cargo, es decir, los testimonios son variados: a algunas de las mujeres les preguntaron, a otras no, a una sin su consentimiento le colocaron el Dispositivo Intrauterino (DIU) y a dos les negaron

el realizarse una obstrucción tubárica²⁸. Esta falta en el consentimiento de las mujeres es lamentablemente común en las áreas de ginecoobstetricia; Calvo y colaboradores (2019) lo reportan como una de las maneras en las que se ejerce violencia obstétrica. Algunos testimonios tratan sobre esta experiencia:

[Entrevistadora:] Allí en el hospital, otra pregunta, ¿de la planificación familiar qué te dijeron?

[Brenda:] Me pusieron el dispositivo.

[Entrevistadora:] ¿Te lo pusieron ahí mismo?

[Brenda:] Sí, cuando estaba dormida.

[Entrevistadora:] ¿Ahí te preguntaron o te preguntaron antes o...?

[Brenda:] No sé si le preguntarían a mi mamá, no sé si le preguntarían a ella, porque a mí, no. Cuando yo desperté, ya después me dijeron que me iban a checar, que tenía que ir [...] Fui a que me revisaran lo del dispositivo, a eso fui. Pero no me acuerdo yo haber firmado, porque ya ves que te hacen muchas preguntas, pero es que, en ese momento, llega una enfermera y luego llega otro y llega otra y te preguntan lo mismo ¿cómo te llamas? ¿cuántos años tienes? ¿usas drogas? ¿fumas? y te preguntan lo mismo, no recuerdo haber firmado algún papel, no recuerdo que me hayan dicho algo de la planificación, de cómo cuidarme o algo. (Brenda, comunicación personal).

²⁸ La obstrucción tubárica es un método definitivo de planificación familiar. Consiste en el corte de las trompas de Falopio para evitar futuras concepciones.

[Cecilia:] Yo ya había dicho que me iba a operar, ya iba en la hoja que era para operación.

[Entrevistadora:] ¿Pero no quisieron?

[Cecilia:] No quisieron.

[Entrevistadora:] Y entonces ¿no te sugirieron algo?

[Cecilia:] Entraron [cuando estaba hospitalizada en sala común] y dijeron “¿quién se quiere operar?” dijeron, ahí entraron por el pasillo, luego después se me acercó un muchacho “¿y usted, mamá, se va a operar?”, “sí, sí quiero operarme” le digo, “a ver” y ya checó la carpeta y me dijo “no, usted no”. (Cecilia, comunicación personal).

Existe una clara violación a los derechos humanos de las mujeres, no solamente al invalidar su decisión, sino al utilizar su cuerpo sin su consentimiento. El colocar un dispositivo intrauterino y el no respetar la decisión de Cecilia confirman lo que otros autores previamente han evidenciado: en las áreas de salud reproductiva el saber médico hegemónico se antepone a los deseos de las mujeres (Castro y Eviti, 2015; Castro Vásquez y Salazar, 2000; Romo-Medrano, 2009). La actitud paternalista de decidir lo que los profesionales de la salud creen correcto para el caso se hace evidente y atropella la decisión y la dignidad de las mujeres madres.

7.5 “Siempre en el hospital, siempre hay ángeles”

Lo expuesto en este apartado revela la injusta situación a la que se enfrentan las mujeres que sufren una muerte fetal; instituciones y profesionales no están preparados

para atender estos casos de una manera adecuada. Afortunadamente, dentro de las narrativas se rescatan testimonios de ciertos profesionales de la salud y otros trabajadores que dieron un poco más de sí, lo que fue apreciado por las mujeres. Palabras de aliento y consuelo fueron expresadas principalmente por el personal de enfermería. Al igual que en otras situaciones que ejemplifican que depende de quién esté a cargo de la mujer el poder realizar o no ciertas actividades, en este caso es igual: al no haber protocolos que sugieran un manejo, el personal que mostró actitudes distintas fue, en algunos casos, por aspectos de su personalidad o experiencias propias. Tal es el caso de una enfermera quien a su vez perdió un nieto por muerte fetal:

[...] Entonces ella fue la que me cambió la bata, me cambió la sábana y medio me limpió, incluso se sentó conmigo a platicar “Sí yo sé que es muy duro, yo sé que es muy duro saber que tu hija no está viva, que yo sé que aquí es un escándalo” [...] De hecho, me dijo que su hija había perdido un bebé hacía poquito tiempo. Pues entonces dice “te entiendo porque yo pasé por ahí”. Entonces me dijo las palabras que necesitaba escuchar en ese momento. Yo digo que, por lo mismo, porque a su hija le pasó, entonces fue como que a lo mejor vio en mí a su hija en ese momento, me habló muy bien, me trató muy bien, pero luego se fue, pues porque andaba tomando los signos, entonces luego se fue. (Daniela, comunicación personal).

Los gestos amables no se reducen a palabras de aliento; algunas enfermeras y ginecólogas tuvieron otro tipo de atención, como el ayudar a mantener una comunicación con la familia (caso de Fátima) o respetando las creencias religiosas (caso de Elsa):

Ya vez que siempre en el hospital, siempre hay ángeles, te encuentras literales ángeles; había una muchacha que me atendía, la enfermera, de las poquitas que había, nos hacía como la travesura de mandarnos cartas mi esposo y yo. Mi esposo me escribía y me las mandaba y yo las leía y era como que chatear con él en los tiempos de antes de Cristo así, y era una bocanada de aire fresco cada carta [...] no recibí muchas, pero las que me llegaban eran maravillosas, y si llegaban cuando estaba muy crítica la cosa y yo estaba muy mal emocionalmente, me daban chance de vernos de lejos y ya los saludaba y ya agarraba yo más fuerza para durar más tiempo. (Fátima, comunicación personal).

El respetar la decisión de ver o no ver a su bebé, tener la amabilidad de hacer contacto con los familiares, acelerar los trámites para el alta (y con ello que las mujeres pudieran asistir al funeral y sepelio de sus hijos) y preguntar y platicar un poco con ellas fueron situaciones que las mujeres califican como satisfactorias; dentro de una situación fuerte y difícil, las madres agradecieron que, durante su estadía, algún profesional de la salud mostrara interés en ellas. Sin embargo, estas prácticas no deberían ocurrir solamente por la “suerte” de que las atienda algún profesional empático; es necesario respetar sus derechos: derecho a la información, a ser tratada con dignidad tanto en su persona como con el cuerpo del hijo, cuidar las necesidades físicas y también las emocionales, respetar creencias culturales y religiosas. De esta manera, se estará respetando su identidad como madres, y su habitus materno.

7.6 “Me hicieron sentir como que no valía nada mi hija”. Percepción de la atención recibida y violencia obstétrica

Los testimonios compartidos por las mujeres, si bien todos fueron distintos, convergen en no estar satisfechas con la atención recibida. En algunos, la violencia que sufrieron las mujeres es clara. Esta violencia se presentó por falta de comunicación y de privacidad, abandono, procedimientos injustificados, entre otros, lo cual atenta contra lo plasmado en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida sin Violencia, donde, aunque no se explicita la violencia obstétrica, se menciona que no se debe atentar física, psicológica o sexualmente contra las mujeres (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2012). Los testimonios relatados indican que el trato en las instituciones de salud va en contra de lo estipulado en los acuerdos internacionales y en la propia normativa mexicana (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1998; DOF, 2012; Convención de Belém Do Pará. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, 1994).

La violencia obstétrica no es un problema nuevo, desde hace años se ha documentado esta situación dentro de las instituciones de salud, las experiencias de las mujeres que sufren de MF no están exentas a esta problemática. La violencia obstétrica se puede definir como los actos que se ejercen por parte de los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta se revela principalmente en el trato deshumanizado durante la atención del embarazo, parto y puerperio. La violencia obstétrica se manifiesta con el maltrato que sufre la mujer dentro de las instituciones de salud al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2016).

El problema de violencia obstétrica es complejo y estructural, en parte la formación de los profesionales de la salud tiene injerencia en estas prácticas mediante el uso de castigos y jerarquías (Castro, 2014a); existen relaciones de poder entre los profesionales de la salud y las usuarias donde los primeros asumen una superioridad incuestionable fundamentada en el conocimiento científico y técnico (Campiglia, 2017; Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013; Valdez, Arenas, Rojas y Sánchez, 2018; Villanueva-Egan, 2010); accesibilidad y recursos limitados por parte de las instituciones de salud (Rouvier, González-Block, Sesia y Becerril-Montekio, 2013; Sachse, Sesia, Pintado y Lastra, 2012); este problema aunque se ha tratado (desde las instituciones de salud) como un problema gerencial, implica elementos de violación de derechos humanos y ciudadanía (Castro, 2008a), en ese sentido, las mujeres son tratadas como objetos y no como sujetos de derechos, lo cual se relaciona con la introyección del modelo médico hegemónico que confiere el poder y conocimiento al médico (Castro Vásquez y Salazar, 2000). En esta misma línea, se documentó este problema en varios estudios, enfocados en la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, que dejó patente las historias de vivencias de violencia institucional en la atención al parto (Castro Vásquez, 2015).

Como se ha mencionado en los apartados previos, la violencia obstétrica está presente en los casos de MF. Otro de los elementos que más causó inconformidad entre las mujeres fue el percibir, por una parte, que los profesionales de la salud que las atendían no estaban lo suficientemente preparados para atenderlas y, por otra, las actitudes frías e incluso inhumanas con la que eran tratadas. Daniela expone las dos situaciones:

Entonces me puso el ultrasonido abajo de la panza y se escuchaba el corazón, pero muy lejos, muy bajito, entonces dijo una de ellas, "ay, es que no sé si sea

tu corazón o el de la bebé". Es que me dice "no sé si sea la aorta o es tu bebé". Y yo pues "¿cómo no vas a saber?" "¡Espérate!" y le habló a otro "verás, chécala tú" y dijo "no, pues se escucha un corazón, pero pues no sé" y yo pues "¿cómo no vas a saber de quién es el corazón, si el mío o de la bebé?". (Comunicación personal).

[Al estar en la sala de labor] ... llegó uno de ellos y dijo "voy a checar a tu bebé" que no sé qué y la enfermera, una muchacha estaba sentada ahí, dijo "¡si no tiene bebé ella, está muerto!" pero desde allá gritó, entonces todas las que estaban en la sala se enteraron... (Daniela, comunicación personal).

El relato de Fátima visibiliza cómo, dentro de las instituciones, estas situaciones de crisis son tierra fértil para las prácticas deshumanizadas y violentas, procedimientos injustificados, actitudes frías e hirientes y falta de comunicación sobre el porqué de ciertas prácticas. La poca atención a las muertes fetales se refleja en su testimonio:

Haz de cuenta que me pusieron, mi cabeza estaba abajo y mis piernas estaban arriba, entonces trataron de detenerlo de esa manera, el parto. Entonces duré, así como siete días, casi siete días, no me pusieron sonda, así hacía pipí, pero del dos nunca hice. Así hacía pipí, cuando me llegaban a llevar el pato porque era muy raro, o sea, me reventaba, tenía una infección yo tenía que hacer pipí a cada ratito y no había quien me atendiera, o sea, no había alguien que me pasara algo donde hacer pipí. [...] Entonces me acuerdo que, cuando estaba en piso, llegaba mi hermana y me daba vergüenza porque todo ese tiempo no

me pude bañar, no me pudieron bañar, siete días sin bañarte, sin ir al baño, creo que comí dos veces, todo lo demás era por suero. Cuando me bajaban al cuartito, estaba aislada del mundo entero y me acuerdo que estaba, es una tontería, pero me acuerdo en el cuartito al que me metieron, apenas cabía la camilla, era así bien chiquito, es donde te meten para recuperación; entonces estaba una ventana así muy larga y las persianas estaban volteadas unas para acá y otra para allá, la otra no tenía y luego me pegaba la neurosis y me daban ganas de pararme y acomodarlas. Todo el tiempo que estuve ahí, estuve acomodándolas con mi mente y cuando llegaba una persona a verme, estaba tan sola y tan desesperada... [llanto] que no importaba si era el que barría, le sacaba platica porque estaba muy sola y estaba pasando un momento muy difícil [...] un día llegó un doctor y me dijo, “necesito que estés consciente que los vas a perder, o sea, necesito que tú sepas que los vas a perder; sabes que los vas a perder ¿verdad? Los vas a perder, ¿ok?” me dijo, “¿ok?”. Así, entonces se fue, y todas mis ilusiones y todo lo que había inventado, que me agarre del 1% que tenía de esperanza pues me lo pateó cuando llegó y me dijo eso, entonces me puse a llorar y llegó el que barría y me dijo... [llanto], “no llores, hija, ellos sienten todo, no les hagas eso” y ya no volví a llorar y pasé otros tres días más acomodando las cortinas. Estuvo muy difícil, aparte de perderlos, estuvo muy traumática mi estancia en el Seguro. (Fátima, comunicación personal).

En el relato de Fátima se identifican diversas acciones que atentaron contra su dignidad y la de sus hijos manifestados en falta de cuidados y violencia verbal y psicológica

en el trato. Es clara la manera en que las mujeres con hijos que fallecen en el vientre o bien, aquellos que no tienen probabilidades de sobrevivencia, son ignoradas o reciben menos atención, este hecho, además de ser sumamente traumático para ellas, supone una minimización de su pérdida y una desvalorización hacia los nonatos y hacia la identidad de madre de las mujeres (Cassidy, 2020); para nosotros, una desvalorización de su habitus materno.

Las mujeres, tras la atención recibida, no se sintieron satisfechas, sobre todo aquellas que identifican negligencia médica como causa de la muerte del hijo. Con relación a aspectos que deben de cambiar en las instituciones, las mujeres consideran prioritario el cuidado a la privacidad, la no exposición ante otras mujeres y contar con acompañamiento de algún tipo. Sobre todo, existe una demanda sentida al cuidado y respeto hacia sus hijos y su maternidad:

A mí me hubiera gustado estar aparte, porque creo que esa es una de las cosas que más me afectó. Una de las peores cosas que te puedo decir, no se lo deseo a nadie. Estar junto con las mamás que sus hijos están bien. Entonces, más que nada eso, más que nada eso. Y obviamente que se ahorraran sus comentarios. Más que nada siento que deben respetar tu duelo, es algo que siento que lo pisotearon demasiado ahí, entonces como que fue algo tan insignificante que pasó de largo. O sea, se murió, es equis... Yo sé que ellos ven muchas muertes y todo, pero a uno bueno, al menos a mí me hicieron sentir como que no valía nada mi hija. Como si fuera algo que se fuera a tirar a la basura, yo siento que el valor que ella tiene no se lo dieron ni a ella ni a mí incluso, ni a mis familiares. (Daniela, comunicación personal).

Otros elementos que las mujeres atinadamente sugieren como necesarios van dirigidos a la atención psicológica, seguimiento al aspecto emocional y mejoras en el tiempo y tipo de contacto con el bebé, así como la manera en la que se trata el cuerpo del hijo. En este último punto también exigen que los cuerpos, a pesar del peso, sean entregados a sus padres:

Yo siento que nosotros deberíamos de tener, de pérdida, un momento a solas con ellos [hijos], sí es cierto como dicen, es que ya no están, pero son parte de nosotros. Yo quería agarrarla, yo quería abrazarla, necesitaba mi momento con ella, a lo mejor dejarla ir, necesitaba eso. (Cecilia, comunicación personal).

Las mujeres identifican que la falta de interés en los casos de muerte fetal se debe a que los profesionales de la salud, al tratar tantos casos, llegan a ver la muerte de un bebé durante el embarazo como algo con poca o nula importancia:

Es que yo digo que ellos ya están acostumbrados pues [...] entonces no es como que ¡ah, te vamos a dar una atención especial porque, pobrecita, perdiste a tu bebé!, ¡no!, para ellos es de lo más normal [...] para ellos no es tan duro como cuando ya se muere un bebé que ya tiene tiempo y así, a lo mejor y ellos piensan que es un aborto, es, es, no sé, porque hay personas que sí lo piensan, que sí dicen “¡ay qué escándalo hizo por un bebé que nunca vio!, ¡con un bebé con el que nunca convivió!”, ¡he escuchado eso!... (Brenda, comunicación personal).

Recapitulando, la pregunta a la que se responde en este capítulo, ¿cómo viven y perciben la atención durante parto y posparto las mujeres con MF?, tiene como respuesta

que las experiencias y percepciones de las mujeres sobre su atención brindan un panorama que indica que las instituciones de salud no están preparadas para atender los casos de muerte fetal de la manera adecuada; aunado a eso, las actitudes y tratos percibidos distan de ser apropiados. La violencia obstétrica se encontró en todos los testimonios, manifestada de diferentes formas: violencia verbal al dirigirse hacia las mujeres o sus hijos de manera inadecuada, violencia estructural al no contar con la infraestructura específica que les permita cursar esta dura situación con privacidad y acompañamiento, violencia hacia su dignidad y la dignidad de sus hijos al no respetar y gestionar los momentos para su encuentro y al no entregar los cuerpos de los hijos solo por unos gramos de peso. El “tiro de gracia”, como informó Cecilia, fue el haber estado hospitalizadas en salas comunes donde cohabitaron con otras mujeres y sus recién nacidos; el ver a estos bebés y escuchar su llanto fue uno de los momentos más dolorosos de su estancia hospitalaria. El no contar con una identificación expone a las mujeres a que, de manera constante, se les cuestione sobre el paradero de sus hijos. En términos generales, esto nos indica que ni la institución ni los profesionales de la salud se encuentran capacitados ni preparados para atenderlas. Su identidad como madres de los hijos fallecidos no es tomada en cuenta, al menos las mujeres no lo perciben así. Reafirmamos una vez más como el habitus materno, construido y reforzado, llega a un punto de inflexión, una histéresis, donde su dignidad como personas y como madres se trastoca y se violenta, y, como se verá en el capítulo 9 y 10, esta atención impacta en la etapa posterior.

Capítulo 8.- Atención en muerte fetal desde la perspectiva de los profesionales de la salud

... en el embarazo siento que no te preparan para mudar de piel y ante una muerte fetal todo ese castillo se cae, imagínate sin bebé, una cesárea que duele, que sangras, que estabas esperando... un proyecto tan importante como es un bebé y que de repente te vayas a tu cuarto vacío, a recoger todo, para mí eso se me hace catastrófico y digo yo no lo he vivido en carne propia, pero se me hace como insuperable, como que se aprende a vivir con, pero nunca deja de dolerte

Valeria (ginecóloga)

Los profesionales de la salud incluidos en el estudio pertenecen al área de enfermería y de medicina ginecoobstétrica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 licenciados en enfermería (siete mujeres y tres hombres) y a tres médicos con especialidad en ginecoobstetricia (dos mujeres y un hombre). El personal trabaja o trabajó en alguno de los hospitales HIMES e IMSS. En el caso de los ginecólogos, la formación de los tres fue en el Hospital Integral de la Mujer y dos de ellos, posteriormente, empezaron a trabajar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En este capítulo se presenta cómo viven y significan la MF los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres. Como se presenta en las siguientes páginas, la percepción y las experiencias de los profesionales de la salud nos permiten ver otro aspecto o faceta en cuanto a la atención de las muertes fetales. Todos los entrevistados aseguraron

que el trabajar en estas situaciones supone un reto duro para ellos; no les es fácil atender a estas mujeres y consideran, en términos generales, que los recursos, infraestructura y capacitación con los que cuentan son nulos o insuficientes, lo cual impacta en la atención brindada. Ante la falta de capacitación las experiencias personales y la intuición sirven de guía para la atención.

8.1 “Es difícil trabajar con estas mujeres, duele”

En este apartado se refiere toda la narrativa relacionada con las expresiones de lo que significa trabajar con una mujer con MF. Los profesionales de la salud entrevistados fueron consistentes en relación a que, tras una situación de este tipo, ellos experimentan sentimientos de suma tristeza, impotencia, enojo, coraje, dolor, ansiedad, desesperación y también empatía. El atender a mujeres y sus familias llega a generar frustración, ya que las MF llegan a verse como una falla en la medicina (Dias dos Santos et al., 2004). Néstor²⁹ (enfermero) y Tania³⁰ (ginecóloga) comentan como estas situaciones, sobre todo en la formación o cuando empiezan a trabajar, llegan a ser sumamente complejas:

[En sus primeros días de trabajo, antes de entrar a una cesárea] Ajá, me preguntaron si quería entrar [a la cesárea], porque me estaban enseñando apenas y entonces dije “¡yo voy a entrar!” y me pegué contra la pared, porque pues mi primera experiencia en el quirófano y luego que era un óbito fetal entonces fue algo muy triste la verdad, fue algo muy triste porque como

²⁹ Enfermero, 34 años, trabajador en el HIMES.

³⁰ Ginecóloga, 39 años, trabajadora en el HIMES.

enfermero no te enseñan a entregar un bebé muerto. Entonces no sé, eso no se aprende en ninguna parte. Es un dolor muy fuerte para, creo que para toda la enfermería porque en el momento que ves a la mamá, que es un bebé a término y entregárselo y que no se lo lleve a su casa es algo muy triste. (Néstor, comunicación personal).

Sí, ¡yo he llorado!; tengo mis pacientes que recuerdo claramente que los he llorado, o sea, los he llorado y los recuerdo por años, pero eso depende mucho de cada quien. Mira, en la residencia era tantísimo el trabajo y ahorita yo lo veo retrospectivamente y dices tú... con ganas de volver a hacerlo, con ganas de volver a pasar por ahí y hacerlo con esta nueva visión que tengo, no te voy a decir que era insensible, noo, lloraba y hubo una cesárea en particular que no pude hacer, o sea, no pude sacar al bebé y el doctor R. me tuvo que ayudar, o sea, de que era un paciente óbito y yo estaba de que se me salían y se me salían las lágrimas y no veía y no podía, o sea, le tuve que hablar al adscrito que por favor viniera a ayudarme porque yo no podía, porque platique con la paciente, porque me acerque con ella... (Tania, comunicación personal).

Una de las razones por las cuales les resulta difícil trabajar en estos casos es por no sentirse preparados para poder atender a las mujeres. La falta de capacitación en el tema es una constante en las investigaciones que recuperan las experiencias de los profesionales de la salud. En las escuelas formadoras es común enfocarse en el aspecto físico, omitiendo lo psicoemocional (Fenwick et al., 2007; Jonas-Simpson et al., 2013; Martos-

López et al., 2016; McCreight, 2005; Roehrs et al., 2008). Ante esta situación, la evasión o el contacto mínimo con la mujer son estrategias que adoptan algunos de estos profesionales:

Realmente como no sabes, o sea, como nadie... No estoy, no estaba preparada para atender esos casos, yo llegaba, saludaba lo más amable que pudiera y checaba por ejemplo signos y si veía que estaba llorando pues nada más medio le daba una palmadita y “tranquila todo va a estar bien”, pero yo tratar de irme lo más rápido que pudiera pues, porque no sabía qué más decir y todo el proceso es así. Y yo veía que también mis compañeros, pero sobre todo yo es así de llegar y lo menos que... ósea ser lo más sensible que se pudiera, pero lo más pronto quitarme de ahí. (Inés³¹, comunicación personal).

[Valeria³²:] Nunca me capacitaron, en el área de ginecología y obstetricia jamás se nos dijo qué decir en un duelo, qué hacer, cómo le vamos a hacer, jamás se nos estableció un protocolo a seguir o una línea de acción, o sea, nosotros estamos acostumbrados a seguir protocolos para todas las enfermedades, hay guías para todo y para duelo perinatal no veíamos ninguna guía, ¿qué hacer? ¿qué sigue?, ¿qué le vamos a decir?, nada

[Entrevistadora:] ¿Por qué crees que ese tema esté en el olvido?

[Valeria:] Creo que como que no se ha puesto en la mira ni se ha impulsado desde abajo, como desde estudios de investigación de residentes ni nada de eso, no se le toma, yo también creo que en la especialidad, o sea, en los

³¹ Enfermera, 43 años, trabajadora en HIMES.

³² Ginecóloga, 39 años, trabajadora de HIMES e IMSS.

hospitales de salud pública ves tantos pacientes que no ves el componente psicoemocional de las embarazadas, entonces nada más te dedicas a ver el cuerpo, a ver su organismo, su fisiología, a ver cómo funciona, pero la parte psicoemocional de las personas se va dejando a un lado durante toda la carrera y también en tu práctica profesional, es un tema que se va helando cada vez más y más y más, entonces es muy difícil tener la sensibilidad o tener el despertar este de cómo una maternidad puede cambiarle la vida a una mujer, es muy complicado entender ese punto. (Valeria, comunicación personal).

Valeria explica como dentro de la formación y en la educación continua estos temas permanecen en el olvido, y señala que tiene relación con una formación dirigida a lo físico, a lo técnico; por lo tanto, el atender estos casos se torna complejo porque es difícil separar lo físico de lo emocional. Oviedo-Soto (2009) hace el mismo señalamiento al apuntar que las MF obligan a los PS a ver el área afectiva, lo cual puede generar dificultad en la atención.

Además de la falta de capacitación, las limitantes en cuanto a infraestructura fueron señaladas. Al no contar con áreas específicas que les permitan a las mujeres tener privacidad, los enfermeros y médicos tratan de colocarlas lo más separadas posibles del resto de las pacientes:

[...] Ya cuando están en la recuperación sí tratamos de alejarlas un poquito de donde hay bebés, hasta el rincón donde pueda llorar sola, donde nadie la vea que está llorando. Y si estoy en la recuperación y me toca un caso así, sí trato de no nada más visitar a las puras que tienen bebés, también trato de siempre

acercarme a esa paciente que tuvo un óbito, bueno para hacerle ver que también me importa. (Néstor, comunicación personal).

Aunque no en todos los testimonios, Sandra³³ resalta que a las mujeres con MF, tras el nacimiento del hijo, se sedan para que “no estén incómodas”. Valeria (ginecóloga) expone la contraparte al referir que no está de acuerdo con la sedación. En tanto no exista una guía de atención y estas decisiones queden a expensas de los profesionales de la salud, este tipo de tratos diferenciados seguirán ocurriendo:

[...] Cuando ya nace el bebé se seda un poquito a la mamá, para poder tomar la somatometría del bebé y que la mamá no esté incómoda, se seda con propofol³⁴, y después se deja un rato en recuperación. (Sandra, comunicación personal).

Yo normalmente trato que viva toda la experiencia de parto, esa es una cuestión del anestesiólogo, a mí no me gusta que interrumpan esos procesos naturales de percepción porque también se da para malos entendidos, o sea, y la paciente yo creo que tiene el derecho de estar consciente en su parto en todo momento. (Valeria, comunicación personal).

La sedación a las madres es una práctica que no esperábamos encontrar. Esta práctica se encuentra en desuso desde los años 80 cuando se encontró que el sedar y hacer como si nada hubiera ocurrido suponía un daño mayor a las mujeres. Ahora bien, esto nos lleva a cuestionar ¿en verdad se pretende no incomodar a la mujer? ¿o es el profesional de la

³³ Enfermera, 31 años, trabajadora en IMSS.

³⁴ El propofol es un medicamento anestésico de acción rápida, se administra de manera intravenosa logrando un efecto sedante en aproximadamente 30 segundos.

salud el que no quiere vivenciar y ser testigo de ese momento y las reacciones de la mujer ante la pérdida del hijo? Ninguna de las mujeres refirió haber sido informada sobre la administración de estos medicamentos, lo cual nuevamente refleja una violación a sus derechos.

Ante la creencia popular de que los hombres son más fuertes emocionalmente y frente a la dificultad que presenta para algunas enfermeras atender a una mujer con MF, se encontraron testimonios que explican cómo el personal de salud femenino recurre al auxilio de sus compañeros hombres o bien, de enfermeras que aún no son madres para atender a las mujeres, ya que consideran que ellos pueden trabajar con ellas sin sentir dolor:

[Lucía³⁵]: No me gusta todavía agarrar a los bebés y pesarlos, no me gusta, a los bebés que fallecen pues, a los óbitos, no me gusta. Y luego menos así cuando están todos lacerados, que tienen muchos días de fallecidos, ¡no, todavía no, no puedo!, sí lo hago, pero con una compañera, no lo puedo hacer sola, siempre les pido ayuda yo, si a mí me toca, yo siempre les pido ayuda o les digo “hazlo tú, yo no lo puedo hacer”.

[Entrevistadora:] ¿Y sí lo hacen?

[Lucía:] Sí lo hacen [...] los hombres son más así, son más fríos en ese sentido para agarrar al bebé. (Lucía, comunicación personal).

Los testimonios de enfermeros confirman esta situación; sin embargo, mencionan que para ellos no les es fácil y que les duele igual que a cualquier persona:

[Néstor:] [...] Me dicen... enfermero ayúdame y yo ¡no, hazlo tú!

³⁵ Enfermera, 30 años, trabajadora del HIMES.

[Entrevistadora:] ¿Compañeras o compañeros?

[Néstor:] Mayormente son compañeras

[Entrevistadora:] ¿Por qué crees que te piden ayuda?

[Néstor:] Quizá porque soy hombre y creen que no sé, creen que no siento, no sé. De verdad, o sea, me ha tocado "es que yo también siento" les digo, no, "¡hazlo tú!, ¡tú también puedes!". (Néstor, comunicación personal).

Sí, en muchos casos. La mayoría de la gente, compañeras, es porque están pasando por un proceso de embarazo, no quieren ver algo que posiblemente les pueda pasar a ellas también. Otro porque tienen niños ya y como que no se sienten muy bien, o ya pasaron por un proceso de un aborto o un óbito [...] Entonces, es como que, "¡ay! ¡yo no la quiero tratar, hazme el favor". (Pablo³⁶, comunicación personal).

El género, es decir, el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres se ejemplifica claramente en los testimonios previos. La idea cultural y social de que los hombres son más fríos y menos sensibles y, a la inversa, que las mujeres son más emocionales se deja ver en el hecho de que, ante un caso de una muerte fetal, se pida que enfermeros sean los que ayuden o atiendan a estas mujeres y sobre todo que le brinden los cuidados particulares al cuerpo de los hijos. Ante ello, los enfermeros entrevistados justifican que, salvo casos donde conocen que la compañera enfermera este

³⁶ Enfermero, 38 años, trabajador del IMSS.

embarazada o haya experimentado una muerte fetal, esta petición tiene fundamento y aclaran que, para ellos, también es doloroso brindar cuidados.

Las muertes fetales, sobre todo las que ocurren durante el trabajo de parto, conllevan una carga emocional añadida ya que el sentimiento de culpa está presente con mayor fuerza en los PS. Valeria comenta cómo, para los obstetras, estas situaciones se tornan complicadas, ya que son tragedias donde “no puedes entregar el paquete bien”

[...] La mayoría que me ha tocado han sido pacientes que ya vienen los bebés con un diagnóstico de óbito, que en cierta parte es como más fácil dar la cara, pero cuando se te obita en el trabajo de parto, es lo más complicado y lo más difícil que te pueda pasar como ginecoobstetra; para nosotros es una tragedia, se vive el duelo, no sabes dónde meter la cabeza, no sabes si es vergüenza, si es pena, yo decía... yo tuve un óbito en un trabajo de parto, un día que estaba llenísimo el seguro, un chorro de trabajo, de hecho mi hora de salida es a las dos de la tarde y salí a las tres y media de tanto trabajo que hubo, me atoré, bueno todos nos estábamos moviendo demasiado y hubo ahí un lapso de tiempo que pues no se revisaron los corazoncitos porque no hubo quien, en serio literal estaba esto sobrepasado de pacientes, entonces era el primer bebé de esta paciente y pues ya me había ido yo a mi casa y me llaman y dicen “¿sabes qué? no encontramos el foco en esta paciente y pues regrésate”, o sea, yo era la médica encargada y pues estaba en un mar de llanto yo también, o sea, súper difícil ir a hablar con el familiar, o sea, no sabes qué acción van a tomar contra ti [...] Pero sí es como muy doloroso, al menos para mí es lo más doloroso que me puede pasar como obstetra, porque no puedes entregar el

paquete bien y porque yo sé que no nada más lo espera la mamá, lo espera el papá, los abuelitos, tíos, primos, amigos, amigas y yo me imaginaba siempre cómo eso, hídole, voy a llegar a levantar el cuarto del bebé vacío, a explicarle a los hermanitos que no va a haber hermanito... (Valeria, comunicación personal).

Un elemento importante que el testimonio previo deja ver va en relación al temor de la reacción de los familiares o de las mujeres. Al mencionar “no sabes qué acción van a tomar contra ti” se denota el miedo al enfrentarse a una probable acusación por negligencia médica, es por ello que, en varias ocasiones, dentro de las entrevistas se menciona la importancia de explicar procedimientos por el hecho de no crear “malos entendidos”.

En cierto sentido, Valeria refiere cómo las muertes fetales suponen una falla en la medicina. La falta de apoyo institucional, la ausencia de protocolos, la limitación de insumos, recursos humanos e infraestructura en un ambiente hospitalario saturado, intensifica los sentimientos de frustración e impotencia por parte de los PS (Fenwick et al., 2007; Lemos et al., 2015; Petrites et al., 2016; Willis, 2019): “los sentimientos son de tristeza básicamente y depende la situación, porque si es un óbito preparto de 35, 36 [semanas de gestación]... ya cuando es intraparto hasta enojo, frustración e impotencia cuando no tienes los recursos necesarios” (Andrés ³⁷, comunicación personal).

Otra faceta dentro de la atención resalta al escuchar que, dentro de lo difícil que resulta el atender a las mujeres, los PS también refieren que el brindar cuidado a una mujer con MF es muy significativo e importante y, dentro de lo triste de la situación, es una satisfacción poder ayudar a las mujeres madres:

³⁷ Ginecólogo, 33 años, trabajador en el HIMES e IMSS.

Sí, sí me gusta atenderlas porque... me gusta porque siento que no soy una mala enfermera. O sea, que, sí siento que, sí puedo con ese tipo de pacientes, entonces no les sacaría la vuelta, nunca. A mí se me hace, ese tipo de pacientes es como si tuvieras un paciente con un cáncer, el tipo de atención que tienes que darle, es un duelo para para la paciente y para los familiares. (Karla³⁸, comunicación personal).

Los enfermeros explican que existen ciertos procedimientos y cuidados que brindan y que consideran poco adecuados o atinados, pero que lo tienen que hacer ya sea por falta de otros recursos o bien, por indicación médica. Ejemplo de ello es el tema del acompañamiento: todos estuvieron de acuerdo en que, particularmente en estos casos, la mujer debería de estar acompañada; sin embargo, por las características y por los protocolos que prevalecen en la institución esto no es posible y ellos ven esto como algo que genera un estrés añadido a la situación. Otro caso que ejemplifica este sentir es con relación a los cuidados brindados al cuerpo del bebé: aun con miedo y algunas limitantes, todos (excepto una) señalaron que consideran importante que las madres conozcan a estos bebés y que, ellos muchas veces propician estos encuentros.

Otra problemática relacionada con la falta de protocolos va en relación con la omisión de ciertos procedimientos y/o asesorías; por ejemplo, existe una falta de orientación a las mujeres en cuanto a los cuidados posteriores relacionados con la leche materna, planificación familiar, duelo y asesoría psicológica. Al cuestionar a los PS sobre el tipo de asesoría que brindaban con relación a estos temas, fue común encontrar que no existe una figura específica que los realice.

³⁸ Enfermera, 30 años, trabajador en el HIMES.

Una variable que resultó tener influencia directa con la manera en la que se brinda atención fue el hecho de que los profesionales de la salud hubieran experimentado una pérdida del embarazo de manera personal o de sus parejas en el caso de los hombres. De los trece profesionales de la salud entrevistados, seis afirmaron haber sufrido una pérdida en el embarazo, dos de ellas por muerte fetal y cuatro más por pérdidas en el primer trimestre. Todos los PS afirmaron que sus pérdidas marcaron de manera importante la forma en la que, a partir de ese momento, brindan cuidado a las mujeres. Si bien ninguna de las madres entrevistadas afirmó que los profesionales de salud que la atendieron hubieran sufrido una MF de manera personal, Daniela compartió cómo una enfermera que había perdido a su nieto en una situación similar la trató con cariño y empatía:

Entonces ella fue la que me cambió la bata, me cambió la sábana y medio me limpió, incluso se sentó conmigo a platicar “Sí yo sé que es muy duro, yo sé que es muy duro saber que tu hija no está viva, que yo sé que aquí es un escándalo” [...] De hecho, me dijo que su hija había perdido un bebé hacía poquito tiempo (Daniela, comunicación personal).

Debido a la falta de capacitación en el tema, los PS tienen que “aprenden” a tratar estos casos por medio de su intuición o, como en estos casos, por su experiencia (Chan et al., 2005; Hernández et al., 2017; McCreight, 2005). Julieta³⁹ y Tania han perdido un embarazo en etapa avanzada. La primera era enfermera y la segunda, ginecóloga; ambas comentan como perciben un cambio en la manera en que brindan cuidado a partir de su experiencia:

³⁹ Enfermera, 41 años, trabajadora en el HIMES.

[...] La verdad que yo en el momento en el que me pasó eso, ¡en la torre! Oías a un bebé llorar y sentías algo bien feo, pues yo me doy cuenta con las pacientes también, digo ¡ah! ¡qué gacho!, por eso cuando se tiene la posibilidad en el hospital de poderlas poner en un lugar apartado de las personas sí se hace, pero a veces que no se puede, es imposible... (Julieta, comunicación personal).

Yo fui agarrando esta como sensibilidad por así decirlo, después de lo que me ha pasado a mí, no te voy a decir que era insensible, ¡noo!, sí me dolía, pero yo nunca lloré por una paciente antes, ahora llego a mi casa, de cuatro a cinco años para acá puedo llegar a casa con mi marido y decirle "se murió un bebé" y me afecta, pero antes... mmm se murió un bebé, no de que ¡Ah equis!, ¡no!, era como de que "bien feo se murió un bebé, pero pues ni modo". Pero ahora siento que de verdad me afecta y de verdad me preocupo por los papás y he llorado en la consulta y siento que no está bien. O sea, he llorado en una consulta con un paciente al decirle "yo ya estuve ahí, sé lo que estás sintiendo, ahorita no te pido nada de relájate nooo" o sea, yo, yo con lágrimas cuando se muere un bebé y siento que eso no sé si está bien o mal. (Tania, comunicación personal).

El experimentar una muerte fetal obliga a los PS a darse cuenta de lo inadecuado que llegan a ser los tratos dentro de los nosocomios, e incluso, identifican los grandes vacíos en cuanto a su formación, Tania (ginecóloga) quien tiene historia de varias pérdidas en distintos momentos de la gestación refiere una de ellas como "tuve un huevo

muerto retenido”; este término es utilizado dentro de los hospitales para referirse a aquellos abortos que, se quedan dentro del útero y tienen que ser removidos a través de un legrado. Este término, es referido dentro de las investigaciones de Romo-Medrano (2009) donde hace alusión a lo duro y ofensivo que llega a ser para las mujeres escuchar que se refieran a sus embarazos de esa manera. Esto permite ver cómo la formación se interioriza y no es hasta una crisis cuando podemos percibir e identificar sus fallas y omisiones:

Mi experiencia como paciente de aborto fue difícil, aun teniendo a una amiga ginecóloga, mi mejor amiga, mi comadre, nunca hubo un "cálmate mijita", no, no, no, todo es médico. O sea, misoprostol, sangrado, dolor, infección, pero nunca en el área emocional pues, o sea, aun siendo yo ginecóloga, mi papá siendo ginecólogo también, me habla y me dice ¿qué paso? ¿ya estas sangrando? ¿te pusiste las pastillas? O sea, yo no necesito un ginecólogo, ¿yo necesito a mi papá!, ¿cómo estás, mijita?, ¿cómo te sientes?, ¿no? y hasta la fecha todos son ginecólogos, cuando me hablan, todo mi círculo me habla como ginecólogo, o sea, no me hablan como paciente pues y yo siento que de todas maneras uno como ginecólogo les habla a sus pacientes como ginecólogo, ¿sí me entiendes? o sea, esa parte emocional está muy, muy, muy vetada. O sea, nos enseñan "no te enganches, no llores" esto pasa y ni modo y como paciente a veces necesitas... o será que yo, mis ginecólogos yo los conozco de manera más personal y espero otra cosa. (Tania, comunicación personal).

Desde su formación, los profesionales de la salud se enfocan principalmente a los aspectos biomédicos, físicos, técnicos. Como Roberto Castro explica, los años de

formación como especialista sirven para reforzar esos conocimientos, además de que, al estar dentro de un sistema con marcadas jerarquías, puestos y castigos, la esfera psicoemocional de la atención a cualquier mujer (no solamente en los casos de muerte fetal) queda relegada e incluso violentada. Ahora bien, ante una muerte fetal se enfrentan a una situación que les genera molestia, inconformidad, frustración; se enfrentan a la muerte traslapada sobre la vida, que rompe con lo esperado. Aunado a eso, la falta de capacitación, protocolos, espacios, etc. crea un ambiente propicio para manifestar estos testimonios ambivalentes, donde, por un lado, los PS manifiestan dolor y desgaste emocional al tratar a las mujeres y, por otro lado, se aprecia en la narrativa que existen actitudes que culpabilizan a la mujer, la consideran un ente pasivo y dirigen su atención a controlar la situación biomédica, es decir extraer el cuerpo fallecido del bebé y no tratarlo como un nacimiento.

8.2 “Son casos que, en teoría, no deben pasar”. Entonces, ¿qué pasó?

Las causas relacionadas con patologías son las más referidas por los profesionales de la salud ante los casos de MF, patologías como infecciones, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, problemas hormonales y edad avanzada de la mujer. Sin embargo, fueron varios los testimonios donde se deja entrever cómo, en ocasiones, la percepción de la causa según los PS dista de ser un problema biomédico. En este sentido identifican las omisiones y falta de cuidado de las mujeres como el detonante para que se diera la MF, llegando a culpabilizar a las mujeres (Canevari, 2011):

[...] Impotencia porque a veces, de que a veces que yo sí digo ¡ah!, o sea, ¡a las pacientes se les dice todos los datos de alarma todo, todo, todo! y sí me ha tocado de que yo de decir ¿por qué viene hasta ahorita?, ¡si su bebé se dejó de mover a las ocho de la mañana y en la noche van pues! Sí me ha tocado a mí, entonces digo: ¡ah! ¡qué coraje! ¡qué impotencia! (Karla, comunicación personal).

La culpa entonces es dirigida principalmente hacia la falta de cuidados durante el embarazo. Balandra (2018) y Romo-Medrano (2009) dan cuenta de cómo, tras una muerte fetal, las voces de las mujeres son minimizadas y llegan a ser señaladas como las culpables de la muerte de los hijos. Si bien, los PS mencionaron nunca haber culpabilizado de manera directa a una mujer, las palabras de Lucía y Néstor, revelan un trasfondo donde identifican factores propios de las mujeres como los causantes de que ocurran estas pérdidas:

Sí, pero también lo que le digo ¡las fiestas! y ahí son muchachitas que no tienen, o sea, que dices tú ¡se fue a la playa esta y por eso se le obitó el bebé! y tú nomás con verla ya sabes que se fue a la playa y le valió pues el bebé, que tú dices: chamaquita de 17 años en la Semana Santa, ya vino después pasando la Semana Santa, luego, luego, cuando pasó la Semana Santa pues el lunes llegó con el bebé obitado, por ejemplo, ¿cuánto tiempo tiene sin moverse tu bebé? “como dos horas” ¡Mentiras pues!, o sea, no lo sentía desde cuándo... (Lucía, comunicación personal).

Pues me han tocado muchos del poblado. Creo que sería el aspecto económico, o sea, el nivel socioeconómico, la raza, porque llegan muchas personas que

son de etnia y son de raza morenita-negra así, entonces el nivel educativo porque pues no es lo mismo que llegue una paciente que tuvo mucha información sobre las consultas, o sea, no es nada más embarazarte... (Néstor, comunicación personal).

El tener alguna adicción, pertenecer a una etnia o venir de lugares marginados son asociados a las MF, sobre todo porque, según la percepción de los profesionales de la salud, estas situaciones se asocian a bajo nivel económico y educativo, lo cual la convierte a las mujeres en estas situaciones en irresponsables e ignorantes de su cuidado, estas actitudes discriminan a las mujeres ya que, los profesionales de la salud generalizan que una persona con estas características es ignorante e irresponsable.

Aunque no de manera explícita, dentro de las narrativas se deja entrever que existe una creencia sobre la poca capacidad de decisión y de actuar de las mujeres y sus familias en estas situaciones; por ejemplo, el decidir si el bebé fallecido nace por vía vaginal o abdominal es una decisión estrictamente médica, al cuestionar sobre si la madre puede tomar esa decisión, se encontró una respuesta sorpresiva, al encontrar que no lo consideran posible, ya que, por la situación, la mujer no está en condiciones de hacerlo. Las respuestas se dirigieron a dar razones biomédicas sobre el estado físico y emocional de las mujeres y que esa decisión recae en el ginecólogo, anteponiendo nuevamente el saber médico sobre la mujer, el cual está dirigido a controlar (Belli, 2013; Romo-Medrano, 2009). Aun cuando la mayoría percibe que la mujer no puede decidir su tratamiento, se muestran sorprendidos a que casi todos los nacimientos tengan que ser por vía vaginal.

Hay pacientes que, si están capacitadas, pero la mayoría no. Hay mucha ignorancia, entonces también uno como especialista tienes que cuidarte legalmente. (Tania, comunicación personal).

[Entrevistadora:] ¿Crees que sería posible que la mujer decida la vía de nacimiento?

[Andrés:] Sí se puede, pero en la institución tienes que remar contra la corriente, contra el que "no, es que aquí no se hace así, doctor", pero pues no es como se haga o como se venga haciendo sino lo mejor para la paciente. Yo soy de la idea de que el médico no es el que decide, la que decide es la paciente. Ahí en la institución depende del médico que le toque, si le toca uno más abierto y le dice "no quiero sufrir doctor, yo quiero que lo saque ya", a lo mejor hay un médico que diga "ok, sí te opero". Pero todo es bajo una explicación, o sea, no es nomás tomar medidas de que opéreme ok sí, sí te opero, no, hay que darle la explicación de que la cesárea también es un riesgo, tiene sus complicaciones durante la cesárea y a futuro, es mejor un parto también con los posibles riesgos que puede llevar un parto, ¿verdad? (Andrés, comunicación personal):

Este apartado permite ver con más claridad la ambigüedad en cuanto a la actuación de algunos PS. Como se mencionó, al tratar a las mujeres con MF los PS refieren dolor, coraje, frustración; sin embargo, para algunos de ellos, existe un trasfondo donde la mujer y su falta de cuidados son la razón por la cual ocurren estas tragedias. Aunado a eso, el manifestar que no son capaces de tomar decisiones sobre su cuidado solo confirma cómo

el cuerpo de la mujer en estos espacios es violentado por ser considerado inferior al conocimiento y saber médico. No todos los profesionales de la salud manifestaron estas percepciones, existen PS que sí creen que la mujer es capaz de tomar decisiones, solo aclaran que deben ser decisiones informadas.

8.3 ¿Violencia? La otra mirada

Los testimonios de las mujeres, expuestos en el capítulo anterior, dejan ver situaciones de violencia en el trato; no obstante, es complejo identificar estas situaciones como violaciones cuando el informante es el profesional de la salud. Al cuestionarles si han sido testigos de que alguien del equipo de salud actuó de forma inapropiada o grosera con una mujer con MF, todos respondieron que no. Sin embargo, dentro de la narrativa podemos encontrar escenarios donde, al hablar de otros actores del equipo de salud, surgen situaciones que pudiesen suponer una violación para las mujeres. Ejemplos de lo anterior lo expresan Inés y Karla (enfermeras) quienes develan como la comunicación del diagnóstico no se da en las mejores condiciones ni de la mejor manera:

Pues si ya venían diagnosticadas esas sí, pero las que se les daba el diagnóstico ahí, sí era allí delante de todo mundo. (Inés, comunicación personal).

Sí, muchas veces ya sea el ginecólogo no tiene el tacto. Muchas veces nosotras también las enfermeras no tenemos eso, o sea la forma, la manera de decir las cosas no sé si porque nos valga o decir “es una paciente, no es nada mío”, no sé. (Sandra, comunicación personal).

Las características propias de la mujer como su edad, nivel socioeconómico, entre otros, las vuelven más susceptibles a recibir tratos duros por parte de algunos profesionistas de la salud:

[Entrevistadora:] ¿A ti se te hace que es adecuada la comunicación que existe entre los médicos y las mujeres?

[Lucía:] Pues, sí, como le digo, en veces sí en veces no, depende de la situación. Por ejemplo, si son menores de edad los médicos tienden a cizañarse con ellas, como que les echan la culpa, “fue tu culpa”, “mira la edad que tienes”, como todo pues, entonces, ahí eso no pues no, no, me gusta a mí, por ejemplo, cuando también tienen 14 años, ¿no te vas a cuidar con nada? pues ya te pusimos el DIU y firma aquí porque tu papá dijo que te lo pusiéramos, son muchas cosas, depende de la situación. Hay médicos muy buenos y hay médicos que son cabrones.

Pablo expone una idea interesante: él explica que, si bien en las instituciones las mujeres no son maltratadas, los casos de MF sufren de indiferencia por parte del equipo de salud y, como menciona, una indiferencia es una violencia:

La verdad, maltrato no, es una indiferencia que igual se puede decir es una violencia, porque a final de cuentas es una paciente, darle el trato que merece. Y la indiferencia, sí siento medio feo, pero pues yo también digo ahorita ¿qué más podemos hacer?... (Pablo, comunicación personal).

El trato descuidado también fue mencionado como algo que pasa dentro de las

instituciones y del cual las mujeres son víctimas, ya sea por fallas en la comunicación o bien, por la omisión de algún procedimiento:

Porque muchas veces las compañeras son como muy arbitrarias, no te dicen, no les dicen ni lo que le van a hacer, ósea que hay veces que “muévase pa ya o muévase pa acá”, pero como que no tienen el trato así de “mire señora, le voy a hacer eso”, o sea no, no tienen tacto para tratarlas. Y yo digo que, en esas, por ejemplo, cuando son ellas [mujeres con MF], cuando están más sensibles por la pérdida es cuando más, tienen que ser más cautelosa, más tranquila, más de llevártela más suave para atenderla. (Julieta, comunicación personal).

Las mujeres con MF son sometidas a inducción de parto con ayuda de medicamentos; algunas enfermeras comentan como, en esta etapa, no se les brinda el suficiente seguimiento y es común que el parto se dé en las salas donde se encuentran otras mujeres con trabajo de parto:

[Lucía:] Sí, sí porque por ejemplo no traen trabajo de parto, la mayoría no traen trabajo de parto, entonces les empiezan a inducir los dolores del parto para que el cuello vaya dilatando, entonces ya cuando está completa, dejan que expulse la paciente. Si la paciente está en urgencias es porque está llena la labor y no la pasaron porque están esperando que expulse, que cumpla ayuno, lo que se quiera, entonces la dejan ahí en urgencias, expulsa el producto en urgencias. Si la paciente está la labor, ahí en la labor con todas las pacientes, allí expulsa el producto

[Entrevistadora:] ¿No la pasan a expulsión?

[Lucía:] No, dejan que el producto lo expulse ahí, lo expulsa y ya la pasan a la expulsión a al alumbramiento y a la revisión de cavidad⁴⁰.

[Entrevistadora:] ¿Y por qué será eso?

[Lucía:] Pues... No sé, pues a mí tampoco no se me hace algo así como que bien, pero pues... Por qué pues dañan la moral de uno, o sea, como madre pues... pero así lo hacen siempre. (Lucía, comunicación personal)

No sé por qué los expulsan en labor, pero, por ejemplo, en los abortos también les dan el inducto ahí y hasta que expulsa el saquito ya las pasan [a la sala de expulsión]. Hay pacientes que, hay médicos que sí las pasan, pero la verdad que es muy extraño que la pasen antes, supongo que los pudiesen dejar ahí por ahorrar trabajo en la labor, por reducir un poquito la carga de trabajo ahí, como se podría decir algo un poco más rápido o así pudiese ser que por eso, pero no entiendo la razón científica del porqué estén ahí o el proceso del porqué. (Martha⁴¹, comunicación personal).

En cierta manera, la falta de capacitación o preparación, la sobrecarga de trabajo y la falta de cooperación por parte de las mujeres madres llegan a fungir como razones por las cuales se realizan determinadas prácticas. Tania, ginecóloga, explica cómo las prácticas “violentas” llegan a ser un mal necesario:

⁴⁰ Al referir que la mujer pasa a expulsión se refiere a que es transferida a la sala diseñada para el nacimiento, en esta sala se encuentra la cama ginecológica y material y equipo utilizado en el parto. El alumbramiento es un término que hace alusión a la salida de la placenta y anexos. Revisión de cavidad se refiere al procedimiento donde, tras la salida de la placenta se revisa manualmente que no existan restos dentro del útero.

⁴¹ Enfermera, 33 años, trabajadora del HIMES.

[Entrevistadora:] ¿Qué apoyos requieren los ginecólogos para brindar una mejor atención en estas situaciones?

[Tania:] Yo creo que desde la residencia debería haber una clase donde vengan aspectos emocionales para sensibilizar y apenas con testimonios pueden ellos entender lo que están pasando las pacientes, porque se satura uno de trabajo y lo único que te importa es terminar, que todos tengan nota, indicaciones y medicamento porque llega la siguiente guardia y te va a fregar, nadie se pone a pensar en que la paciente se siente muy mal.

[Entrevistadora:] ¿Te tocó ver algo violento con estas mujeres?

[Tania:] Sí, a mí me tocó ver a un adscrito golpear a una paciente en la panza ¡y no te muevas! ¡y no sé qué! El Dr. C. y yo, ¡noooo!. Algunos procedimientos [al referirse a la maniobra de Kristeller] es porque en verdad no hay otra opción, más cuando la mamá no cooperaba. Lo que quiero que vean es que no es violencia, es un mal necesario. (Tania, comunicación personal).

Como se mencionó al inicio de este apartado, el identificarse como el ejecutor de actos violentos fue negado por parte de los entrevistados. Sin embargo, los participantes de este estudio identifican situaciones, actitudes, ausencias en el trato y tratamiento que inciden en que las mujeres sean víctimas de violencia obstétrica en las instituciones de salud.

8.4 ¿Ellas también son madres?

Los profesionales de la salud, en todos los testimonios, dejan en claro que identifican un impacto en la mujer cuando ocurre una muerte fetal. Este impacto lo ejemplifican en diversos sentimientos y reacciones; varios enfermeros comentan que el llanto, la tristeza, el silencio, llegan a ser, a su percepción, la manifestación de su dolor. No obstante, en varias narrativas se encontró como otros elementos parecen influir en la manera en que los profesionales perciben el sentir de la mujer, ya sea por el número de hijos que pierden, por tener pérdidas recurrentes o por cuestiones culturales. Cuando una mujer no cumple con lo esperado, es decir, no manifiesta su dolor de la manera en la que comúnmente las otras lo hacen, eso indica, para los profesionales, que probablemente el impacto de la MF es menor, o bien no le atribuyen importancia:

Aunque, bueno. Aunque a veces también las pacientes ves que les vale o sea también te topas con todo tipo de pacientes, entonces muchas veces dices la paciente esta como si nada y perdió a su bebé, es que es tan variado, entonces tú piensas a lo mejor ahorita no le cae el veinte, pero ya cuando sale pues no sabes qué va a pasar más allá... (Karla, comunicación personal).

La maternidad fue un tema un poco confuso de abordar. Los testimonios indican que estas mujeres siguen siendo madres de los hijos perdidos; sin embargo, la justificación que dan gira en relación con cuestiones biomédicas, es decir, perciben que siguen siendo mamás y que son tratadas como tal ya que siguen los cuidados como cualquier mujer en el puerperio, sin existir distinciones:

Yo creo que nosotros en ese momento de hospitalización, sí la vemos como la mamá que se le acaba de morir el bebé, o sea el hijo, la verdad si la vemos, o sea, es una mamá que perdió a su hijo, pues. [...] yo creo que no tendríamos la atención que tenemos con ellas, que es ponerlas aparte, tratarlas un poquito más con delicadeza y todo eso... (Pablo, comunicación personal).

Sí, sí se tratan como mamás porque se les dan los mismos cuidados y revisiones. (Tania, comunicación personal).

Al poner en contexto que la concepción de lo que es la maternidad y el ser madre está cargada de elementos culturales y sociales, así como de experiencias propias, podemos encontrar cierta comprensión de la diversidad de respuestas ante la pregunta ¿consideras que las mamás con MF se siguen considerando mamás de los hijos fallecidos?:

Sí, yo creo que ellas sí se consideran mamás. (Inés, comunicación personal).

Por ejemplo, si son primerizas yo digo que no. (Julieta, comunicación personal).

De productos a término sí, de abortos no, menos de 20 semanas no lo considero así. (Tania, comunicación personal).

Yo pienso que no, creo que es algo que se les quita al tiempo, ya sea que lo superen a no sé, pero no creo que se sigan sintiendo a los meses, al año, no

creo que se sigan sintiendo, por así decirlo, mamás después de este tipo de casos... (Raúl, comunicación personal).

Estas respuestas ejemplifican como la edad gestacional, el número de hijo y, sobre todo, la creencia personal de cuándo una mujer inicia a identificarse como madre son factores que influyen al momento de brindar el título de madre a una mujer con MF. Lovell desde 1983, refiere como los profesionales de la salud valoran las manifestaciones de dolor de las mujeres bajo lo que llama “jerarquía de tristeza”, la cual indica que a mayor edad gestacional las manifestaciones expresadas son validadas, dejando en un sinsentido el que mujeres con pérdidas tempranas o intermedias manifiesten apego y dolor por la pérdida del hijo (1983) y, de esta manera, no se respeta el habitus materno de las mujeres.

Para finalizar este capítulo podemos dar respuesta a la pregunta ¿Cómo viven y significan la MF los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres? podemos concluir que el personal de enfermería y ginecoobstetricia entrevistado concuerda en que para ellos no es fácil brindar atención y cuidados en esos momentos; parte de la razón por la cual no les es sencillo es debido a que no se sienten preparados ni capacitados para atenderles. Manifiestan sentir muchas dudas respecto a la manera en la que las mujeres y sus familias deben ser atendidas. Existe un intento por ser más empáticos con ellas, lo cual lo ejemplifican con tratar de buscarles un espacio lo más apartado posible, tratar de brindarles privacidad; sin embargo, existe una clara falta de comunicación entre ellos y las mujeres. La experiencia personal de una muerte fetal marcó el testimonio de algunas profesionistas: al carecer de capacitación, es la intuición y las experiencias de vida lo que dirige su actuar. La violencia obstétrica no es identificada por ellos, como mencionan Castro y Lozano (2018), su habitus

médico los condiciona a naturalizar y aceptar como parte de su profesión las prácticas violentas hacia las mujeres.

Capítulo 9.- Los brazos vacíos: Duelo y maternidad

Y yo estaba muriendo de dolor, yo no quería salir del hospital, no quería salir, cruzar la puerta e irme sola, con las manos vacías. Yo decía ¿cómo voy a salir de aquí? Y la gente te mira y todos esperan ver al bebé que tuviste. No quería salir de ahí yo.

Brenda (28 años, segundo embarazo, muerte fetal a las 25 semanas de gestación)

Tras la experiencia de una muerte fetal, independientemente de la semana de gestación en que ocurra, el cuerpo de la mujer inicia el período puerperal o posparto; su cuerpo no diferencia la presencia o ausencia del hijo y los cambios físicos propios de esta etapa aparecen, algunas veces sin asesoría de parte de los profesionales de la salud. Las ocho mujeres entrevistadas expresaron su sentir durante la etapa posterior a la muerte de sus hijos y cuáles fueron las reacciones de su entorno cercano, en particular con relación a su habitus materno. En este capítulo se presentan los resultados de las vivencias del posparto sin bebé y el duelo materno y se trata de describir cómo se manifiesta la maternidad en las mujeres tras una MF.

9.1 “Mi cuerpo no sirve para nada”. Sentimientos y cuidados posteriores

Después de la atención hospitalaria, el momento de la salida del hospital está cargado de gran simbolismo: el salir “con los brazos vacíos” de un lugar de donde, por lo general, las mujeres y sus familias egresan con sus recién nacidos y lo cual causaba gran ilusión se mostró en los testimonios como uno de los momentos más difíciles, ya que reafirmaba su realidad (Wonch et al., 2017). La salida del hospital sin hijo dicta uno de los primeros enfrentamientos con la sociedad, lo cual es particularmente difícil para las mujeres:

Aparte, es horrible salir, entrar al hospital y salir con los brazos vacíos [llanto]. Normalmente todas las mamás que salen de allí pues salen con su bebé, con su familia, todos contentos y salir tú... sola... Llegar a tu casa con los brazos vacíos... No es igual, es algo que duele y yo digo que siempre me va a doler... (Brenda, comunicación personal).

Y cuando me dieron de alta, pues me acuerdo que yo estaba toda desesperada. Fue un domingo, ya estaba desesperada porque yo quería llorar, quería patear, quería gritar, quería golpear, quería todo. Y llegué a mi casa destrozada, porque llegas a tu casa, pues con los brazos vacíos... [llanto]. Tú sabes que cuando nace un bebé todos quieren ir a verlo, que la bienvenida, etcétera y pues nada, llegas y nada [...] me acosté y me encerré en el cuarto, estuve encerrada yo creo que más del mes, la verdad no me acuerdo... (Gabriela, comunicación personal).

El testimonio de Gabriela revela cómo existe una diferencia en la reacción social cuando una mujer se va a su casa sin hijo. Ella explica que cuando nace un bebé todos quieren conocerlo, por lo tanto, ante el bebé ausente la mujer percibe la evasión del entorno. Este hecho es señalado por varios investigadores, quienes explican cómo las reacciones de su red social van dirigidas a minimizar la pérdida, evadir a los padres y superar lo más pronto posible lo acontecido (Heazell et al., 2012; López García, 2011; Lovell, 1983). Estas reacciones influyen en los sentimientos experimentados y expresados por las mujeres madres.

Los sentimientos iniciales tras la muerte de los hijos fueron señalados en su mayoría como tristeza profunda, soledad, incompreensión y dolor, los cuales manifestaban con llanto y aislamiento. Los sentimientos de pérdida del sentido del tiempo también se hicieron presentes, manifestados en la narrativa como el pasar los días sin actividad o el no recordar ciertos períodos de tiempo, letargo o despersonalización. Estas manifestaciones forman parte del duelo, en este caso del duelo materno. El duelo, según la Real Academia Española y el DSM-5⁴², son las manifestaciones de sentimientos con relación a la muerte de un ser querido (RAE, 2013; APA, 2014). El problema con los casos de muerte fetal, que bien identifica Mendoza-Luján (2014), es que socialmente se tiene la premisa de que tras una vida plena viene la muerte. En este sentido, las muertes en el embarazo rompen con lo esperado, ya que estamos frente a hijos que no pudieron vivir una vida extrauterina; por lo tanto, se tiende a ver estos decesos como un hecho físico y, al no relacionarlo con la existencia humana, la pérdida se minimiza, creando, por esta invisibilidad, duelos más intensos en los padres: “Nada, nada, nada, absolutamente nada. No salía tampoco, me la pasaba encerrada

⁴² El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (MDE) (nombre original en inglés: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM]) es un sistema que clasifica los trastornos mentales al brindar descripciones de las categorías diagnósticas.

en la casa, a veces viendo la tele, que ni atención le ponía o a veces sí. Entonces, pensando, pensando y no hacía nada de provecho” (Daniela, comunicación personal).

Ante toda la estructura idealizada y construida durante la vida de las mujeres y en particular durante el embarazo sobre el habitus materno, la muerte fetal llega a verse como un fracaso, un fracaso como mujer y un fracaso como madre. Eso desata un cúmulo de sentimientos de gran intensidad, dentro de ellos la culpa y el enojo tienen menciones importantes. Las ocho mujeres manifestaron haber sentido alguno de esos sentimientos, ya sea hacia ellas mismas, hacia su pareja, profesionales de la salud o bien, hacia Dios.

El autoculparse, sobre todo al inicio del duelo, fue generalizado en la narrativa de las mujeres; el sentir culpa por no haber hecho algo distinto, alguna omisión en los cuidados o no haber exigido una mejor atención se hizo presente. Un aspecto sumamente importante, relacionado con el *deber ser* de la mujer y su habitus materno se manifiesta en el sentido de autoculparse que experimentaron las mujeres por percibir que no fueron capaces (como se supone, *deben ser*) de identificar que algo estaba mal y poder salvar a sus hijos; Hilda y Fátima mencionan no haber podido identificar ese *instinto humano o maternal* que les debería haber alertado sobre la situación:

Y sentí coraje conmigo misma también, porque si yo o tú... porque si a ti te hubiera pasado lo que a mí, yo me imagino que hubieras estado más al pendiente de sus movimientos o estarte tocando para que se mueva y así cositas que se supone que como *instinto humano* debemos de tener, entonces... eso sí me da coraje conmigo misma porque digo, ¿por qué no pude poner un poquito más de atención? ¿Por qué no exigí y me levanté de la cama y me fui a otro lugar donde pudiera salvar a mi hija? ¿Por qué no me fui a otro lugar donde no hubiera pasado esto? (Hilda, comunicación personal).

Al principio sí me culpé, siempre me dijeron “no tienes la culpa tú” pero siempre se siente uno culpable porque te dicen que tu *instinto maternal* te va decir muchas cosas y mi instinto maternal sí sabía que veía a las demás embarazadas para aquí y para allá, viajando y yo no me sentía capaz, yo daba tres pasos y sentía una contracción y decía yo pues qué raro, pero nunca me dijeron que no podía tener relaciones, nunca me dijeron que no podía caminar, no sabíamos pues, me decían todo está perfecto, vete a tu casa, todo va muy bien, yo seguía mi vida normal dentro de sí, entonces si tenía contracción descansaba mucho pero no lo suficiente y eso sí me hacía sentir culpable, la verdad. (Fátima, comunicación personal).

Murphy (2019) argumenta que el instinto materno se hace presente en las mujeres con una muerte fetal en el sentido de que las madres asocian que, al ser mujer y estar embarazadas, un conocimiento instintivo debe aparecer. Ante la creencia de que la gestante debe identificar si algo está mal, las muertes fetales afirman su fracaso al relacionar que su instinto materno no fue capaz de alertarlas y, por lo tanto, al no proveer seguridad al hijo, su competencia como madres queda en tela de juicio. Este hecho se hizo presente en las mujeres entrevistadas quienes manifestaron que, ante esa sensación de fracaso, la culpa se incrementó.

Las causas por las que una mujer se culpa son varias: alguna caída, subirse a un avión, no salir de una relación enfermiza, culpas relacionadas con algo que pudiese

explicar la muerte sorpresiva del hijo⁴³. El culpar al cuerpo por no haber podido culminar un embarazo también fue expresado por algunas madres:

[Al hablar de una carta que escribió a su hija poco después de su muerte] la empecé a leer y yo ¡oh, o sea! me di cuenta del dolor que sentía en aquel momento al de ahorita... y por eso la volví a guardar [llanto]. Una de las cosas que se me quedó presente que leí, que le escribo mucho que me culpaba de porqué mi cuerpo no la soporto, por qué no pudo mantenerla más tiempo, porque me acuerdo que decía yo "ay, si hubiera aguantado dos meses más se salva"... [llanto]. Y sí le escribo mucho en la carta que me perdonara porque mi cuerpo no pudo aguantar, que estaba defectuosa le escribí [llanto]. (Angélica, comunicación personal).

Al principio yo sentía que yo tenía la culpa, yo dije, pues yo fui la que no pudo tener al bebé, o sea, es mi cuerpo, mi cuerpo no sirve para nada, o sea, Alan está casado conmigo, le voy a pedir el divorcio, no quiero que esté conmigo porque en realidad no sirvo para tener hijos... (Gabriela, comunicación personal).

Los testimonios de Hilda, Fátima, Angélica y Gabriela ejemplifican cómo las muertes fetales, al romper las expectativas sobre el *deber ser* de la mujer madre, permiten visibilizar el carácter regulador y opresivo de lo que es considerado “normal” o “natural”, llevando a cuestionar a las mujeres madres sobre su persona y sobre su identidad como

⁴³ Las muertes fetales, salvo aquellas donde existe un diagnóstico desde la gestación (algo que alerte que la muerte se puede presentar) llega de manera sorpresiva al no presentar signos de alarma durante la gestación.

madres. En ese sentido, la muerte fetal se presenta como una amenaza para su identidad y para lo que se había estructurado como *habitus* materno. Murphy (2012) también identifica cómo las mujeres perciben culpa por la pérdida del hijo, es decir, se sienten culpables de su muerte; esta culpa se ve incrementada, como se verá adelante, por las reacciones del entorno.

La culpa, además de dirigirla hacia ellas mismas, fue dirigida en gran parte a Dios. Un conflicto interno se hace presente al cuestionar el porqué de la muerte de los hijos aun cuando ellas manifestaron ser buenas personas, cumplir con los mandatos sociales que dicta el *deber ser* de una buena mujer, una buena madre; el asociar su actuar con la muerte de los hijos crea conflictos que derivan en la culpa hacia Dios:

Pues al principio me enojé con Dios más que nada, porque siempre le decía en mis oraciones, siempre le he dicho ¿por qué me pasó eso a mí si no soy mala persona?, ¿por qué me tuvo que pasar eso a mí? si yo la deseaba mucho, mi familia, mi hijo, mi esposo la deseábamos mucho (Hilda, comunicación personal).

Algunas de las mujeres expresaron que, a pesar del tiempo transcurrido desde la muerte de sus hijos, el enojo hacia Dios se sigue haciendo presente, mientras que otras, como Cecilia, afirmaron que, aun cuando el sentimiento estuvo presente al inicio, tras trabajar en su duelo, esos sentimientos habían cambiado. El enojo hacia alguien superior se incrementa al percibir que el entorno incita a las mujeres a encontrar refugio y consuelo en la religión: frases como “Dios sabe por qué hace las cosas”, “los planes de Dios son perfectos”, etc. aparecieron en la narrativa como intensificadores del enojo y culpa hacia Dios por lo acontecido.

Las mujeres madres que identifican y relacionan negligencia u omisión

médica en su cuidado y la muerte de sus hijos, dirigen los sentimientos de enojo y culpa hacia los profesionales de la salud que las atendieron. Gold y colaboradores (2018) explican cómo la autculpa y la culpa hacia los profesionales de la salud puede volverse una respuesta desadaptativa y crónica, por la intensidad del sentir. Hilda y Daniela explican cómo su enojo se dirigió hacia los PS, sobre todo al encontrar que trataron de explicar o justificar lo sucedido exponiendo datos que ellas identifican como falsos y/o el cansancio que presentan los médicos:

[...] Para mi punto de vista o no sé si para ti, sí fue negligencia eso, porque para mi punto de vista, sí es cierto que no tuve la suerte o la dicha de entrar, entré con mi hija viva en vientre, pero no tuve la suerte de que me atendieran, cómo me tenían que haber atendido para haber salvado nuestras vidas ni la de ella, prefirieron la mía, me imagino que alguien ha de haber dicho “¡no, pues de la bebé a la señora, pues la señora porque nos metemos en un problemón!”, yo me imagino, no sé, si te pones a pensar un poquito cómo pensarían los doctores [...] Eso también se me grabó mucho, que me dijeron que el doctor tenía más de 36 horas sin dormir. Yo lo único que le pude decir con mis lágrimas fue: “¡Ustedes son unos asesinos, ustedes mataron a mi bebita!, ¡yo tenía que salir feliz de aquí y sin embargo voy a salir con las manos vacías y con el corazón destrozado!” porque como te digo y te vuelvo a repetir era una bebé muy deseada pues. (Hilda, comunicación personal).

Más que nada salí con mucho coraje del hospital, con mucha rabia, tanto a enfermeras como a doctores y hasta la fecha las tengo [...] en el acta de defunción pusieron que venía enredada en el cordón, por supuesto que en ese

momento no la leí, hasta después que la leí, dije yo: ¡si no venía enredada nada! Incluso la ginecóloga particular me dijo “van a querer limpiarse las manos y van a poner que venía enredada en el cordón o le hacía falta el líquido amniótico” [...] Y sí, dicho y hecho, pues decía que venía enredada en el cordón, que pues, es algo que no es cierto, pero pues, ya ¿qué iba a reclamar? (Daniela, comunicación personal).

Hilda comentó haber presentado una denuncia ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que no procedió. Daniela y su médica de primer nivel llenaron un acta administrativa sin saber si procedió debido a que no se sentía con la fuerza de presentar una queja formal y darle seguimiento.

Los sentimientos y el dolor de las mujeres madres puede llegar a ser tan intenso e insoportable que dos de las entrevistadas afirmaron haber presentado ideaciones suicidas. Aunque en ese momento ninguna afirmó haber intentado acabar con su vida, sí mencionaron que esa idea pasó por su mente en varias ocasiones. La idea de permanecer alejadas de los hijos o de vivir los sentimientos experimentados en ese momento las orilló a tener este tipo de pensamientos. Heazell y colaboradores (2016) refieren cómo las ideaciones suicidas, la ansiedad y los ataques de pánico se llegan a presentar hasta en cuatro años posteriores a la pérdida de los hijos, encontrando como el detonante más significativo la falta de legitimidad del entorno:

[Fátima:] [...] me estoy volviendo loca decía, me quiero suicidar, no sé.

[Entrevistadora:] ¿Sí te pasó por la cabeza?

[Fátima:] Sí, por supuesto [llanto]. Fueron momentos muy difíciles, pensaba yo, hay cosas peores y la gente lo supera, pero... no sé si hay algo

peor, ya analizándolo bien no sé si haya algo peor... (Fátima, comunicación personal).

[Entrevistadora:] [Al tocar el tema del suicidio] ¿Y en algún momento pasó por tu cabeza?

[Daniela:] Sí, sí, sí pasa, sí pasó, pero no lo intenté. Pero sí paso, pasó por mi cabeza varias veces. Ahorita ya te puedo decir que no, pero en el principio sí... muchas veces pasó, muchas noches, yo creo que la noche son las peores horas del día... (Daniela, comunicación personal).

Tras la muerte de un ser querido es esperado que se presenten algunos de los sentimientos mencionados; sin embargo, las circunstancias que rodean a las muertes fatales crean escenarios propicios para que estos sentimientos se intensifiquen. López García (2011) refiere cómo, aunque este duelo sea igual a otros, la juventud de los padres, lo inesperado de la pérdida y la minimización del fallecimiento por parte del entorno, lo vuelve particularmente complejo.

Además de los sentimientos experimentados, tras la pérdida de los hijos y el egreso hospitalario, algunas de las mujeres requirieron cuidados específicos por su condición (control de presión arterial, glucosa); la mayoría (seis) decide no irse a su hogar y quedarse en casa de sus familiares cercanos. Si bien es común en la cultura mexicana que en el período postparto la mujer pase un tiempo en casa de su madre, en estos casos es notorio, por el testimonio de algunas mujeres, que las razones por las cuales decidieron no ir a su hogar están influidas por la sentida necesidad de evadir los espacios donde vivieron sus embarazos. Los cuidados en el postparto fueron brindados principalmente por las madres de las mujeres,

pero también por su pareja, hermanas y tías. En gran parte, los cuidados se centraron en el área física: curaciones, vendajes, medicamentos, limpieza de los hogares, atención a otros hijos y alimentación.

[...] Me tomé mis medicamentos, me acuerdo que mi mamá me daba mi medicamento, también me ayudaba a bañarme y así [...] mi mamá me daba té de manzanilla y mi suegra me llevó té de tila, de siete azahares, eso fue lo único que tomé. (Hilda, comunicación personal).

La mayoría de las mujeres madres afirmaron haber presentado malestares físicos y psicológicos: la sensación de incompreensión, ansiedad, pánico, dolores inesperados e inexplicables se hizo presente. Hilda, Fátima, Daniela, Cecilia, Angélica y Gabriela comentaron haber padecido periodos de insomnio, crisis de ansiedad, ataques de pánico sin un diagnóstico médico de ello. Al respecto, Gold y colaboradores (2016) y Gaussia (2011) advierten que, tras una muerte fetal, las mujeres tienen un riesgo siete veces mayor de presentar síndrome de estrés postraumático y depresión severa. El problema se exagera ya que no todas las mujeres reciben ayuda en estas áreas. Las mujeres madres afirmaron que, tras dos o tres años de la pérdida, aunque no con la misma frecuencia e intensidad, estas crisis se siguen haciendo presentes:

Como que mi mente quedó... como que quedé traumada, quedé con muchas secuelas, entonces no podía dormir, me la llevaba llorando... había veces que me daban ataques de ansiedad, de hecho, yo creo que hasta la fecha me siguen dando ataques de ansiedad, pero no tan seguido como antes, ya tengo bastante tiempo ahorita, como unos tres o cuatro meses sin un ataque de ansiedad, pero sí me daban muchos. (Hilda, comunicación personal).

Sí, no dormía, no dormía. Me levantaba cuatro veces en las noches. A veces estaba sentada nada más pensando, igual no quería salir. (Daniela, comunicación personal).

Las manifestaciones somáticas llegan a ser tan intensas que se requiere de atención urgente. Al no tener un diagnóstico médico de la condición, las mujeres describían sensaciones (que nombraban “ataques de ansiedad”) como incapacidad para dormir, sudoración en manos y pies, corazón acelerado, falta de aire, incapacidad para respirar y desorientación:

Después de eso no sé, de verdad está como para que te metan a un manicomio, está de verdad como para volverte loca, o sea, ¡unas crisis!, no sé si en algún momento de mi vida pueda volver a ser yo misma, no sé, no llevé ningún tipo de clase de ayuda psicológica [...] en mi casa, me levantaba a la tres de la mañana a llorar, a gritar, me iba a correr, no podía estar, si estaba parada quería estar sentada, estaba sentada y quería estar parada, quería ir a correr y corría, y corría y corría y me arrebasaba esto y tenía que gritar y correr. Y me decía mi mamá: “por favor no te vayas, ¡invítame!, ¡yo me voy contigo al fin del mundo!, no te vayas sola” me decía... y la verdad no me importaba, te digo que pasé como una locura temporal. (Fátima, comunicación personal).

Además de los malestares descritos, algunas mujeres presentan sintomatología diversa, lo que las orilla a buscar atención. Algunas expresaron haber acudido a realizarse estudios como tomografías, radiografías y visitar especialistas de diversas áreas para encontrar un tratamiento adecuado. Gabriela comenta cómo ha sido su trayectoria con relación a su salud tras la pérdida de su hijo:

[...] Esta última vez bien raro me pasó, porque me dio un dolor bien fuerte, como del lado derecho, como si fuera el apéndice y me fui a revisar yo pensando que era el apéndice, el doctor “sabes qué, te voy a mandar a hacer estudios, un ultrasonido del vientre bajo para ver si no es un ovario o algo así”

[...] Y fui con el gastroenterólogo, me mandó a hacer unos estudios para ver si no soy alérgica al gluten [...] Por ejemplo, sentía a veces que me faltaba el aire, yo creo que también era estrés o pánico, no sé, sentía la falta de aire, como ataques de ansiedad, la cabeza, así como un globo flotando. Sentía que me hormiguea la cara y yo dije ¡me va a dar una parálisis o algo! Me asustaba mucho, que la cara me hormiguea, de un lado y luego de otro. Sentía mucho cansancio físico así de que la espalda, los hombros, como mucho estrés, como mucha presión así en mí, bien raro y eso si me duró bastante tiempo. Intentaba dormirme, pero no me podía dormir del todo. Como te digo, me daba insomnio. A veces, cuando dormía era en el día y en la noche no dormía nada. Pero tomaba gotitas, buscaba qué hacer. Incluso una vez fui con el doctor a que me revisaran la cabeza, o sea, que me dijeran qué era porque sentía muy raro y me dijo el doctor que no, que era ansiedad, eran ataques de pánico, me revisó los ojos y todo eso. Y me dijo “lo tuyo es por lo que te pasó, no es que tengas algo en la cabeza; luego, luego es muy notorio, cuando alguien tiene un tumor en la cabeza o algo, tú no tienes nada”, me dijo, “es por lo mismo que te sucedió”. (Gabriela, comunicación personal).

Otra situación que incrementa el sentir en el duelo está relacionada con la producción de leche materna. Como se mencionó en el capítulo 7, las mujeres lo catalogan como una de las cosas más dolorosas del proceso:

Bien feo, me ponía a pensar ¡tenía hambre, tenía hambre!... Lloraba en la madrugada y me despertaba, y era una cosa de que ¡tenía hambre! De hecho, como tres días, cuatro días seguidos estaba yendo al panteón, de que no lo podía creer, o como que no... (Cecilia, comunicación personal).

La muerte fetal representa la pérdida de un hijo para los padres, un hijo al cual se le creó una identidad durante el embarazo. Ante su muerte, esa identidad manifestada a través de ilusiones y planes entra en crisis; el percibir que el entorno evade el tema y, por lo tanto, nulifica la identidad de esos hijos, llega a convertirse en un detonador e intensificador del sentir por parte de las mujeres madres (Brierley-Jones et al., 2014). Fátima explica cómo las ideas sobre lo que sería la vida con sus hijos y el silencio percibido en su entorno, hacían que su dolor se intensificara:

Me acuerdo que me decían “¡uy, gemelos!, ¡prepárate!”, “duerme mucho, tus días van a ser una locura” y el doctor me decía “tus jornadas de trabajo van a ser muy largas, así que prepárate”, y... era un silencio horrible... nadie me hacía ruido, nadie me quería molestar, nadie quería hablar del tema, nadie quería nada, un silencio macabro, espantoso. Pues lloraba todo el día, todos los días, mi esposo de que, que nadie me dijera nada, que nadie me molestara, protegiéndome pues y yo desesperada por hablar del tema y pues no, nadie te quiere lastimar, nadie quiere hablar de eso. (Fátima, comunicación personal).

Como se mencionó en el capítulo 7, el contacto con el cuerpo del hijo fue distinto entre las mujeres: algunas de ellas pudieron ver al bebé, tocarlo, cargarlo brevemente; otras mamás comentaron que no se les dio la oportunidad o bien, en ese momento, no lo aceptaron. Sanabria (2019) en Argentina identificó que las madres que no pueden disponer del cuerpo de sus hijos manifiestan dolor y angustia por el manejo y la disposición sus cuerpos:

Aparte de que estaba triste y estaba bien tonta, estaba bien chiquita, no sabía. Ahora, después que pasó eso fue cuando dije ¿por qué no hice nada? ¿por qué no pregunté? ¿por qué no pregunté por el bebé? ¿qué va a pasar? ¿por qué no lo pedimos? ¿por qué? ¿y si podían habérmelo dado y no lo pedimos? Tampoco pregunté qué pasó con él, ¿qué hicieron?, ¿dónde quedó? No supe nada. Yo estaba totalmente callada, no hablaba para nada. No preguntaba nada... (Brenda, comunicación personal).

El manejo, la disposición del cuerpo y las reacciones referidas por las mujeres madres guardan una estrecha relación. Aquellas mujeres que, aunque brevemente, tuvieron contacto con sus hijos y/o pudieron participar en el sepelio manifestaron alivio de haberlo hecho. En contraste, aquellas que no, identifican esta falta de contacto como un factor que genera culpa y frustración. Al respecto Brenda se cuestiona por qué no solicitó ver a su hijo y disponer de su cuerpo; Angélica comenta que una de las cosas que más le causaron culpa fue el no haber aceptado ver a su hija cuando se lo preguntaron en el hospital; Gabriela comenta lo siguiente al referirse a una plática que sostuvo con una prima: “mi prima me preguntó porque no lo quise ver y ya me solté en llanto, como que de todas las culpas que sentía, esa era mi mayor culpa”. La ausencia de contacto con el hijo genera sentimientos de

frustración al percibir que existió un rechazo de su parte hacia el hijo o de no haber exigido que el trato hacia su hijo fuera distinto.

Podemos analizar, con los datos presentados, cómo se presenta una “histéresis del habitus” (Bourdieu, 2007), es decir, el habitus, estructurado en las mujeres para ser madres, se topa ante una situación no planeada, inesperada, lo que genera una crisis; esto lo podemos ver en las manifestaciones intensas expresadas por las mujeres en relación a los fuertes sentimientos de culpa, ideación suicida, sintomatología de malestares diversos, episodios depresivos y ansiedad. Tal como refiere Fátima al mencionar haber experimentado una especie de “locura temporal” donde la intensidad de los sentimientos llega al grado de tener ideas de acabar con su vida. La pérdida de un hijo durante la gestación es tan compleja y difícil para las mujeres ya que se encuentran ante una crisis de su habitus materno y además ante una sensación de que su sentir no se ajusta con lo que los profesionistas de la salud y la sociedad esperan.

9.2 “¡Pero por qué ella tiene su nieto y yo no!”. El resto de los dolientes

La vivencia del duelo se ve influida por las reacciones y el apoyo del entorno, principalmente de la familia cercana (pareja, mamá, hijos, etc). Al ser el duelo un evento social, la presencia o ausencia de red de apoyo y el tipo de apoyo otorgado a las mujeres, impacta en su vivencia y sentir (Cassidy, 2020; Van der Sijpt, 2010). En este apartado se rescata de la narrativa lo relacionado al resto de los dolientes, sus reacciones y el impacto que estas generan en el sentir de la mujer.

Las parejas/padres de los hijos tuvieron una participación importante en la narrativa de las mujeres; el duelo tras la muerte de un hijo no es exclusivo de la madre, el padre también sufre. Sin embargo, en algunos casos, el duelo no se vivencia de la misma manera o al mismo tiempo; esto crea una especie de desfase entre la pareja y sus duelos. Lo anterior lo reafirman investigaciones realizadas exclusivamente a padres/hombres en duelo donde se señala que las expectativas sociales y culturales tienen un gran peso sobre el hombre: antes que nada, la necesidad sentida de ser el apoyo de la mujer y no permitirse vivenciar su sufrimiento; a esto se suma el tener que asistir al trabajo y atender otro tipo de necesidades de la familia (Badenhorst, Riches, Turton y Hughes, 2006; Gaussia et al., 2011; Koopmans, Wilson, Cacciatore y Flenady, 2013; Mota et al., 2018).

Los testimonios de las mujeres reflejan lo anterior: por una parte, algunas afirman que el apoyo brindado por su pareja reforzó la relación, mientras que por otra, otras mujeres confirman que, tras los problemas iniciales que supone el no vivir duelos similares, la relación pasa por momentos difíciles y, en algunos casos, se llega a dar la separación definitiva. Hilda y Angélica mencionan que, tras la muerte de sus hijos, su relación se consolidó:

Pues yo creo que fue de las primeras preguntas que te haces ¿por qué a mí si he sido buena? ¿por qué a mí si no fue planeada, pero ya después aquí la queríamos? Pero pues, muy pronto encontré el porqué. O sea, como te digo yo, yo sentí que Sofía [su bebé] vino a unirnos a mí y a mi esposo, [...] fue muy rápido todo nuestro proceso, de que salimos embarazados de Sofía y que se nos fue pronto y al principio pues sí ¿por qué?, ¿por qué?, pero ya después

dijimos "Ok, vino a unirnos" y pues hasta ahorita... (Angélica, comunicación personal).

El vivir o expresar el dolor de manera distinta fue complicado para algunas de las parejas, el no comprender por qué el otro no manifestaba su dolor con la misma intensidad, crea conflictos entre los padres:

[...] Entonces, aparte que yo lo veía, por ejemplo, a él, yo estaba en el cuarto y él estaba en la sala tomando y entonces yo decía “pues si a nadie le importa, ni siquiera a él, en lugar de estar aquí, está en la sala”, yo creo que eso también me afectó, no tanto, pero sí me afecta que yo pensaba que no estaba conmigo. Pero también lo escuchaba toda la noche llorar, todos los días al bañarse lo escuchaba llorar. Sí, yo creo que fui comprendiendo que él así, de esa manera, lo estaba sobrellevando. (Daniela, comunicación personal).

Las diferencias en cómo se vive y manifiesta el dolor se da en ambos sentidos. Las parejas pueden llegar a sentirse frustradas el uno por el otro por cómo manifiestan su dolor. Además, los sentimientos de culpa por no poder brindarle a la pareja un hijo vivo también influyen, resultado de las expectativas impuestas socialmente del *deber ser* de una mujer y su función con la pareja:

[...] Le llegué a decir, o sea, “¿sabes qué? Pues no sé para qué estás conmigo, si no pude ni tener a José” y me dije que ¡no!, o sea, que él iba a seguir conmigo y le dije que si quería seguir conmigo en todo caso que no pudiéramos tener hijos y me dijo que sí, que él quería seguir conmigo, que a él no le importaba eso, que él iba a estar acompañándome en todo momento.

Sí nos unió más. Pero también teníamos nuestros enojos o alegatos, porque, a veces, obviamente él lo sufrió pero en silencio, él todo en silencio, se guardaba mucho las cosas, había veces que yo le preguntaba si estaba bien y él pues “estoy bien”, o sea, “no tengo nada”, “pero, ¡no lloras nada!” pero es que me decía, “¡el que no llore no quiere decir que no me duela, a mí también me duele como a ti, pero yo te estoy apoyando a ti!”, pero sí había veces en que él se enfadaba de que yo lloraba todos los días... (Gabriela, comunicación personal).

De las ocho mujeres entrevistadas, tres de ellas afirmaron estar separadas de su pareja/ padre de los hijos. Elsa y Brenda mencionaron que, aunque se encuentran separadas de la que fue su pareja, no atribuyen el motivo de su separación a este hecho. Cecilia comenta que, aunque tenían problemas previos, la muerte de su hija fue lo que marcó la separación:

Haz de cuenta que cuando él llegó [a Hermosillo] [...] me dijo “¿por qué hiciste las cosas así?” ... “Acuérdate” le dije, “te dije yo que estaba sufriendo mucho” le dije y yo no podía aguantar más, “no, es que dice mi mamá que tú la mataste porque te viniste en el avión”, “no” dije, “no fue el avión, no sé qué pasaría, no sé qué pasaría” le dije, pero por una parte fue mi reacción decirle “¿cómo te va a poder algo que tú no considerabas tuyo!?” le dije, “¡no sé ni qué estás haciendo aquí!” [...] Y ya pues al otro día pasó lo del sepelio; cuando la vio, no la había visto, idéntica era, era el mismo retrato de él, hasta mi suegra dijo “era idéntica a él”, pues él no paró de llorar, él no paró de llorar. [...] y, o sea, si lo único que me iba a unir a él era mi hija, ¡imagínate ahora que ya no estaba mi hija! Y él me dijo que si qué iba a pasar. “Tú vete a hacer tu vida

y yo voy a hacer mi vida” le dije, a iniciar los trámites del divorcio. Y a raíz de eso ya no lo volví a ver. (Cecilia, comunicación personal).

El duelo y la relación de pareja ejemplifican bien los roles de género presentes en nuestra sociedad. El género actúa como marcador del orden social al asignar roles socialmente contruidos a hombres y a mujeres (Scott, 1996) Estos mandatos de género que asignan roles a las mujeres están relacionados con los roles maternos, hablar de maternidad es hablar de género, en este sentido estos mandatos forman parte del habitus. Las muertes fetales dejan entrever esos roles: por un lado, para la mujer es esperado y permitido por el entorno el manifestar su dolor y llanto; los padres de los hijos, por el otro, deben afrontar otra realidad: de ellos se espera que brinden apoyo y sean fuertes para su familia. Ahora bien, al analizar los testimonios, encontramos estos roles (de las madres y padres) en un mismo escenario lo cual llega a crear ambientes de incomprensión al no percibir que se le brinde la misma importancia a la muerte de los hijos.

El tener hijos previos marcó de manera importante la vivencia del duelo. Cuatro de las ocho mujeres tenían hijos antes de sufrir la muerte fetal; para ellas, el tener que explicarles a los hijos lo acontecido con su hermano o hermana fue sumamente difícil y doloroso. Sin embargo, ellas también rescatan que sus hijos mayores fueron la principal razón para salir adelante. Al igual que los padres, los hermanos son otros actores que quedan a la sombra cuando se habla de pérdidas en la gestación:

[...] Enfrentarme a las niñas, mi niña, fue lo peor eso, él no tanto; fue mi niña la que, en aquel entonces, iba a cumplir seis años, enfrentarme a ella, porque a ella no le habían dicho que la bebé había fallecido. Cuando llega, llega con la pañalera y me dice “mami ¿qué le vamos a poner a mi hermanita?” Y fue

ahí cuando ahí me desaté y me encerré con ella, le platicué y ella fue a la que más le pudo, a la niña, ella, ella fue la que más lloró. (Cecilia, comunicación personal).

Para Brenda, el darse cuenta del dolor que manifestaba su hija mayor fue la razón por la cual decidió salir adelante. Cecilia refiere que sus hijas le decían “mamá, ella ya no está, estamos nosotras, nosotras te ocupamos”. Elsa comenta que su hijo le pedía que dejara de llorar. Las cuatro mujeres afirmaron que, ante la necesidad de cuidar y proteger a sus otros hijos, tuvieron que empezar a avanzar en su vida, algunas buscando ayuda profesional y otras enrolándose nuevamente en sus actividades cotidianas. Estos ejemplos demuestran cómo el habitus materno de una mujer en duelo se ve superado por su mismo habitus materno, que la dirige y obliga a ser funcional nuevamente en pos del bienestar de los hijos vivos:

Mi hija, la niña tenía cuatro o cinco años, cuando llegué, ella entró y me preguntó por su hermanito y ahí fue cuando dije ¡no! No sé, me dio mucho coraje, tontamente me dio mucho coraje y la saqué [...] Hasta después dije “Bueno, ¿que qué estoy haciendo si estoy rechazando a mi hija? ¿qué culpa tiene la niña?” Y desde ahí dije ¡no, no, no, no, no está bien!, y ya entró la niña, platicué con ella y le expliqué, pues ella también estaba llorando, estaba muy pequeña, pero comprendía; estaba emocionada con mi pancita, que su hermanito, que esto y que aquello, entonces ya platicué con ella y me hice la fuerte para explicarle a mi hija lo que había pasado y no soltarme llorando en frente de ella. Y de ahí dije ¿qué estoy haciendo? ¡Basta! Me levanté, me bañé, me arreglé y empecé. (Brenda, comunicación personal).

Estos ejemplos nos permiten visualizar cómo, aun cuando las mujeres de manera inicial puedan percibir un fracaso en su maternidad, su habitus materno se hace presente al tener que brindar cuidado y atención al resto de los hijos. Algunas mujeres mencionaron haber pausado su duelo por la necesidad de atenderlos. Los discursos de las mujeres que perdieron a su primer hijo son distintos en muchos sentidos; la sensación de fallar como madre o bien, las dudas sobre su capacidad reproductiva se hacen presentes.

Por su parte, en el ambiente coloquial se les conoce como *embarazos e hijos arcoíris* a aquellos bebés que llegan tras una muerte gestacional o neonatal; la analogía se basa en que tras una tormenta (derivada de la crisis por perder un hijo) llega el arcoíris e ilumina la vida de estos padres. Las mujeres madres, principalmente aquellas que perdieron a su primer hijo, se enfocaron en lo importante que es o fue para ellas un nuevo embarazo (cinco de las mujeres afirmaron tener hijos posteriores a la pérdida y tres continuaban buscándolo). Las mujeres que no se han embarazado reflejan angustia y mortificación por no haberlo logrado, lo cual las orilla a cuestionar su capacidad reproductiva y su rol de mujer:

Pues hemos intentado embarazarnos [...] A lo mejor es el estrés de que me quiero embarazar y no me embarazo. Todo mundo de que “es mental, no te desesperes, todo llega a su tiempo, los tiempos de Dios son perfectos”, los mismos dichos habidos y por haber. Pero pues obviamente uno se desespera pues, porque ya van a ser tres años, o sea en enero son tres años. Pero ya nosotros estamos, así como que deseosos de embarazarnos [...] Pero ya no es tanto el miedo, ahorita es más el deseo de embarazarme, el deseo de tener un bebé, que veo que todo a mi alrededor, o sea mis amigas, mis primas, embarazadas teniendo bebés y digo yo ¿y yo para cuándo?, ¿cuándo va a ser

mi tiempo?, se vuelve desesperante. Pero pues ni modo, a seguir intentando.
(Gabriela, comunicación personal).

Otros de los dolientes poco visibilizados son los abuelos. La investigación acerca del impacto de la muerte fetal en ellos es un tema escasamente estudiado; Murphy y Jones (2014) explican cómo el rol de los abuelos se dirige al cuidado de los padres, es decir, sus hijos, pero poco se toman en cuenta en su rol de dolientes. Al respecto, y de manera incidental, encontramos que, principalmente para las abuelas, el tocar el tema llega a ser doloroso; el enojo, coraje y dolor por haber perdido a su nieto influye en no querer hablar sobre la muerte del bebé:

Soy de las que ve un bebé y dice “¿aaah, me lo prestas?”, me dice mi mamá “no, no hagas eso” [...] “no me afecta” le digo, “no me afecta”, incluso a mi mamá sí, mi mamá hasta la fecha no te puede agarrar un bebé. A mi mamá sí la afectó, mi mamá se enojó mucho, decía “¿¿pero por qué ella tiene su nieto y yo no?!, ¿¿por qué su nieta está viva y yo no?!” y yo le decía “mamá, no tienen la culpa los bebés, no tiene la culpa la gente de lo que pasó”. Mi mamá sí se enojó con la gente, sí está, todavía ella sigue enojada con los bebés, mi mamá no puede ver un bebé, no puede agarrar un bebé... (Daniela, comunicación personal).

[...] Nunca lo hemos hablado, pero ahora, recientemente, cuando íbamos a las reuniones de Padres del Cielo [grupo de apoyo], que a veces le contaba casos de otras mamás pues, se soltaba llorando o que yo le platicaba de algo de la bebé, se suelta llorando, aun así, le platico y se suelta llorando y yo “mami,

tranquila, o sea, yo ya te estoy platicando bien” y se suelta llorando o se pone roja, como que no me quiere demostrar ... (Angélica, comunicación personal).

El dolor de las abuelas se extiende, no solo a la pérdida del nieto, sino a la angustia por la salud y el estado de la hija. Al realizar la entrevista a Brenda, su mamá estuvo presente por momentos, por lo cual se tuvo la oportunidad (aunque brevemente) de preguntarle directamente sobre su sentir. Ella se remitió al momento de la atención hospitalaria y mencionó lo siguiente:

[Entrevistadora:] [...] Sandra [mamá de Brenda], ¿cómo fue para usted el momento de la pérdida del bebé?

[Madre de Brenda:] Uuuy me estaba muriendo yo, no me decían nada, nomás que cuando entró ella me dijeron que estuviera preparada porque podía morir ella también.

[Entrevistadora:] ¿Eso le dijeron?

[Madre de Brenda:] Me dijeron “tiene que estar preparada porque ella también puede no salir, puede estar infectada”. (Madre de Brenda, comunicación personal).

Brenda y su madre comentaron que el ingresar al nosocomio con un panorama tan sombrío fue sumamente difícil, incluso ellas mantuvieron la siguiente conversación:

[Mamá Brenda:] Sí nos despedimos, ¿no, hija?

[Brenda:] Sí nos despedimos; te dije “cuídame mucho a mis hijos” [llanto de las dos]. (Comunicación personal).

Fátima comenta cómo para su madre es muy doloroso recordar el momento en el que ella estaba hospitalizada; aun cuando hable con cariño y mantenga la memoria presente de sus nietos, el momento en sí de la atención es algo que la llena de coraje y frustración:

Por ejemplo, con mi mamá sí puedo platicar con ella, yo puedo llegar y hablar con ella de eso sin ningún problema, pero se enojaba cuando llegábamos a tocar el tema [de la atención en el IMSS], hasta la fecha, me dice, “no, no, no, no quiero pensar en eso porque empiezo a enojarme porque te debieron haber hecho cesárea” me dijo, o sea, su coraje es que me decían desde que eran los ultrasonidos, que ella me acompañaba, que le decían, “pues ella tiene 33 años, gemelos, es cesárea, o sea, no hay más”. [...] Entonces cuando pasaba todo ese tiempo [el tiempo hospitalizada] le decían, “ya han pasado muchas horas, ya la volvieron a bloquear” y “¿cómo que la volvieron a bloquear?, ¿por tercera vez?, ¡si iba a ser cesárea!, ¡ábranla y ya dejen de hacerla sufrir y de hacer sufrir a los niños!” y se enoja pues, y trato de no mencionarlo mucho también. (Fátima, comunicación personal).

Como se aprecia en los testimonios, el dolor expresado por las madres de las mujeres es intenso; se enfrentan a un duelo doble: por una parte, la pérdida de los nietos, las ilusiones y los planes y, por otra, la angustia por la salud de la hija. Apegándonos al habitus materno, podemos inferir cómo las abuelas también sufren una crisis relacionada con su habitus revelada en las intensas manifestaciones expresadas.

Los roles de género se reflejan al cuestionar sobre la figura del abuelo; por sí solo, su participación apareció escasamente en la narrativa, es decir, a las mujeres se les tuvo

que hacer un cuestionamiento directo, tras lo cual reflexionaban un poco. La figura paterna no estuvo tan presente como otros actores del entorno cercano, si bien algunos apoyaron en aspectos como trámites funerarios y administrativos, el acompañamiento directo hacia las madres fue mínimo o no tangible. Podemos considerar que, al igual que los padres, los abuelos toman un rol relacionado a lo que se espera de ellos, es decir, no demostrar sentimientos y apoyar en otra clase de ámbitos:

[Entrevistadora:] ¿Y tu papá también estuvo presente?

[Cecilia:] Sí, pero mi papá siempre ha sido muy reservado. O sea, nunca, nunca me ha expresado nada.

[Entrevistadora:] ¿Y él cómo reaccionó?

[Cecilia:] Él nunca tocó el tema, nunca me dijo nada. (Cecilia, comunicación personal):

Mi *pa* no, ni en el momento, ni después y hasta la fecha no ha pasado nada, o sea, al hospital no sé si fue, yo no recuerdo... (Angélica, comunicación personal).

Una muerte fetal impacta no solamente a la madre, también es una gran pérdida para el padre, los hermanos, abuelas, tías, tíos, etc. Las reacciones del resto de los dolientes influyen en el sentir de las mujeres; el avanzar en su duelo llega a ser impulsado por ver cómo el entorno sufre. Lo aquí presentado es solo una breve imagen de lo que significa para estos actores la MF, es necesaria mayor investigación en el tema.

9.3 “Soy como la papa caliente y me duele mucho eso”. Reacciones del entorno: de la empatía a la evasión.

El entorno y los actores presentes en esta parte de la vivencia son variados. Se rescata, a partir de la narrativa de las mujeres madres, diversos actores que participan en su atención, cuidado o en el acompañamiento. La parte médica sigue activa, aunque con una mínima participación y otros profesionales de la salud se hacen presentes.

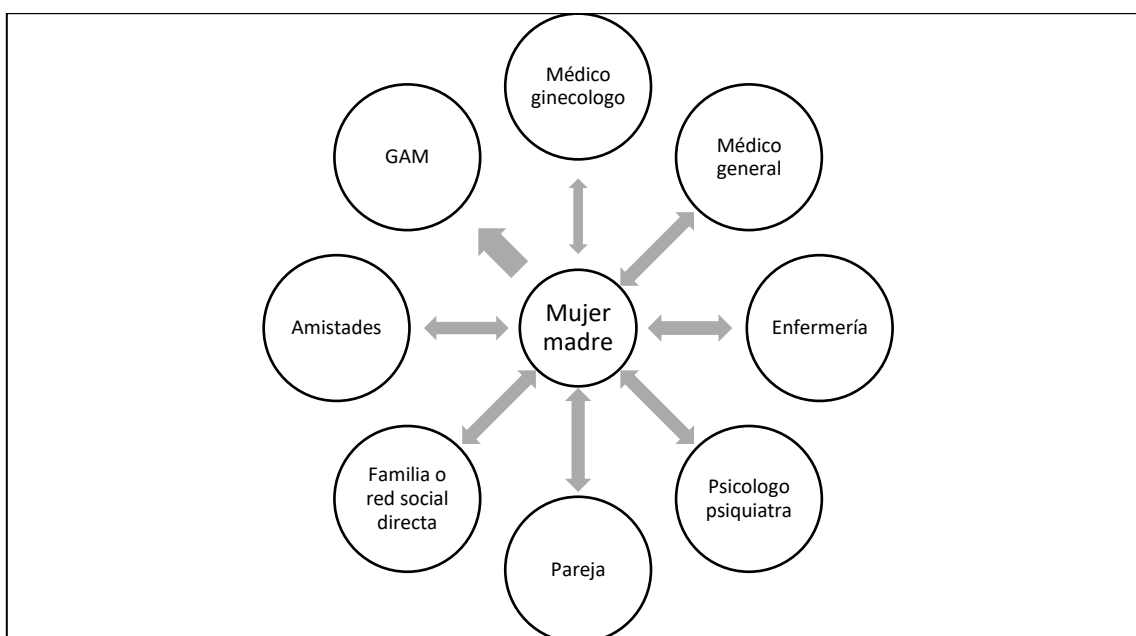


Figura 9.1 Actores que participan en la atención y cuidado de las mujeres con MF

La aparición de los diversos actores en la narrativa y el impacto o influencia de cada uno fue distinta entre mujeres; sin embargo, los profesionales de la salud (personal médico y de enfermería) tienen especial relevancia, ya que son ellos los que brindan el cuidado directo dentro de las instituciones de salud, impactando positiva o negativamente durante la atención y en la etapa posterior. Al egreso del hospital, la red amical y otros profesionales de la salud se hacen presentes.

Además de la pareja, la familia cercana y el entorno juegan un rol importante al momento de brindar cuidado y apoyo. Las reacciones percibidas del entorno van desde un apoyo incondicional hasta la evasión e incluso se encontraron actitudes no asertivas, que llegan a culpar a las mujeres madres por el destino de los hijos. La presencia de personas cercanas que también experimentaron la muerte de un hijo crea un lazo de empatía fuerte; Daniela y Gabriela son ejemplo de ello:

El día de las madres, fíjate sí ha sido como que la controversia de, por ejemplo, el primer día de las madres; una tía que perdió un bebé me felicitó y yo me acuerdo de cuando perdió a su bebé [...] una vez vino y platicó conmigo, me dijo “mijita, yo sé lo que se siente, te vas a ir acoplando, vas a ir entendiendo las cosas”, etc. Y me dio mucho gusto que platicara ella así conmigo. (Gabriela, comunicación personal).

La indiferencia o evasión del tema también fue mencionada como una de las reacciones del entorno cercano, lo cual refleja el tabú social. El tratar de ocultar lo sucedido, no hablar del tema y esconder los objetos o ropa que pertenecían a los hijos fue común, acciones que ocasionaban un malestar mayor en las madres:

[...] Mi mamá es de que nunca me habla por teléfono, nunca va a mi casa, es como que, prudente de más. Entonces me decía “tú sabes que yo vivo aquí, enseguida de ti, cuando me necesites, aquí estoy”, pero no es como que “¡mamá, estoy llorando ¿puedes venir?”, o sea, ni al caso, entonces sí me hice como solitaria en exceso. (Fátima, comunicación personal).

Pues fíjate que como nosotros nos cambiamos de casa y en parte fue como que ya borrón y cuenta nueva, de parte de la familia no fue como que un ¿cómo te sientes?, como que también quedó en pausa de ellos. O sea, no fue algo que se volvió a hablar. (Angélica, comunicación personal).

La evasión del tema genera en las mujeres madres la percepción de que la muerte de sus hijos no es tomada con la importancia que ellas le asignan. La identidad como madres, su habitus materno, entra en duda al percibir que se espera que las mujeres se recuperen lo más rápido posible para poder intentar nuevamente un embarazo (Brierley-Jones et al., 2014). Este sentir se incrementa cuando algún allegado, sobre todo alguien de la familia cercana, manifiesta su enojo o culpa hacia la madre:

Sí, sí hubo personas que sí. Mi abuela, yo decía “pues es que no fue mi culpa” y me decía “¡sí, tú te ibas!”. Mi esposo tiene su negocio como a media hora de aquí, entonces siempre que me iba con él, se le paraban los pelos a mi abuela... (Fátima, comunicación personal).

Y sí hubo gente que... hay un tío que siempre nos reímos por los comentarios que hace, pues hizo los comentarios... “Ay ¿ves?, ¿por qué no pariste particular?” y yo no lo podía creer, es mi padrino, igual lo tomé de quien viene, ya se espera un mal comentario... (Daniela, comunicación personal).

Mis tías, “es que se te pasó el parto”. Así fue cuando falleció la niña, una de mis tías y luego otra de mis tías “es que tú la mataste, porque la ahogabas,

porque no pujabas, no pujabas bien” la que estaba ahí. (Cecilia, comunicación personal).

Los testimonios de Fátima y Cecilia principalmente ejemplifican como el cuidado de los hijos, incluso desde el embarazo, es una tarea asignada exclusivamente a las mujeres, donde, ante cualquier eventualidad, la culpa recae sobre la mujer. Siendo la maternidad una experiencia individual pero también colectiva, donde lo propio de la mujer se entrelaza en un entorno social y cultural (Gil-Bello, 2018), se deja ver en estos ejemplos —el no saber pujar o haber fallado en algún cuidado— que se remarcan los elementos culturales o prácticas sociales donde se “supone” que existió una falla en la mujer al no poder cuidar a los hijos. Ante este hecho, las mujeres se sienten sumamente lastimadas de encontrar esta clase de atentados contra su identidad como madres.

Como se mencionó, las reacciones pueden ser negativas o positivas. Algunas mujeres relataron que, tras la evasión e invisibilidad de los hijos en su entorno cercano, deciden hablar y en cierta manera exigir que sus hijos sean tomados en cuenta dentro de la familia. Fátima narra cómo, ante la evasión por parte de su hermana, ella la obliga a tocar el tema, lo que deja ver que el silencio era causado por no querer incomodar y causar mayor dolor:

Entonces le dije un día “¡es que me da mucho gusto que llores!, ¡yo pensé que era la única loca a la que le dolía, la que los mencionaba!, que ¡ellos sí pasaron por aquí, ellos sí existieron!, o sea, son tan parte de mi vida como si estuvieran aquí pues, o sea, tú tuviste tus hijos, los pariste, están aquí, yo también los parí, pero no están aquí, pero también son parte de mi vida”, “¡también pienso en ellos todos los días!, aunque no los mencione por no incomodar”. Entonces

me dijo muchas cosas que yo no sabía, me dijo, “perdóname por la palabra que voy a usar, pero yo no sabía que un feto podía estar tan guapo” me dijo, “eran preciosos, no es porque sean mis sobrinos, pero son unos de los bebés más bonitos que he visto en mi vida” [...] Entonces me sirvió mucho, le agradezco mucho que sí se haya abierto al final, porque son cosas que quiero, no tengo nada pues, tengo unas huellitas, un dibujo que yo hice y me los imagine así y nomas, en realidad fueron algo muy importante en mi vida, todos los días. (Fátima, comunicación personal).

El apoyo de esta red cercana es de suma importancia; Cacciatore y colaboradores (2009) relacionan cómo aquellas mujeres que sufren de una muerte fetal y cuentan con apoyo social presentan menos problemas relacionados con ansiedad y depresión. Este apoyo se hace visible en los testimonios de Hilda y Gabriela, quienes identifican que, aunque haya pasado tiempo de la muerte de sus hijos, sus familiares continúan hablando y considerando a sus bebés como parte de la familia:

[...] Mi mamá hasta, hasta la fecha hay veces que dice “mi Renata esto... Imagínate a la Renatita con estos dos [sus hijos], con los desastrosos que son... Tan inquietos, imagínate cómo hubiera sido la Renatita”, han pasado 3-4 años y aun así... (Hilda, comunicación personal).

Si al principio como que no, cómo te digo, como que no lo contaban, pero conforme yo fui hablando de él, o sea, que yo me dirigía de José como mi hijo, que es mi hijo, no que fue, que es mi hijo, pero no está presente, como que ellas entendieron, “¡ah ok, a ella le gusta que lo mencionen y que se hable de

él!” y ellas de repente, o sea, de que no que Josecito, lo mencionan pues, no es como que lo excluyan. (Gabriela, comunicación personal).

Al igual que con los familiares, las reacciones del resto del entorno, es decir, de amistades, vecinos, conocidos, etcétera tienen un impacto en el duelo de la madre. Los testimonios, en este sentido, fueron variados; sin embargo, en todos los casos se confirmó que, tras la MF, el entorno social sufre cambios. Amistades desaparecen y otras aparecen. El tabú que rodea al tema de la muerte se hace presente y evidente en algunos casos; la evasión por parte de amistades, el actuar como si nada hubiese ocurrido, causa en las mujeres un dolor que se suma al ya mencionado anteriormente:

Mis amigas desaparecieron, haz de cuenta que no tenía ninguna amiga, nada, ya después llegó una y me dijo “perdón, por haber sido tan cobarde” [...] soy como la papa caliente y me duele mucho eso, por supuesto que si somos amigas preferiría que me preguntaran todo, somos amigas. Yo creo que yo sí lo haría, pero pues uno no puede esperar que todas las personas sean como es uno. (Fátima, comunicación personal).

La reacción de evasión va más allá de hacer sentir incomoda a la mujer. El sentir que al hablar del tema se causa incomodidad en las personas orilla a las mujeres a no hablar y, por lo tanto, incrementa su aislamiento social:

[...] Hubo amistades que ya no volví a saber nada de ellas y otras sí volvieron, pero igual, no es algo que podamos platicar mucho. Hace como seis, siete meses tuvimos una reunión de amigas [...] y no se tocó el tema para nada [...], entonces estaban platicando “no, que cuando yo tuve a mi bebé” y que no sé

qué, “pesó tanto y fueron tantas horas”, y estaban platicando y si dice ella que se sobaba la panza y “¡ah! ¡Yo también cuando estaba embarazada me tocaba mucho la panza!” dije y todas así asombradas... Entonces me di cuenta que era tan incómodo para ellas que preferí mejor no volver a decir nada... (Fátima, comunicación personal).

Un aspecto importante, en cuanto a retomar actividades cotidianas, supone el interactuar con mujeres embarazadas o niños pequeños, lo cual llega a generar sentimientos de coraje, frustración o tristeza en las madres:

No, baby shower no. De hecho, falleció la niña y tres amigas, cuatro, que hicieron baby shower a ninguno fui. No pude ir. No me sentía preparada. Hasta la fecha no he ido a ninguno. (Daniela, comunicación personal).

Con todos, o sea, mi coraje era con todos. De hecho, a raíz de eso yo no podía ver bebés, yo veía bebés y me daba coraje, no podía cargar un bebé, veía embarazadas y hasta coraje me daba. (Cecilia, comunicación personal).

La maternidad y el duelo se encuentran altamente influidos por elementos sociales, por el contexto cultural e histórico en el cual se desenvuelve la madre; la falta de apoyo de la comunidad orilla a las mujeres madres a suprimir su duelo en público, incrementando el aislamiento (Heazell et al., 2012). Cecil (1996) y Lovell (1983) refieren que, al ser el nacimiento y fallecimiento dos eventos distintos y los cuales deberían estar separados por una vida plena, al traslaparse, socialmente se invalidan; la visión y, por lo tanto, las reacciones de la sociedad tienen una relación estrecha con el concepto de muerte

de cada cultura. Las reacciones recuperadas de las narrativas nos reafirman la invisibilidad que socialmente se tiene de las muertes fetales y del impacto negativo que esta evasión tiene sobre las mujeres madres en su habitus materno.

9.4 “Pues pedí el alta voluntaria y perdí mis derechos”. Trabajo y MF

Aun cuando solo una mujer contaba con empleo formal al momento de la MF, consideramos importante mencionarlo como un breve apartado debido a la confusión e injusticia que se vive dentro de las instituciones de salud en relación a las incapacidades por maternidad.

De las ocho mujeres entrevistadas solo una contaba con empleo formal, mientras que para el resto sus labores eran tareas del hogar o trabajos informales, es decir, no tuvieron la necesidad de buscar o solicitar incapacidad. De las cuatro mujeres atendidas en el Seguro Social, tres manifestaron ser derechohabientes por el trabajo de su esposo; solo Elsa contaba con empleo, el cual le daba acceso a Seguridad Social. Ella comenta como en su trabajo se mostraron empáticos al notificar sobre su embarazo, cambiándola a un área que no exigía esfuerzo físico. Tras el fallecimiento y la atención en el Seguro Social, ella debía quedarse hospitalizada; sin embargo, solicita que la den de alta para poder asistir al sepelio de su bebé. Ella menciona que se le niega el alta y se ve en la necesidad de solicitar una alta voluntaria, con lo cual perdió los derechos de incapacidad:

[...] A mí me daban un lapso de 72 horas para recuperación y pues la bebé yo no la iba a ver, no iba a alcanzar a sepultarla y pues firmé alta voluntaria, perdí

todos mis derechos de incapacidad y, pero pues, y me entregaron el cuerpecito y lo sepulté [...] yo creo que a todas nos los quitan, como te digo, te mencioné hace rato lo de mi compañera que no tiene ni el mes que perdió a su bebé, ella tenía cinco meses e igual ella perdió todos los derechos y luego regresó a trabajar, todavía trae inflamada la panza de lo que le quedó del embarazo pues, de hecho ¿uno qué va a saber?, yo no sabía y cuando yo la miré trabajando, yo no la miré con la bata, porque haz de cuenta que empezó lo de la pandemia y mandaron a descansar a todas las embarazadas y ya regresaron. Y cuando la miré “¿y la panza? ¿no te ha crecido?” “lo perdí” me dijo “¿cómo que lo perdiste? ¿Y qué estás haciendo aquí?” “pues pedí la alta voluntaria y perdí derechos y ya aquí me tienes trabajando”. (Elsa, comunicación personal).

Al perder derecho de incapacidad, las mujeres se ven obligadas a volver al trabajo, casi de manera inmediata:

Sí, yo también. Fue entre semana cuando me pasó, fue como un jueves, el viernes fue el sepelio y avisé al trabajo lo que había pasado, pues me habían mandado sin dinero a mí y les hablé para pedirles un préstamo para lo de la tierra y avisé y ya me dijeron que me tomara el día, que me tomara el lunes, porque yo descansaba sábado y domingo, pero no, no me lo tomé el día, era un día nomás, ¿para qué iba a estar en la casa? Pues me fui a trabajar luego luego también. (Elsa, comunicación personal).

Al indagar en los derechos de maternidad de las mujeres ante el IMSS, encontramos que la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales explicita que “para el

otorgamiento de los días del descanso, el parto deberá ocurrir a partir de la semana 23 con producto vivo o muerto” (IMSS). Elsa pierde a su hija a las 27 semanas, pero por solicitar alta voluntaria pierde sus derechos laborales relacionados con incapacidad. Insistimos en que, al no existir un protocolo claro de actuación, el dar un alta o no queda a expensas del médico tratante, generando esta clase de situaciones. Cabe aclarar que Elsa no mencionó haber presentado complicaciones durante su parto las cuales pudiesen haber justificado la sentida necesidad de los profesionales de la salud de que se quedara internada. El mismo documento menciona que las expulsiones entre la semana 1 y 22 son consideradas abortos y los médicos deben tratar los casos como enfermedad general (IMSS, s.f.).

9.5 “Yo sentía como que me tiraron a loca”. La búsqueda de ayuda

La guía de práctica clínica de *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) sugiere acompañamiento y apoyo emocional a la mujer. En los testimonios, la mayoría de las mujeres indicaron que no hubo apoyo por parte de las instituciones de salud en este sentido. Tres de ellas recibieron, durante su estancia hospitalaria, la visita de un psicólogo; sin embargo, ellas mencionan que el abordaje no fue el apropiado al percibir cómo los profesionales de la salud minimizaban las pérdidas:

[...] Vino una psicóloga de ahí del seguro [...] y me empezó a decir “tienes que ser fuerte, si quedaste bien, puedes tener hijos más adelante”, me empezó a decir del caso que hubo en ese tiempo donde hubo un autobús que no sé si se volcó o chocó, pero murieron varias personas en ese accidente [...] como que se enfocó en, como que lo que pasó en esa noticia lo enfocó en mí, no me

servió de nada sus palabras y sentí, así como de que, ¿sabes cómo lo sentí en ese momento? Lo sentí como que ¡ándale, ya pasó, ya pasó!, así sentí yo ¿sabes qué? le decía, “a mí no me digas nada de eso ahorita, yo quiero tener a mi hija, yo la quiero, cuando entré aquí, estaba viva yo tenía que salir de aquí con ella en los brazos”, y en cambio... “No, no lo tomes así, todos hicimos lo mejor posible, si te hubieran hecho la cesárea hubieras muerto tú o hubieran muerto las dos y pues no, mijita, ahorita estás aquí, tienes que aprovechar la vida” y así. (Hilda, comunicación personal).

En el seguro no, o sea, realmente no se le dio seguimiento, porque pues me dijo la psicóloga que, pues este tipo de casos pues no ocupaban, pues que había mucha gente que había perdido familiares quemados, etcétera, o por cáncer o así, bebés. Y me dijo que tenían un grupo donde se reunían, pero nunca me volvió a poner otra cita, nunca me hizo un procedimiento de te voy a volver a ver. Me recetaron medicamento para la depresión y nunca me lo quise tomar. (Gabriela, comunicación personal).

Estos testimonios reflejan cómo, la invisibilidad del duelo materno tras una pérdida en el embarazo no es exclusivo del entorno, sino también de los profesionales de la salud mental. Las madres que recibieron este incipiente apoyo no consideraron adecuadas las maneras en las que se dieron los encuentros, ni la insistencia de utilizar medicamentos para controlar las emociones.

Durante los meses posteriores, algunas de las mujeres madres buscaron opciones para atender su sentir, ya sea con terapias psicológicas, psiquiátricas o alternativas.

Cabe destacar que no todas las mujeres buscaron ayuda; algunas mencionaron que no lo sintieron necesario mientras que, para otras, el gasto que suponen las terapias en la economía fue la causa de no buscar este tipo de apoyo.

Tabla 9.1. Atención a la salud mental y emocional de las mujeres madres

	Terapia psicológica	Terapia tanatológica	Psiquiátrica	Alternativa	Apoyo familiar
Hilda	No	No	No	Taller energía-reencarnación	Sí, mucho
Fátima	No	No	No	GAM	Relativo, evasivo
Daniela	2 sesiones	No	No	GAM	Sí, mucho
Cecilia	Sí	No	Sí	No	Poco
Angélica	No	No	No	GAM	Aislamiento
Gabriela	3 terapias	Sí, una sesión	No	GAM	Sí, aislamiento
Brenda	Sí, 5 sesiones	No	No	No	Sí, evasión
Elsa	No	No	No	No	Poco, evasión

Las mujeres que buscaron ayuda psicológica refieren que, al igual que aquellas que recibieron visita psicológica durante su estancia hospitalaria, los abordajes no fueron adecuados; esto refleja una probable falta de capacitación en los profesionales de la salud mental en relación con el duelo tras la muerte fetal. La percepción de falta de empatía y de minimizar su sentir, fue referida. Daniela comenta que, al asistir con dos psicólogos, le diagnostican depresión sin dar seguimiento a su caso; ella posteriormente explica que el no sentir que sus sentimientos eran validados por los PS fue la causa de no seguir buscando este tipo de ayuda:

[Daniela:] Fui con psicólogo, fui con psicólogo particular, con dos. Pero siento que una de las primeras [sesiones a las] que fui me dijo que tenía depresión grave, me diagnosticó con depresión grave. Tuve dos sesiones con ella y me dijo “te voy a mandar con un psiquiatra, te voy a te voy a hablar”, me dijo “para darte el nombre” y me iba a poner la cita ella, “te voy a poner una cita aquí mismo con un psiquiatra, ¿estás de acuerdo?, sí, te voy a hablar para apartar la cita y la hora”, hasta la fecha estoy esperando. Nunca me habló.

[Entrevistadora:] ¿Dos te dijeron que fueras con un psiquiatra?

[Daniela:] Sí, porque traía depresión grave, una me dijo que primero me iba a mandar con un tanatólogo [...] Ya no quise ir y ya no fui... Ya dejé de ir porque yo sentía como que me tiraron a loca, como de ¡ay, vete!, entonces ya no fui. Ya no quise volver. (Daniela, comunicación personal).

Cecilia fue la única en afirmar que llevó tratamiento psicológico y psiquiátrico hasta que la dieron de alta. En su caso, son sus familiares los que la guían a recibir esta atención. Cecilia comenta cómo el tiempo posterior lo vivió como una locura; el punto de inflexión para ella fue perder la noción temporal-espacial al extraviarse en el centro de la ciudad: “de repente desperté y no sabía ni dónde estaba”. Para ella, el asistir con psicólogo y psiquiatra fue de gran ayuda:

[Entrevistadora:] ¿Y cómo te trataste?

[Cecilia:] Pues fui, me trataron con psiquiatra y con psicólogo.

[Entrevistadora:] ¿Y cómo estuvo eso del tratamiento?, ¿fuiste mucho con el psicólogo?, ¿cómo fue la atención ahí?

[Cecilia:] Me daban pastillas para dormir y otra pastilla, no recuerdo el nombre.

[Entrevistadora:] ¿Y el psicólogo te veía?

[Cecilia:] El psicólogo, pues era hablar y hablar. Duré como siete meses yendo con él.

[Entrevistadora:] ¿Te dieron de alta o tú dejaste de ir?

[Cecilia:] No, me dieron de alta. De hecho, me dijeron que si yo tenía la necesidad de ir podía ir a sacar cita. (Cecilia, comunicación personal).

Los grupos de ayuda mutua, en este caso el grupo Padres del Cielo, fue un apoyo al que accedieron algunas de las mujeres; en esta asociación (constituida por padres que tuvieron pérdidas similares) mencionan haber encontrado empatía, ayuda y consuelo. Fátima, Daniela y Angélica expresan que el haber coincidido en un espacio con personas que habían pasado por condiciones similares las ayudó a empezar a hablar de sus hijos, trabajar su duelo y darse cuenta de que podían salir adelante. Este grupo fue sugerido a las madres por algún familiar, por su ginecólogo o bien, en redes sociales.

Cambió al punto de que me hacen, siento que al momento que fui y yo hablé de mi bebé a personas desconocidas y que pude hacerlo, desde ahí como que sentí más la confianza de poder decirle a cualquiera de mi familia, o sea, yo a partir de que fui a Padres del Cielo llegué [con] mi mamá "mamá, que esto y a una mamá esto y Sofía esto" y ya fue que te digo que mi ma... A partir de que empecé a ir al grupo ya pude empezar a hablarlo pues, o sea ya no, ya no lo mantenía, ya no... Se me facilitó el saber que había más, porque yo no conocía a más mamás... (Angélica, comunicación personal).

Si bien estos grupos son de apoyo para muchas madres, no lo son para todas. Gabriela comenta cómo, de inicio, el grupo le fue de ayuda; sin embargo, tras algunas sesiones, percibe que el escuchar el dolor y las historias de otras mujeres le causaba una sensación de intranquilidad, es por ello que decide no asistir; sin embargo, comenta mantenerse activa en un grupo de WhatsApp porque, de esa manera, se considera dentro de la comunidad:

Hasta que ya, pues fui saliendo poquito a poquito. Yo creo que hasta que encontré el grupo este de las mamás. Que yo creo que no te imaginas en ese momento, yo creo que piensas que eres la única y que descubres un bonche de mamás que hemos perdido bebés [...] y sí, me fue de ayuda porque pues yo creo que al principio te sientes como sola, o sea que te acompañan, pero en realidad nadie te entiende, pues si no le ha pasado nadie te pueden entender [...] en eso siento que me ayudó, en el entender que no era la única, que había más gente como yo, que estaba pasando por lo mismo, ver a las demás cómo pudieron hacer sus vidas, que veía las que ya tenían más tiempo que nosotros y que tenían hijos y yo les mandaba mensaje personal y “oye, ¿cómo pasaste por esto?” “oye ¿cómo le hiciste para esto?” a las que tenían más tiempo ¿no? Decía yo, algún día voy a estar así [...] Pero yo creo que yo decidí no ir a las pláticas [...] porque sufro más, siento que ya me ayudó lo que me tuvo que ayudar el grupo porque cada vez que entraba alguien nuevo como que me reavivaba y obviamente pues siempre van a ir más nuevas, van a ir mamás nuevas y te van a contar lo que pasó con sus bebés y sentía que yo no las podía ayudar, ¿me entiendes? (Gabriela, comunicación personal).

Ante las dudas y el dolor presentes tras la pérdida de un hijo, algunas de las mujeres madres afirmaron haber buscado alternativas para comprender su sentir y/o encontrar una razón al porqué de la muerte del bebé. El uso de terapias alternativas como talleres de emociones o constelaciones también fue utilizado por algunas mujeres; Hilda comenta como este tipo de ayuda impactó de manera positiva en ella, mientras que Gabriela menciona que, para ella, no fue así. Como parte complementaria, algunas mujeres comentaron que el escuchar canciones sobre duelo, escribir a los hijos, seguir páginas sobre duelo y dibujar les ayudó a liberar un poco su sentir. Para otras, entrar a trabajar, empezar a socializar, aunque difícil al inicio, fue algo que las ayudó.

Recapitulando, las emociones descritas en los testimonios son expresiones del habitus materno, en relación con la salud mental, no todas las mujeres percibieron la necesidad de buscar este tipo de ayuda; sin embargo, aquellas que sí lo hicieron se vieron ante una realidad confusa. No todos los profesionales de la salud mental están capacitados o son sensibles de lo que representa una muerte fetal para las familias; por lo tanto, el percibir esta incompreensión incrementó su frustración. La búsqueda de grupos de apoyo, ya sea en redes sociales o a través de un grupo de ayuda mutua, puede reflejar que, al no encontrar apoyo en otros lugares, encuentran comprensión y empatía en personas que han vivenciado una situación similar. En estos espacios, las mujeres sienten la confianza de hablar de sus hijos como *sus hijos* y referirse a sí mismas como *sus madres*. Como menciona Angélica, estos espacios de contención ayudan a reivindicar y reafirmar su habitus materno, aun ante una maternidad distinta.

9.6 “Luego vas a tener otro”. La visión social de la muerte fetal

El tabú social que rodea a la muerte parece intensificarse al tratarse de una muerte dentro del vientre. El dolor, el sufrimiento de los padres, difícilmente, como se deja ver en los testimonios, es validado por la sociedad. Algunos investigadores identifican que existe un estigma alrededor de la mujer y su familia (Brierley-Jones et al., 2014; Murphy, 2012; Pollock et al., 2019), estigma manifestado por la evasión y la consecuente sensación de abandono por parte de las mujeres:

Es un duelo muy difícil porque es un duelo muy solo, es un duelo que nadie entiende más que alguien que lo haya pasado, porque fue un “no lo cargaste en tus brazos”, “no lo conociste”, “no supiste cómo era”, “luego vas a tener otro”, “no te preocupes”. Me han dicho “¿para qué tienes su foto ahí?, o sea, es como meterle el dedo a la llaga”, “ya supéralo, ya déjalos descansar”. (Angélica, comunicación personal).

En mi familia no me tocan el tema, no sé si por lástima no sé, en el momento sí "ay, pobrecita, échale ganas" y ahorita no, a lo mejor porque me ven bien o para no darle lástima, o sea, no me explico yo. (Elsa, comunicación personal).

Como ya se mencionó, uno de los factores que llegan a intensificar este duelo es la juventud de los padres (López García, 2011); socialmente este factor juega otro papel: para el entorno, la juventud de la madre es sinónimo de fertilidad y, por lo tanto, el entorno espera que se inicie la búsqueda de otro embarazo. En ese sentido, se reafirma que las muertes fatales no llegan a ser concebidas como la muerte de un hijo; pareciera más bien que se está

ante un proyecto que fracasó y que es necesario volver a realizar.

Lo anterior se ve reflejado en las respuestas que dieron las mujeres al preguntarles si percibían que, socialmente, eran consideradas mamás de los hijos fallecidos. La mayoría respondió con una rotunda negativa. Las razones por las cuales tienen esa percepción se basan en el hecho de no haber conocido a los hijos de manera extrauterina:

No lo han vivido [el entorno], les cuesta tanto trabajo aceptarlo, porque es un tabú muy grande porque ahora la gente que esta lo del aborto me he dado más cuenta que nunca que ¡ay! es una bolsa de células, ¡hazme el favor!, hay gente que de verdad lo piensa, de verdad lo cree; entonces no le toman importancia, no es un ser humano, no ha pasado por esta vida o no sé, si ya cumplió un año y ya estuvo aquí, duro 15 días, es más, si estuvo en la incubadora un día ya lo toman en cuenta; cuando los perdemos, así como los perdemos nosotros, ya supéralo, no tiene sentido pues... (Fátima, comunicación personal).

Yo digo que lo ven como algo que pasa muy rápido, algo que no contó, como que no pasó, o al menos así lo siento yo, que es como “ni vivió” como que “equis”, como que pasó nada más. No siento que le den la importancia que uno como mamá se la da, como que, si no vivió, ni respiró. Yo si siento que no se le da la importancia que uno le da, porque uno, aunque nazca dormida, cuenta, tiene un valor. (Daniela, comunicación personal).

La poca importancia percibida hacia sus hijos se extrapola a los profesionales de la salud, ya que, durante la atención, las mujeres madres afirman haber sentido que no se

les da el valor que sus hijos representan para ellas, devaluando con esto su identidad como madres e impactando en su habitus materno:

La sociedad lo ve normal, como si fuera prácticamente un aborto, así lo ven. Prefieren decir que no existió. Para no hacerte, irónicamente, más daño, supuestamente. [...] Mira, está mal desde sociedad porque no lo quieren ver como lo que es... Un bebé falleció. En la salud, porque no te dan el proceso de que tú te despidas de tu bebé, no te hacen ver como la mamá de un bebé, la mamá que perdió un bebé, te hacen ver como que falleció y quedó en el olvido. No te ven como la mamá que va a salir con sus brazos vacíos, lo ven todo muy normal. (Cecilia, comunicación personal).

El número de semanas de gestación a las que ocurre la pérdida del hijo tiene un peso en la percepción y reacción del entorno social, Angélica comenta como ella percibe que su dolor fue poco validado al perder a su hija a las 22 semanas en comparación con una familiar quien perdió a un hijo a los días de nacido:

Para los demás no existe... Que no existió porque no lo vieron en físico [...] tiene que ver con la duración del embarazo, sí tiene mucho que ver como lo miran, o sea, es que yo siento que sí, cómo te diré, si no está a término, si no nace a término, no hubo bebé, o sea, ponle tú que nació de seis meses, así duró seis horas y estuvo o estuvo en incubadora o algo así, entonces sí “aah, sí tuvo su bebé y le batalló, luchó...” [...] yo siento que no lo toman tanto en cuenta, como te comento, o sea, pues Sofía se fue de 22 semanas, ¡nadie la tomó en cuenta! y por ejemplo ahora mi sobrina que se fue ya de 34 a término entonces sí ¡ah, la bebé! ¿Sí me entiendes? No fue conocida pues, la conocen porque

yo hablo de ella, pero si no, nadie la toma en cuenta. (Angélica, comunicación personal).

Ante la evasión del tema o la indiferencia por parte del entorno social, algunas mujeres perciben la necesidad de no hablar de sus hijos ante una sociedad que parece no comprenderlas; sin embargo, cuando se da la oportunidad, aprovechan para hacerlos presentes:

Es que tampoco yo hago incomodar, nomás digo “ah, cuando estaba embarazada de Sofía”, no es como que me ponga a platicar mucho, ¿sabes que se quedan extrañados de que... “o sea, ¿la tomas en cuenta?” Así, ¡se sienten extrañados!... (Angélica, comunicación personal).

Un ejemplo de cómo reacciona el entorno social en relación con la maternidad tras una MF se da en el día de las madres. Algunas mujeres mencionan cómo, en su familia, se volvió controversia el saber si se debe felicitar o no a la mujer, principalmente con aquellas mujeres que no tenían hijos previos:

El Día de las Madres fíjate sí ha sido como que la controversia de, por ejemplo, el primer día de las madres unas, fíjate, una tía que perdió un bebé me felicitó [...] Y el Día de las Madres ella me felicitó y me dio gusto que me felicitara, pero a la vez sentía como que qué triste que te feliciten si no tienes a tu bebé aquí, pero pues igual eres mamá, o sea, mi esposo me felicitó, mi mamá me felicitó, pero había gente que le daba como cosa felicitarme, como que les daba cosa, me abrazaban mas no me decían “feliz Día de las Madres”, ¿me entiendes?... o en el abrazo que yo les daba a las mamás, como que ellas

también, pero nunca me decían el “feliz Día de las Madres” porque, pues, pues prácticamente no es un feliz día, no es un feliz... (Gabriela, comunicación personal).

Tal vez mi familia sí me considera mamá, no sé si la demás gente, pero no creo, en mi familia si se habla de ella como si como si nada, incluso el Día de las Madres, mi hija falleció en diciembre, pues llegué a la casa de mis papás. A duras penas, porque no quería ir, pero mi mamá qué culpa tiene y ahí voy y me dio mucho sentimiento que recibí regalos de todos, entonces... Sí como que mi corazón se apachurró porque todos me dieron regalo ahí en mi casa. Mi papá, mamá, mis hermanas y yo ahh, e incluso hasta mi cuñado llegó de “ay, felicidades” ...entonces sí me hizo sentir triste, pero bien... (Daniela, comunicación personal).

El día de las madres brinda un escenario que permite reflexionar sobre la visión social de las MF, en los testimonios plasmados encontramos situaciones donde, la misma familia cercana identifica y mantiene el título de madre en las mujeres, sin embargo, las mismas mujeres refieren cómo percibe que el resto del entorno no las considera así, lo anterior ocurre principalmente cuando la MF ocurre en el primer embarazo. Los testimonios de Gabriela y Daniela reflejan cómo, aunque se identifiquen como madres, las reacciones del entorno influyen de manera positiva o negativa en su sentir. Cassidy (2015) habla de cómo estas crisis pueden crear una destrucción de su identidad.

Recapitulando, en este apartado se trató de dar respuesta a la pregunta específica ¿cómo se manifiesta la maternidad en las mujeres tras una MF? Como respuesta

parcial (en el siguiente capítulo se complementa) tenemos que las mujeres, tras la muerte fetal se enfrentan a una crisis en su habitus materno, esta crisis se intensifica por la atención recibida por parte de los profesionales de la salud en las instituciones y por la evasión o reacciones del entorno que llegan a culpar a la mujer por la muerte del hijo. Estos elementos influyen en que se llegue a poner en tela de juicio, por las mujeres, su identidad como persona, mujer y madre, creando una histéresis en su habitus materno. Ahora bien, el habitus materno, en las mujeres entrevistadas, no permanece en ese estado de crisis, sino que se fortalece, lo anterior se manifiesta en que las mujeres siguen considerándose madres de los hijos fallecidos y ejercen un *maternaje en la ausencia*, como se explica en el capítulo siguiente.

Capítulo 10.- Conclusiones: habitus materno tras la muerte fetal y maternaje en la ausencia

Pero para mí el ser mamá siento que sí ha sido algo, o sea, siento que me ha pasado algo muy bonito a pesar en una situación trágica [...] ahora que me pasó, pues esto de ser mamá, sí me gusta, o sea, sí me gusta esto de la maternidad, a pesar de que no la lleve como una mamá con su bebé...

Gabriela (30 años, primer embarazo, muerte fetal a las 34 semanas de gestación).

La experiencia ante la muerte fetal genera rupturas diversas en la vida de quienes la padecen. Quien escribe este trabajo tiene ahora una mirada que es preciso explicar para delimitar desde qué posición en el campo se analiza este problema en sus dimensiones sociales: en el campo de la atención a la salud me ubico desde la práctica de enfermería y, desde el ámbito docente universitario, como profesora que forma a personas que ejercerán esta profesión enfatizando prácticas del cuidado y la atención. Finalmente, como estudiante de un posgrado en ciencias sociales, me encuentro con la posibilidad de analizar lo que inició como experiencia personal para retomar los aspectos sociales y culturales que pudieran abonar un enfoque más complejo del que surjan propuestas de atención.

Durante el posgrado, se retomó la tradición francesa de Pierre Bourdieu con la idea de analizar el habitus materno, es decir, lo que estructura y da cimiento a la forma en la que nuestra sociedad comprende y vive la maternidad, de modo que quise responder

cuáles serían los cambios o rupturas que puede generar un evento como el de la muerte fetal. Antes de la experiencia de perder a mi hija Ana Paula en el último mes de embarazo, el término muerte fetal significaba, para mí, solo una complicación posible y temida del proceso de embarazo, pero lejana.

Después de un breve tiempo de ejercer la enfermería en hospitales, tomé el camino profesional de formar a personal de enfermería en el ámbito universitario, desde donde he acompañado la formación de jóvenes y he acompañado sus prácticas hospitalarias; en estos escenarios me tocó brindar cuidados o bien orientar e instruir a profesionales en formación. Si bien en pocas ocasiones estuve frente a mujeres que sufrieron una muerte fetal, asumí las prácticas y el modo de atención y de operar día a día dentro de las instituciones. *A posteriori*, veo que la formación recibida como licenciada en enfermería conforma un habitus como profesional de la salud que poco permite cambiar prácticas de atención que se diseñan para cuidar el momento del nacimiento y que no se cuenta con formación y capacitación para acompañar y cuidar lo que implica la muerte de un hijo durante la gestación. La muerte fetal es una posibilidad biológica, pero cuando se presenta la atención centrada en los aspectos biomédicos tiene otras prioritizaciones y quedan de lado las condiciones que pueden afectar los procesos psicológicos y sociales de la salud de estas mujeres.

Para las instituciones de salud, la muerte fetal es un tema invisible o negado, de ahí que al vivir la experiencia pude percatarme de lo que significa tener esta vivencia y, como formadora de personal de enfermería, sentí la obligación moral de explorar este tema, hablar de lo que no se quiere hablar, hacer visible el trato que reciben las mujeres dentro de las instituciones y las vivencias de la etapa posterior. Las mujeres que sufren una muerte fetal sufren la muerte del hijo, la frustración de los planes, sueños y expectativas personales y, en palabras de Bourdieu, experimentan una tensión de fuerzas encontradas que hace patente y

explícito lo que normalmente no se cuestiona sobre el habitus materno y se ven arrojadas a afrontar un duelo cuando esperaban al bebé que durante meses sintieron con vida.

La constante reflexión sobre las implicaciones de abordar un tema por las razones previas llevó en un primer momento a la búsqueda de acompañamiento de especialistas en psicología y, posteriormente, a la participación en un grupo de apoyo que recién surgía en la ciudad de Hermosillo. Después de un año de llevar este proceso de comprender la experiencia personal, inicié el trabajo de investigación con el acompañamiento que brinda el programa de doctorado, es decir, con la participación de tres docentes y el trabajo colectivo de revisión y cuestionamiento que implica. El principal reto era retomar esta experiencia, pero tomar la distancia para comprender mejor lo que sucede a las mujeres ante lo que antes nombré como habitus materno.

La pregunta general que orientó el estudio fue: ¿cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora? Con la finalidad de dar respuesta a ella se realizaron entrevistas en profundidad a ocho mujeres que sufrieron una muerte fetal; además, de manera complementaria, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 13 profesionales de la salud. A continuación, se presentan las principales conclusiones del estudio.

El habitus materno lo definimos como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y que de manera particular dirigen sus prácticas, percepciones y expresiones durante el embarazo, la atención al nacimiento y el ejercicio de la maternidad en la etapa posterior. El habitus materno se va estructurando a lo largo de la vida de las mujeres; sin embargo, para este estudio interesó conocer cómo esta estructura se intensifica o modifica en el momento del embarazo y, sobre todo, conocer cómo, tras una MF, el habitus sufre una crisis al encontrarse en una situación no esperada ni planeada.

Bourdieu refiere que, cuando se dan condiciones, situaciones, hechos y cambios de gran magnitud, se genera una “histéresis del habitus” (Bourdieu, 2007), lo cual, en nuestro caso, ocasiona que la mujer tras la MF ajuste su habitus materno para poder adaptarse a esa nueva situación o entorno.

En este apartado se conjuntan y analizan los elementos planteados en los capítulos anteriores y se presenta cómo el impacto de las expectativas, el valor que le da la sociedad a la maternidad, así como la atención que reciben las mujeres en los hospitales, influye en el sentir tras la muerte fetal. Las principales conclusiones de la investigación se presentan de la siguiente manera: un primer apartado reúne lo relacionado al habitus materno, su fortalecimiento en el embarazo, la atención que reciben en las instituciones de salud y la histéresis que acontece en el habitus materno para después manifestar un fortalecimiento en este. Otro apartado resalta cómo el habitus materno se manifiesta de una manera distinta tras la pérdida de los hijos; esta manifestación la nombramos “maternaje en la ausencia”.

10.1 El habitus materno

La relación mujer-madre ha hecho de la maternidad eje fundamental y fundante de la vida de las mujeres (Salazar, 1998; Saletti, 2008a, 2014). La maternidad ha sido conceptualizada de diversas maneras; para este estudio partimos de la concepción de la maternidad como una experiencia de gran valía en las mujeres madres, ya que las participantes en este estudio expresaron que el deseo de ser madre fue y es algo de gran importancia en su vida. Las mujeres entrevistadas expresaron vivenciar una maternidad

elegida y gustosa. Este sentir, si bien está influido por elementos sociales y culturales, permite comprender lo expresado por las mujeres ante la muerte fetal.

Los testimonios de las mujeres entrevistadas reafirman como, para ellas, la maternidad aparece desde la infancia como un destino, una meta. La fortaleza de este mandato social se expresa en el testimonio de Hilda quien afirma “no es necesario estar embarazada para ser madre; y sí, sí es importante, porque se supone que toda mujer nace para ser madre ¿qué no?, las que no pueden, pueden adoptar y sentir ese amor de madre” (comunicación personal). La maternidad se expresa, en las mujeres entrevistadas, como mandato social pero también como una experiencia positiva y gustosa, tal como lo han señalado Molina (2006) y Palomar (2004).

Me gustan mucho los niños y siempre, desde chiquita, yo soy de las que ve un bebé y dice ¿ah me lo prestas? (Daniela, comunicación personal).

Desde chiquita siempre sueñas que vas a formar una familia (Cecilia, comunicación personal).

En la maternidad confluyen mandatos sociales y culturales (Badinter, 1980; Palomar, 2004; Saletti, 2008a); cuando una mujer se encuentra embarazada, estos elementos se manifiestan y refuerzan: la mujer empieza a verse y sentirse como madre ya que la sociedad, los sistemas de salud y los medios de comunicación, entre otros, refuerzan la imagen materna del embarazo (Carrasco, 2001; Osorio-Castaño et al., 2017). Las mujeres embarazadas inician un viaje a la maternidad mucho antes del parto, entendiendo este como un viaje sin retorno aun cuando no se concrete (Oberman, 2005). Lo anterior concuerda con

lo expuesto por las mujeres entrevistadas al afirmar que el embarazo llegó como una noticia sorpresiva, con gran alegría, y que fue una etapa de gran valía en sus vidas:

Cuando abrí el resultado del laboratorio pues positivísimo, positivo y pues ya me puse a llorar y mi hermano me abrazó y todo y salimos y pues ya ¡festejamos! (Fátima, comunicación personal).

Cuando quedé embarazada pues fue una alegría muy grande, tanto para nosotros como pareja como para mis papás porque soy la más grande, entonces era su primer nieto y pues vueltos loquitos todos (Daniela, comunicación personal).

Los embarazos fueron planeados por algunas de las mujeres, pero deseados por todas. Las reacciones del entorno y de los profesionales de la salud coadyuvaron a solidificar el habitus materno de las mujeres:

Pues durante el embarazo pues andaba más contenta, más *chipilona*, me cuidaban mucho (Elsa, comunicación personal).

Todo el embarazo pues siempre mi esposo al cuidado de mí, yo siempre he manejado, entonces ya no me dejaba manejar “yo te llevo”, “yo te traigo” y se daba el tiempo para que yo no hiciera cosas que no debía, pues... (Hilda, comunicación personal).

La estructura familiar y los agentes presentes en el entorno de las mujeres influyen en el sentir de las mujeres ya que, en congruencia con la valía social que se le asigna a la maternidad, las mujeres durante el embarazo afirmaron sentirse más “cuidadas” y

“apapachadas” principalmente por los miembros de su familia, lo anterior refuerza la importancia del embarazo y del hijo:

Siempre he sido una persona muy solitaria, me da vergüenza decirte esto, pero batallo mucho para encontrar amigas [...]. Soy muy introvertida, me cuesta trabajo, entonces ya después de eso [embarazo] como que la gente me buscaba, yo puedo pasar una semana en mi casa y no es como que me hablan y cuando estaba embarazada era de “vente, aquí estamos” o cuando me veían “¡ay! Que emoción verlos”, fue algo muy padre para mí y en la calle fue así como “¡ay! vente mi reina, tú y tus bebés”, ¡híjole! Fue algo súper bonito. (Fátima, comunicación personal).

El testimonio de Fátima expresa cómo los mandatos sociales, al materializarse en un embarazo, se transforman en reacciones de apoyo para la mujer y, a su vez, ella se refuerza como madre y como persona con un valor social añadido; esto es un reflejo de cómo la sociedad valora la maternidad. Estas normas no escritas se interiorizan en las mujeres y forman parte de su habitus materno.

Todas las mujeres afirmaron cumplir con las expectativas de cuidado y, por ello, sentirse buenas mujeres y madres. Ejemplos de estos cuidados fueron el acudir a control prenatal, realizarse estudios y cambiar ciertos estilos de vida. Estos elementos reafirmaron su compromiso hacia el bienestar de sus hijos y, ante la MF, se manifestaron como una contradicción al sentir que era una injusticia el perder al hijo aun bajo el cumplimiento de estas normas morales y culturales.

Podemos analizar cómo las estructuras sociales en relación a la maternidad se reflejan en la narrativa de las mujeres madres. El hecho de no cuestionar (en algunos casos) y afirmar que toda mujer *debe ser* madre deja ver la gran carga simbólica que representa el tener hijos en nuestra sociedad. Podemos ir deduciendo cómo esta estructura social va influyendo y estructurando las percepciones de estas mujeres ante el hecho de ser madres e ir identificando la estructura del habitus materno antes y durante el embarazo.

La muerte fetal, para las mujeres entrevistadas, se presentó de manera inesperada generando fuertes sentimientos y tensiones; la intensidad de este sentir y el dolor que se genera a partir de la pérdida del embarazo sirve para recordar el carácter regulador y opresivo de lo que es considerado normal o natural, lo cual nos lleva a cuestionar qué significa ser buenos padres y qué significa formar una familia. La muerte fetal en relación con la maternidad se presenta como una amenaza para el habitus materno, para su identidad como madre; las mujeres en este estudio, al igual que lo referido por Murphy (2012), experimentaron culpa por la pérdida del hijo y por sentir que no pudieron cumplir con sus obligaciones de madre que van dirigidas al cuidado y a la seguridad del hijo. Como se verá a continuación, la atención recibida en las instituciones de salud impacta en la histéresis generada en el habitus materno de las mujeres. Si bien no todas las mujeres tienen que vivir de manera positiva el deseo de ser madres, y conscientes de que es posible no desear ser mujeres-madres, en esta investigación las ocho mujeres entrevistadas no cuestionaban el deseo de su maternidad, pero hay múltiples circunstancias y percepciones de otro tipo de maternidades que no se documentan en este estudio.

10.2 El momento de la atención y su relación con el habitus materno

La atención hospitalaria ante una muerte fetal fue identificada por las mujeres como algo sumamente significativo y relevante en su vivencia. Las ocho mujeres se atendieron en alguno de los dos principales hospitales públicos en la entidad (HIMES e IMSS). La atención recibida tiene un fuerte impacto en el duelo y el sentir posterior a la pérdida del hijo (Cassidy, 2018; Frøen et al., 2011; Sanabria, 2019; Sereshti et al., 2016).

Como se describe con detenimiento en el capítulo 7 y 8, la atención recibida por las madres dista de ser adecuada, las mujeres se encuentran con escenarios no preparados para dar un trato de calidad ante una MF. La violencia obstétrica fue una de las problemáticas que más resaltaron en la narrativa de las mujeres, aun cuando no la identifican o clasifican como tal. Al comenzar a estudiar la atención de las muertes fetales en hospitales públicos, esperábamos que este problema emergiera, debido a que previamente se han documentado severos problemas en la atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio dentro de las salas de maternidad (Campiglia, 2015; Castro, 2014a; Castro et al., 2002; Castro Vásquez & Salazar, 2000; Freyermuth-Enciso, 2018). Sin embargo, los casos específicos de violencia obstétrica ante una muerte fetal están poco documentados (Cassidy, 2020; Sanabria, 2019). Ante esta falta de claridad, la violencia obstétrica quedó inicialmente dentro del radar, pero sin ubicarla como centro de la investigación. Lamentablemente, durante las entrevistas realizadas, las situaciones incómodas y lastimosas experimentadas por las mujeres durante la atención dejan ver claramente que existe violencia en la atención del parto y, en algunos casos, las mujeres percibieron y señalaron que esas acciones de violencia u omisión de cuidados fueron causa del fallecimiento del hijo.

La violencia obstétrica se manifestó principalmente de forma verbal, psicológica y física debido a los procedimientos invasivos e injustificados a las que fueron sometidas. Los testimonios de las ocho mujeres revelan injusticia y violación a sus derechos humanos. La voz de las mujeres es, en ocasiones, desestimada por los profesionales de la salud quienes anteponen el conocimiento médico a lo expresado por las madres:

Mi ginecóloga particular me dijo que ya me tenían que provocar parto porque la niña ya no cabía y le dije eso al doctor del HIMES y se molestó mucho y me dijo “Pues ¿quién es el doctor? ¡Aquí yo soy el doctor, yo te estoy viendo!, si tienes dinero, vete con ella a parir”. Si lo tuviera, obviamente lo hubiera hecho. Entonces me dijo “¡no, conmigo no!, yo mañana salgo de vacaciones y te vas a esperar hasta que te den los dolores, nos vemos en enero”. Porque se supone que yo iba a parir el 13 de enero. Entonces me dijo “nos vemos hasta enero” y le dije “no creo que aguante”, yo no podía caminar me sentía muy gorda, me *bofeaba*. Entonces le dije “pues es que me dicen que ya es hora” ... y dijo “¡no, aquí yo soy el doctor y conmigo te vas a esperar a que te den dolores!” (Daniela, comunicación personal).

El sentirse ignoradas, abandonadas y violentadas fue constante en los testimonios. La falta de privacidad durante su atención, el percibir no ser tratadas como madres y la poca o trunca comunicación son otros de los problemas referidos por las mujeres. Fátima, tras días de haber ingresado al hospital por inicio de trabajo de parto a sus 23 semanas de gestación, expresa lo siguiente:

Llegó un doctor y me dijo ¡necesito que estés consciente de que los vas a perder!, o sea, ¡necesito que tú sepas que los vas a perder!, ¡sabes que los vas

a perder, ¿verdad?! ¡Los vas a perder, ¿ok?!... Así, entonces se fue y todas mis ilusiones y todo lo que había inventado... me agarre del 1% que tenía de esperanza y me lo pateó cuando llegó y me dijo eso; entonces me puse a llorar y llegó el que barría y me dijo... [llanto] “no llores hija, ellos sienten todo, no les hagas eso” y ya no volví a llorar y pasé otros tres días más, acomodando las cortinas de una ventana en mi mente. Estuvo muy difícil, aparte de perderlos, estuvo muy traumática mi estancia en el seguro. (Comunicación personal).

Cuando estaba en labor, una doctora o doctor no me acuerdo me reventó la bolsita [bolsa gestacional] y pues yo estaba toda mojada y estaba haciendo mucho frío, yo les decía “tengo mucho frío”, “ahorita te vamos a traer una cobija” y nunca me llevaron nada, duré toda la noche mojada y sobre mucha sangre. Yo les decía “¿me puedes checar el sangrado?” me preocupaba porque yo veía mucha sangre y ya me revisaban y se volvían a ir [...] en la mañana yo sentía ganas de ir al baño y les decía “quiero ir al baño” les decía y ya me revisaron y “es que ya va a nacer tu bebé, ¡puja!” y ya pujé y en eso salió mi bebé, ahí junto con todas (las mujeres en trabajo de parto) las que estaban al lado y no cerraron cortinas ni nada (Angélica, comunicación personal).

Los testimonios anteriores son solo una pequeña parte de la vivencia de su atención, la violencia explícita hacia sus personas y la invalidez de su maternidad se ven reflejadas en el poco cuidado que se les brinda en las instituciones de salud. Frases como “ya

no tiene vida que salvar” “usted tiene que pujar porque ella ya está muerta” conllevan un trasfondo complejo, que deja entrever cómo, ante el fallecimiento del hijo, la atención hacia la mujer pasa a un segundo término.

Por otra parte, las voces de los profesionales de la salud se contradicen con el sentir de las mujeres ya que, si bien ellos consideran que estas situaciones requieren de un trato más empático, la violencia no es identificada por ellos, aunque sí refieren, en términos generales, que el trato dista de ser humanizado. Esta ambigüedad en sus testimonios se relaciona con lo que expresa Roberto Castro:

Los médicos mantienen una relación de ambivalencia sociológica frente a las formas de violencia a las que están expuestos en su desempeño cotidiano. Ello les permite ser muy críticos ante la violencia externa y, al mismo tiempo, naturalizar o aceptar como parte de la profesión la violencia interna hegemónica. (Castro y Lozano, 2018, p. 539).

Los profesionales de la salud expresaron cómo ellos no se consideran personas que violenten los derechos de las mujeres; sin embargo, coinciden en que otros actores dentro del campo de la salud sí llegan a presentar actitudes y tratos desfavorables para las mujeres, además de identificar cómo existe una invisibilidad de este tema dentro del área de la salud ya que las muertes fetales no se encuentran dentro del currículo en la formación, tampoco dentro de los programas de capacitación en las instituciones, ni en otros escenarios. La invisibilidad de las muertes fetales se refleja también en la ausencia de espacios y protocolos que guíen la actuación de los PS. Aun cuando existen situaciones que no se justifican con la carencia de esos elementos, otras parecen tener relación con ello.

En los testimonios, identificamos situaciones en donde tanto las voces de las mujeres como de los PS coinciden al sentir que el abordaje y la atención no es adecuada. Por ejemplo, la manera en la que se comunica el diagnóstico, el abandono y la falta de cuidados, el momento del nacimiento, el contacto con el cuerpo del hijo y la hospitalización en las salas comunes. Las mujeres refirieron descontento en cómo se sintieron al ser tratadas y los PS identifican que la forma de atender no es adecuada y se debe cambiar. No obstante, ellos mencionan que los principales obstáculos son la falta de capacitación, la sobrecarga de trabajo y la ausencia de espacios. Ejemplo claro es la hospitalización en salas comunes, donde todos los informantes estuvieron de acuerdo en que es injusto e incluso inhumano el tener que cohabitar con mujeres con recién nacidos en la situación referida; sin embargo, al no existir otro espacio, se ven en la necesidad de colocar a las mujeres en estas salas.

Existen otras situaciones que se dan durante la atención donde, aunque las mujeres calificaron como inadecuado el abordaje, los PS mostraron una actitud ambivalente; es decir, en algunos puntos estaban de acuerdo con que son aspectos a mejorar y, en otros, estos puntos les parecían inoperantes o innecesarios. Ejemplo de estas situaciones es el acompañamiento en todo momento y que la mujer tome decisiones sobre su manejo. En estos puntos, los PS referían que, aunque consideraban benéfico el acompañamiento, también lo encontraban inoperante. En relación a poder decidir sobre su atención, algunos mencionaron que sería lo ideal, pero la mayoría se inclinó por recalcar que las mujeres no están en una posición que les permita identificar lo mejor para ellas en estas situaciones.

Otros puntos en la atención que para las mujeres fueron inadecuadas y que los PS no habían identificado como fallas fueron las actitudes frías y apáticas (al referirse, principalmente, a la ausencia de comunicación o a diálogos fríos y cortantes) y lo relacionado con la asesoría sobre la leche materna y la planificación familiar. Se podría decir que, en

términos generales, el comunicar sobre el tratamiento, procedimientos y la asesoría en temas específicos como leche materna y planificación queda en “tierra de nadie”. Ejemplo de ello es que al cuestionar a los PS quién debería comunicar a la mujer sobre la lactogénesis y su manejo, la figura no quedó clara, es decir, el ginecólogo señaló al personal de enfermería, el personal de enfermería al ginecólogo o la enfermera encargada de alguna actividad específica (encargada del lactario, de los egresos), lo cual conlleva a que la información no llegue a la mujer.

Lo anterior nos lleva a cuestionar ¿Por qué la invisibilidad del tema en las instituciones de salud? Una de las respuestas podría ser que, en una sociedad capitalista donde se busca la producción y el resultado, la muerte fetal se planta como el fracaso del sistema de salud, tal como la ginecóloga Valeria lo expone “es muy doloroso, al menos para mí es lo más doloroso que me puede pasar como obstetra, porque no puedes entregar *el paquete bien*” (comunicación personal). Cassidy (2020) expone este punto y analiza cómo, en la medicina, se parte de la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres el cual está diseñado para dar un “producto vivo”; estos nacimientos simbolizan el éxito en la atención obstétrica medicalizada, por lo tanto, las MF simbolizan una falla en la medicina.

Otra de las raíces intrincadas de la problemática en la atención se relaciona con el habitus materno. Por una parte, a las mujeres desde el embarazo se les identifica y trata (entorno y PS) como madres y ellas mismas interiorizan este sentir. En contraste, los PS manifestaron percepciones diversas sobre si consideran o no que las mujeres son madres tras una MF: algunos de ellos lo afirmaron, otros lo relacionaron a las semanas de gestación y otros contestaron de manera negativa. Sin embargo, al cuestionar sobre el trato, mencionaron que todas son consideradas madres dentro de la institución ya que se les brindan cuidados

propios de un posparto, es decir, se brindan los cuidados físicos como al resto de las mujeres con hijos vivos y, para ellos, esa es la manera de identificarlas y tratarlas como madres.

Yo digo que sí, sí se tratan como madres porque casi la mayoría se les da el mismo trato de la puerpera del óbito, entonces no sería así como la señora que tuvo el óbito y ya, no, es la mamá, la mamá del óbito (Néstor, enfermero, comunicación personal).

Al cuestionarle a los PS si consideran adecuada la atención (de manera general) ellos respondieron de manera afirmativa ya que se lograba el objetivo médico, es decir, el terminar con un embarazo no viable y salvar la vida de la mujer. Este sentir reafirma cómo, dentro del sistema de salud, la mujer y su capacidad reproductiva son vistas y tratadas como producto, un producto que, ante una falla, se tiene que reparar. El afirmar que se les trata como madres por el simple hecho de seguir recibiendo los cuidados generales propios de una etapa posterior a un parto o cesárea permite ver cómo no hay un análisis y reflexión en relación al impacto que se genera en el habitus materno de las mujeres:

[Entrevistadora:] ¿tú consideras que la atención que se le da a estas mujeres es la adecuada?

[Lucía, enfermera:] Pues yo digo que si

[Entrevistadora:] ¿hay algo que crees que se pudiera mejorar?

[Lucía:] Pues yo creo... lo que a mí no me gusta es eso, que expulsen el producto en frente de todas. (Comunicación personal).

La forma en la que se expresan del hijo es algo que genera molestia y enojo en las mujeres, el llamar “producto”, “óbito” o “feto” al hijo son términos lastimosos para las mujeres ya que no reflejan respeto por el hijo fallecido.

En conclusión, la falta de espacios, protocolos, recursos y capacitación son reflejo del aspecto estructural de la atención a la maternidad y, en situaciones críticas como una muerte fetal, este se hace visible. La institución, en la manera en la que brinda atención, refleja su concepción de la mujer y del valor a la maternidad, lo que nos lleva a afirmar que, en términos generales, existe una violencia estructural hacia la atención en los casos de muerte fetal. El habitus materno de las mujeres entra en crisis ya que, además del dolor propio de la pérdida del hijo, las mujeres manifestaron percibir que no fueron tratadas como madres y que no se les brindó el valor y respeto hacia sus hijos; al respecto, Cassidy y Sanabria proponen que dentro de la violencia obstétrica se considere el manejo de los cuerpos de los hijos fallecidos como otra violación a los derechos de la mujer.

El percibir que el campo de la salud, ejemplificado en las instituciones de salud, no está preparado para atender los casos de muerte fetal, influye directamente en la histéresis del habitus que las mujeres vivencian. Esta histéresis se refiere al sentir de que lo estructurado previamente, su habitus materno, se encuentra con un punto de inflexión donde queda en entredicho, no se respeta y, por el contrario, se violenta su identidad como personas y como madres.

10.3 La histéresis del habitus materno y su fortalecimiento

La muerte del hijo fue referida por todas las mujeres como el evento más doloroso y difícil experimentado en su vida. Como se mencionó, López García (2011) analiza cómo la juventud de los padres, lo inesperado de la muerte y la minimización por parte de la sociedad crea un ambiente que propicia que estos duelos se intensifiquen. Además de lo

anterior, las mujeres entrevistadas tienen un factor añadido: la atención inadecuada y violenta recibida en las instituciones de salud. El experimentar sentimientos profundos e intensos y cambios en las dinámicas familiares y de su entorno social las lleva a percibir una crisis, un efecto de histéresis en su vida e identidad, principalmente en su habitus materno. Al preguntarle a las madres sobre si, tras la muerte del hijo, cambió en algo su actitud hacia la vida, todas respondieron que en mayor o menor escala habían sufrido un cambio; algunas de ellas expresaron sentirse todavía en un proceso de transformación:

Después de eso no sé, de verdad está como para que te metan a un manicomio, está de verdad como para volverte loca, o sea, unas crisis, no sé si en algún momento de mi vida pueda volver a ser yo misma [...], siento que todavía necesito mucha ayuda [...] (Fátima, comunicación personal).

[...] Entonces me dejaron de interesar muchas cosas, muchas, muchas cosas, pero aprendí a valorar muchas otras que no valoraba... como mi familia [llanto]... Siento que no les daba la importancia que tenía. Entonces cambió... cambió eso... aprendí a valorarlos y ves la vida totalmente diferente. Te cambia no sé, te cambia todo. Ves la vida muy diferente. (Daniela, comunicación personal).

Todas las mujeres refirieron haber sentido culpa, coraje y tristeza tras la muerte de los hijos. En relación a la culpa, algunas de ellas mencionaron sentirse culpables de lo acontecido, ya sea por no exigir un trato distinto, por haber realizado alguna actividad que consideraron de riesgo o bien por un cuerpo que no logró culminar un embarazo. Esta

culpa se manifestó como uno de los procesos más difíciles de aceptar y que más impacto tuvo en su habitus materno:

Y sentí coraje conmigo misma también, porque si yo o tú... porque si a ti te hubiera pasado lo que a mí, yo me imagino que hubieras estado más pendiente de sus movimientos o estarte tocando para que se mueva y así cositas que se supone que como *instinto humano* debemos de tener, entonces... eso sí me da coraje conmigo misma porque digo, ¿por qué no pude poner un poquito más de atención? ¿Por qué no exigí y me levanté de la cama y me fui a otro lugar donde pudiera salvar a mi hija? ¿Por qué no me fui a otro lugar donde no hubiera pasado esto? (Hilda, comunicación personal).

Al principio yo sentía que yo tenía la culpa, yo fui la que no pudo tener al bebé, o sea, es mi cuerpo, mi cuerpo no sirve para nada, o sea, mi esposo está casado conmigo, le voy a pedir el divorcio, no quiero que esté conmigo porque en realidad no sirvo para tener hijos, yo creo que piensas hasta lo peor de ti (Gabriela, comunicación personal).

Este sentir se encuentra enmarcado por los ideales sociales sobre el embarazo y la maternidad. La idea del instinto materno se asocia a que debe existir un conocimiento instintivo en la gestante el cual debe alertar a la mujer cuando algo está mal, en este sentido la culpa se liga al cuestionamiento de su competencia como madres (Murphy, 2019). Tras la MF, las mujeres manifestaron un conflicto interno en relación al haber cumplido con los mandatos sociales de una buena mujer y una buena madre (Cassidy, 2020) y haber perdido a los hijos.

Tras la muerte fetal, las mujeres manifestaron en la mayoría de los casos depresión, tristeza profunda, crisis de ansiedad, trastornos del sueño e incluso ideaciones suicidas. Fátima menciona “me estoy volviendo loca decía, me quiero suicidar”. Daniela confirma que el suicidio “pasó por mi cabeza varias veces”. Las mujeres atribuían este sentir a la sensación de fracaso como mujer y como madre, al abandono y maltrato en los hospitales y a sentir una falta de comprensión en el entorno. Estos ejemplos los identificamos como la manifestación de la histéresis del habitus materno tras la muerte fetal, es decir, las manifestaciones de la mujer ante una situación inesperada y un campo y agentes que invisibilizar la existencia y muerte del hijo.

Las mujeres refirieron que, a pesar de lo duro y difícil de la vivencia, su identidad como madres del hijo fallecido se mantiene, es decir, encontramos que el habitus materno se fortalece. Este ajuste no se da de manera inmediata, por el contrario, es un proceso con altos y bajos, que llevan a la mujer a revalorar aspectos de la propia vida y a adaptarse a una realidad distinta a la planeada. Tras la crisis inicial o el punto de inflexión en lo que concierne al habitus materno, podemos ver, en estos testimonios, que para las mujeres existe un cambio en la manera en la que ven la vida y en la manera en la que significan la llegada y partida de sus hijos. El efecto de histéresis se empieza a materializar al ir encontrando cómo las mujeres van adaptándose a la situación, lo cual permitirá seguir “funcionando” en razón al campo social. Al respecto, al cuestionar a las mujeres sobre si se sentían diferentes a cómo eran antes de la llegada y partida del hijo, algunas externaron que, aunque ellos no estén físicamente, la responsabilidad de una madre se queda presente:

Sí, de hecho, siento que ya no, o sea, a pesar de la situación, siento que ya no vuelves a ser la misma persona, ¿no?, que ves muchas cosas diferentes. Y sí,

me siento diferente al ser mamá de Ana. Sí hay una diferencia. A lo mejor sientes como una responsabilidad que físicamente no la tienes, pero la tienes, o sea, no sé cómo decirte; físicamente no tienes a alguien a quien atender, a quien cambiarle los pañales, etcétera. Pero yo la siento, como qué te digo, conmigo, no sé o digo siento como una responsabilidad, como diferente, pues eres mamá de alguien y no está, pero sigue siendo mamá de alguien, aunque no esté... (Daniela, comunicación personal).

Así como existen cambios hacia la vida tras la muerte de su hijo, las mujeres expresaron haber aprendido a vivir nuevamente, no superando u olvidando al hijo perdido, sino aprendiendo a vivir con la ausencia más presente en su vida:

Siento que con esto de Josecito sí ves las cosas de otra manera [...] Josecito para mí significa todo, todo, todo, todo. O sea, significa unión entre nosotros, a pesar de que, sí tuvimos problemas como matrimonio, significa, pues fortaleza, significa prueba, significa valor, significa vida a pesar de la muerte, significa a no sé, muchas cosas. La tanatóloga me preguntó que si cómo me sentía después de lo de Josecito, yo le dije que ¡me sentía invencible!, o sea que me sentía invencible, que me sentía como tal vez un superhéroe, que podía todo [...] siento que la pérdida de un hijo así, como dicen, no tiene nombre. Estás viuda, estás huérfana, pero estás, sin hijo ¿cómo estás? ¿Qué nombre le das? Y siento que al haber pasado por eso siento que pasas por muchas cosas. O sea, que nada supera la muerte de tu hijo. A pesar de que puedas pasar por otras muchas muertes, pero siento que nada supera la muerte de tu hijo. Y así me siento y siento que ese valor le ha dado, y ese significado le he dado a esto

y pues obviamente me siento mamá, a pesar de que no esté presente físicamente, pero yo sé que soy mamá. (Gabriela, comunicación personal).

Los testimonios anteriores afirman cómo las mujeres madres, aun cuando no encuentran un campo social que concuerde con sus necesidades —es decir, ante una histéresis del habitus materno— logran un fortalecimiento de ese mismo habitus, manifestado en ejercer una maternidad distinta ante un hijo ausente. Todas las mujeres confirmaron ser las madres de los hijos fallecidos, independientemente de la edad gestacional, las reacciones del entorno, el trato en las instituciones de salud y la invisibilidad en general que perciben de la sociedad. Ante ello podemos deducir que el habitus materno, reforzado durante el embarazo y puesto en crisis ante la muerte fetal, encuentra un camino en la invisibilidad y se hace presente en las mujeres. El sentirse madre de los hijos no se limita a ese título: las mujeres refieren sentirse orgullosas, resilientes de que, ante las situaciones difíciles e incomprensibles, logran volver a configurar su maternidad —para nosotros su habitus materno—.

10.4 El maternaje en la ausencia

El maternaje se puede definir como los elementos psicoafectivos que se desarrollan y vinculan a la mujer con el hijo; el maternaje es una práctica o agencia que permite visualizar las prácticas maternas (Chodorow, 1978; Oiberman, 2005; Salazar, 1998; Sancho, 2016). De inicio no se pretendía explorar si existía un maternaje tras una MF; sin embargo, las percepciones, acciones, pensamientos y expresiones tras la muerte fetal, es decir, el habitus materno, encuentran una manifestación en el maternaje, un maternaje

distinto pero que simboliza una conexión afectiva con el hijo lo que da como resultado lo que llamamos *maternaje en la ausencia*, siendo uno de los hallazgos más significativos en la presente investigación.

Ante el nacimiento de un hijo, la maternidad se concreta en acción. Las mujeres inician un maternaje expresado en brindar cuidado y en mantener una relación afectiva con el hijo. Ante la muerte fetal encontramos que las mujeres manifiestan en mayor o menor escala un maternaje en la ausencia, es decir, muestran manifestaciones del vínculo con el hijo fallecido; estas reafirman su condición de madre en una situación incomprendida como son las pérdidas en el embarazo.

Las ocho mujeres entrevistadas afirmaron sentirse como las madres de los hijos fallecidos. Todas consideran importante mantener la imagen del hijo en la memoria familiar: para ello se encontró en las narrativas una serie de actos que realiza la mujer y su familia en memoria de los hijos. Si bien, no todas con la misma intensidad, todas mencionaron que sus hijos fueron, son y serán una parte importante de ellas mismas.

Durante la gestación, las mujeres comentaron cómo percibían que sus hijos iban formando una identidad propia: todos los bebés fallecidos tenían un nombre previo a su partida, solo una mujer no alcanzó a conocer el sexo del bebé antes de la pérdida; sin embargo, el nombre estaba dado. El conocer el sexo, dar un nombre a los bebés, iniciar la selección de ropa y otros objetos elegidos exclusivamente para ellos influye en ir constituyendo a los nonatos una identidad. Este hecho ha sido señalado por Layne (2000), quien habla de que la adquisición de cosas del bebé crea en las mujeres un imaginario real del hijo al dotarle de características únicas, estas características son vinculadas por las mujeres tras la MF:

[...] El día de muertos puse sus cosas, sus juguetes, sus cobijitas, sus fotos, chocolates que les encantaban, que cada vez que comía chocolates se volvían locos en la panza, y lo puse y llegaban y las tres personas que lo vieron, daban de gritos, entonces para mí yo estoy acostumbrada a ver sus cosas, para mí no era tan así, porque yo estoy acostumbrada a ver sus cosas. (Fátima, comunicación personal).

Con la finalidad de recordarlos y hacerlos presentes, todas las mujeres afirmaron tener ciertos objetos pertenecientes a los hijos, ya sea ropa, alguna imagen de ultrasonido o bien, aquellas mujeres que no tenían objetos específicos, mencionaron cómo poco a poco han ido construyendo recuerdos, ya sea de algo material o bien, creando algún dibujo, pintura, etc.:

Todas sus cosas yo las tengo, todas sus ropitas, su cuna, su portabebé. Todo está en mi casa, en los zapatitos, el primer biberón que le compré, la primera ropita. Todo, todo, está ahí. (Daniela, comunicación personal).

[...] De hecho agarramos un trajecito, aquí lo tengo, con el que lo íbamos a sacar del seguro y dormimos con él; desde entonces dormimos con él, o sea, desde que pude ver sus cosas dormimos con él, bien chistoso y lo lavo, o sea, lo lavamos y lo volvemos a poner aquí... (Gabriela, comunicación personal).

El mantener elementos para recordarlos es algo importante para las mujeres y sus familias. Para algunas de ellas, como Daniela, su tumba tiene especial importancia; ella menciona cómo, desde que la bebé falleció, cada mes acude al panteón a visitarla, lo mismo en fechas especiales. Adornan su tumba de manera constante, con imágenes infantiles, color

rosa y con la única foto que tienen de ella. Fue común encontrar, en las narrativas, cómo las madres comentan que sus hijos son parte de ellas, que forman parte de su día a día y que su recuerdo está presente de manera constante:

[Entrevistadora:] ¿Qué tan frecuente piensas en tus hijos?

[Fátima:] Todo el día, todos los días. Todo me recuerda a ellos. (Fátima, comunicación personal).

En mi casa se habla de ella, no crea que tenemos, de que “ay no hables de ella, ¡no!”, en mi casa se habla de que “ay, la Anita”. Mi hermana tiene una muñeca, mi hermana ya está grande, pero tiene una muñeca que se la dieron de chiquita y mi mamá dice “uy, esa muñeca te la iba a quitar la Anita” ... y se fue enojada, con el ceño fruncido [me mostró la foto de la bebé]. (Daniela, comunicación personal).

Este sentimiento de mantener presente su ausencia se da tanto en las mujeres que no tienen hijos previos o posteriores como en aquellas que ya tenían hijos o han tenido bebés después de la pérdida:

Y sabes que... cada vez que me pongo a recordar... es como... yo sé lo he dicho a mi esposo, el tiempo no te ayuda a olvidar, siempre, siempre lo vas a tener ahí en tu cabeza, en tu corazón, siempre lo vas a tener, pero el tiempo sí te ayuda a recuperarte, a pasar el duelo, pero a olvidar a esa persona que tal vez ahorita estuviera corriendo por aquí, por mi casa, no. (Hilda, comunicación personal).

No sé, yo estaba con la idea de que yo ya tuve un niño, para mí mi hijo siempre está presente, siempre estoy pensando en él, no es algo de que, hasta ahorita, después de tantos años, lo haya superado, lo haya olvidado o lo deje de querer o deje de doler; todo es igual. Sabe, no sé, a pesar de todo el tiempo que ha pasado es igual para mí y es muy difícil ver, por ejemplo, ver a mi otro hijo, lo gracioso que es, ahora que camina y todo y yo digo, o sea, que me perdí todo eso con mi otro hijo. (Brenda, comunicación personal).

El incorporar al hijo en su día a día es algo que algunas mujeres mencionaron hacer para mantener su memoria y lo consideran como algo de suma importancia en su vida. Angélica refiere la importancia que para ella tiene que su hijo posterior conozca de la existencia de su hermana: “Fíjate que, con una tarea del niño, un árbol genealógico pues sacamos las fotos que tengo [en] una computadora de los ultrasonidos y todo y le pusimos, la pusimos a la bebé en el árbol genealógico” (Angélica, comunicación personal). Por su parte, Gabriela comenta:

[...] Siempre lo recuerdo, tengo la foto de él aquí, todos los días cuando voy al trabajo me despido de él, pero ya no es tanto, obviamente sí hay dolor, yo creo y siempre va a haber dolor, pero ya no tanto el llorar, como te digo, es más nostálgico, de que quisiera que estuviera aquí, o veo a mis amigas con bebés y cómo me gustaría que Josecito estuviera aquí, así, o cumpleaños y me lo imagino como estuviera. Así pues, yo creo que todas ¿no?... (Gabriela, comunicación personal).

Todas las mujeres explicaron ampliamente el dolor que les causó la muerte del hijo. Algunas contaron con mayor apoyo social que otras y la atención en las instituciones no llegó a ser adecuada para ninguna; sin embargo, todas mencionaron sentirse orgullosamente madres de los hijos fallecidos y consideran un deber de su maternidad mantener su memoria presente: “pues más que nada ahora que a todos lados la comento, a todos lados la hablo, ¡pues porque es parte de mí!... Porque siempre, todo el día, en detallitos, no hay día que no me acuerde de ella, pues...” (Angélica, comunicación personal).

La memoria de los hijos fallecidos encuentra un lugar especial en la narrativa de las mujeres. Ellas comentan cómo, cuando una persona les pregunta ¿cuántos hijos tienes?, ven una oportunidad y, hasta cierto punto, una obligación como madres el mencionarlos: “Yo le digo tengo tres: dos conmigo y un ángel” (Hilda, comunicación personal);

Cuando me preguntan cuántos hijos tengo, veo la oportunidad más grande del mundo para hablar de ellos, y contesto normalmente que tengo dos en el cielo, pero muchas veces me preguntan personas que yo sé que son muy duras o muy así y les digo que no, depende como vea a la gente, pero normalmente digo que sí, que tengo dos en el cielo. Y la reacción de la gente me trauma, casi siempre no saben qué decir. (Fátima, comunicación personal).

Angélica inició un proyecto especial por la memoria de su hija, además de que, tiempo después de las entrevistas, pasó a formar parte de la asociación civil Padres del cielo. Al ser fotógrafa, empezó a realizar fotos de duelo gestacional para aquellas mamás que, como ella, no pudieron conocer a sus hijos:

Hace mucho que seguía a Norma Grau [fotógrafa española especialista en duelo gestacional], hace mucho que la seguía y así fue como, ¿y si empiezo a hacer lo mismo que ella?, como te digo, siempre buscaba algo que hacer para los aniversarios de Sofía pues, busco algo que hacer; cuando cumplió tres, hice esas fotos, cuando cumplió cuatro, las hice públicas y quise hacer como que una reunión. Siempre buscaba, busco hacer algo significativo para ella. Y ahí fue cuando empecé como que hablarlo y a platicarlo más e inició el proyecto de “El legado de Sofía”. (Angélica, comunicación personal).

Ya sea hablar abiertamente de los hijos, realizar celebraciones en los días que consideran especiales, el tener y mantener lugares especiales en sus casas con objetos que los representan o bien, el recordarlos diariamente, todas son actividades que las mujeres madres realizan con la finalidad de mantener la memoria de sus hijos presentes y conservar una relación afectiva con ellos. Estas acciones, tan distintas a cuando se tiene un hijo con vida, no dejan de ser maneras de brindar cuidado y amor hacia ellos, modos en que reafirman su identidad como madres; estas acciones son la forma en que estas madres realizan su maternaje, un maternaje en la ausencia.

10.5 A manera de cierre

La vivencia de las mujeres ante una muerte fetal es un hecho sumamente difícil: estas se cuestionan sobre el cuidado o se les cuestiona al respecto, además de que se pone en duda si el proceso implica el considerarles madres de estas personas; todo ello hace

que sea también una experiencia de investigación compleja. Durante la realización de este trabajo fueron necesarios varios ajustes principalmente teóricos y metodológicos. Las muertes fetales tocan fibras sensibles en los actores involucrados. Las mujeres madres sufren, no solamente la pérdida del embarazo y el fracaso de los planes y proyectos de vida con ese hijo, sufren también una crisis en relación a su identidad como madres, un punto de inflexión en su habitus materno. Esta crisis se ve enmarcada —como se presenta con detalle en los capítulos que conforman esta tesis— dentro de una sociedad que prefiere invisibilizar estas pérdidas y por el inadecuado manejo dentro de las instituciones de salud.

La maternidad se volvió eje transversal del análisis: desde la infancia, a las mujeres se nos instruye en el *deber ser*, el cual incluye tener hijos. Ante el embarazo, el entorno cercano y la sociedad en general alaba y cuida a las mujeres, crea expectativas de cuidados y deja la obligación del cuidado del hijo, desde el vientre, a la mujer. Durante el control prenatal, las mujeres son llamadas “madres”; a los hijos no se les llama “producto o embrión”, se les llama “bebés”, y los ultrasonidos, cada vez más nítidos y reales, crean imágenes donde se pueden apreciar detalles de la morfología de ese ser. En el caso de las mujeres que participaron en este estudio, fue significativo que siempre refirieron embarazos saludables y todas señalaron cumplir con los mandatos de cuidado.

Cuando ocurre la muerte fetal, las mujeres no solo experimentan los aspectos biológicos y psicológicos, sino que también, en lo que se espera de ellas en cuanto a mujeres-madres, experimentan tensiones en lo que conlleva el habitus materno, su identidad asociada a la maternidad cuando esto es así y las valoraciones sobre sus cuidados, el silencio y el cuestionamiento implícito y explícito de definir la situación de la muerte fetal como tal. En términos de Bourdieu, se genera una “histéresis del habitus”, es decir, una crisis que tensa polos opuestos de significados socialmente compartidos, condición que es una metáfora para

analizar la tensión en un gran cambio que implica el dolor ante la muerte y el cuestionamiento silencioso de elementos relacionados con el habitus materno como lo es el cuidado a los hijos aun antes de nacer. El campo médico, con sus diversos escenarios, continúa funcionando para el habitus materno previamente estructurado. La mujer y su familia encuentran una disrupción al hallar sistemas que al parecer solo funcionan para atender y recibir a un bebé con vida; no obstante, se tienen que adaptar a las condiciones preestructuradas de ese campo. Es aquí donde el bebé ya no se llama “bebé”, se llama “producto”, “embrión” u “óbito”, lo cual no concuerda con la forma y manera en la que vivenciaron sus embarazos.

La atención brindada en las instituciones no es adecuada. Es obvia la falta de capacitación, infraestructura y protocolos que debieran existir para poder dar un trato digno a las mujeres y sus familias ante una MF. Estas pérdidas suponen, para los profesionales de la salud, una falla en la medicina. A nadie le gusta, nadie está conforme con la forma en la que se brinda la atención; sin embargo, las carencias siguen estando presentes. Es necesario que, desde las escuelas formadoras, se trabaje sobre estos temas y se genere un cambio en la atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud. Médicos y enfermeros tenemos un deber moral hacia las mujeres. Es necesario no solamente evidenciar la violencia que se ejerce en los nosocomios; como sociedad y como profesionales de la salud tenemos una deuda pendiente con las familias que han sufrido una muerte fetal.

El manejo del cuerpo de los hijos refleja de manera singular la forma en la que se brinda atención a las mujeres y sus familias: su contacto se resume a minutos y queda a expensas de los profesionales de la salud tratantes y la entrega del cuerpo está sujeta a llegar a los 500 gramos; de no ser así, no puede ser entregado a los padres. Además, las mujeres salen de los nosocomios con los brazos vacíos: salvo una madre, quien logró que le imprimieran la huella de sus hijos, el resto solo recibió el certificado de muerte fetal.

El período posterior es una época de dolor e incomprensión. El habitus implica procesos estructurados que ajustan y estructuran situaciones, identidades. Un ejemplo es que ante la muerte se tienen rituales importantes en cada sociedad, pero ante la muerte fetal no se viven con claridad o no es posible realizarlos. Ante la falta de pautas claras, la tensión conlleva crisis, depresiones y falta de acompañamiento institucional o social adecuado; la referencia de ataques de ansiedad, depresión, ideación suicida y otras condiciones fueron mencionadas. Si no se encuentra apoyo, se generan crisis severas; sin embargo, fue claro que el apoyo recibido de la red social cercana ayudó a las mujeres madres a sobrevivir esta etapa: cuando esto no sucedió, los procesos se agravaron y profundizaron. Los profesionales de la salud mental, al menos en estos testimonios, tienen una mínima aparición. La evasión del entorno y la culpabilidad hacia la mujer en algunos casos intensifican los sentimientos experimentados por las madres.

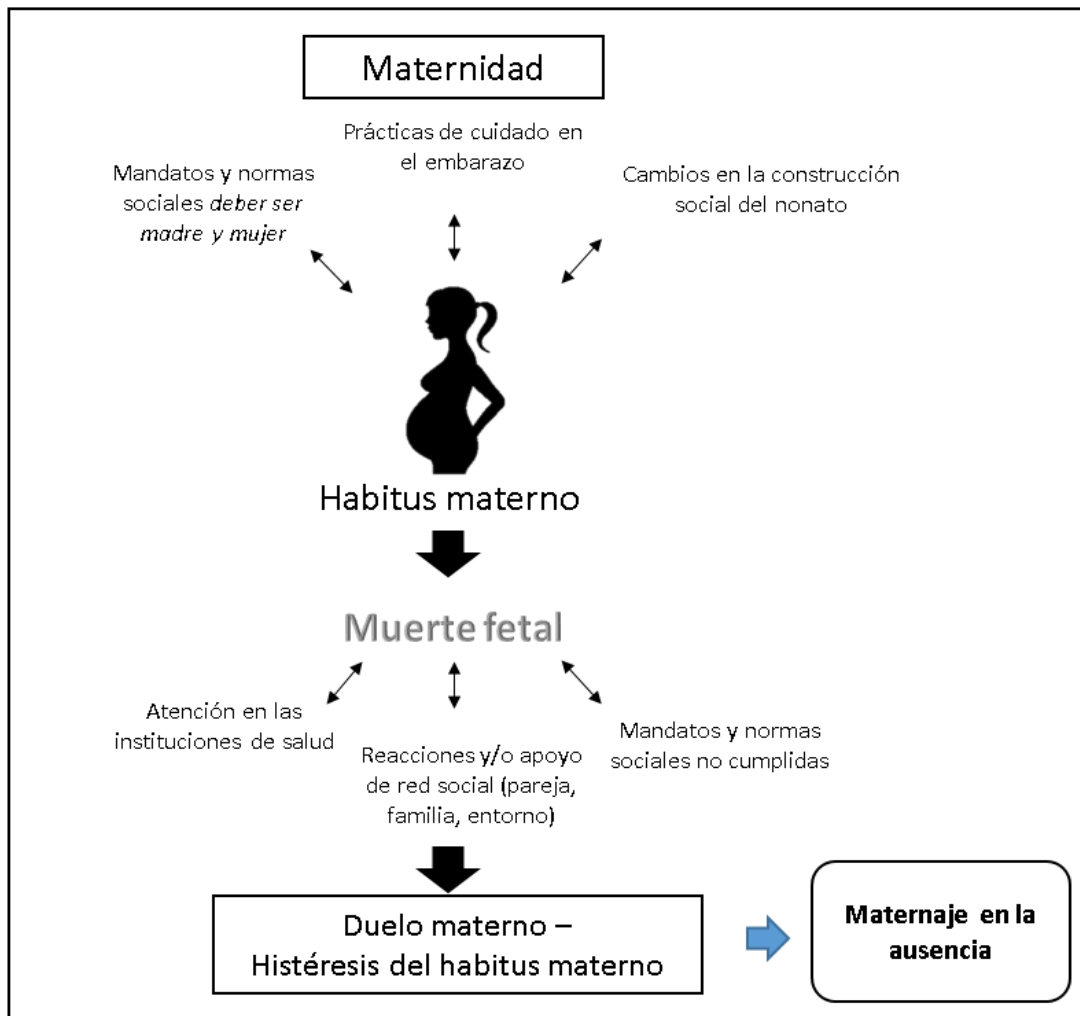


Figura 10.1. Maternidad y muerte fetal

Tenemos, entonces, un habitus materno en crisis, un habitus que se enfrenta a una histéresis. No obstante, las mujeres de esta muestra, ratificaron su maternidad: todas afirmaron ser y sentirse como las madres de los hijos fallecidos e incluso expresaron la necesidad de mantener un vínculo afectivo con ellos, el cual preserva su memoria y afirma su rol de madres. Estas prácticas son las que llamamos “maternaje en la ausencia”.

En conclusión, tras una muerte fetal, el habitus materno de las mujeres entrevistadas transitó por una histéresis, una crisis para sufrir una transformación intensa, una ampliación y fortalecimiento de su identidad como madres, de la cual emerge una

maternidad invisible, olvidada por la sociedad, pero nunca para estas mujeres, manifestada en un maternaje particular, un maternaje que trabaja constantemente en mantener presentes a los hijos a pesar de su ausencia. Como proceso social y cultural, el estudio deja claro que es necesario cambiar los protocolos de atención en las instituciones de salud, pero también que es importante hablar del tema tal y como se hace en otras situaciones: antes, durante y después del suceso, incluir, por ejemplo, el acompañamiento en grupos de apoyo o la práctica profesional de profesionales de salud mental y programas de educación que permitan reflexionar y fortalecer las prácticas de apoyo en el entorno familiar. En conclusión, nos sumamos a lo que expone Layne (2000) quien invita a que se continúe investigando y divulgando información sobre el tema ya que “es tiempo de mover las muertes fetales de un espacio privado de vergüenza a un espacio público de solidaridad”.

Recomendaciones

A continuación, se enlista una serie de sugerencias, producto del análisis de los testimonios recabados para esta investigación.

Para futuras líneas de investigación:

- Continuar con investigaciones sobre el tema donde se incluyan otros actores, como los padres, abuelos, hermanos y la sociedad en general;
- Profundizar en temas como: leche materna tras la muerte fetal, violencia obstétrica ante la muerte fetal, percepciones de la sociedad en general sobre la muerte fetal, etc.;
- Realizar investigación en relación a la situación legal-laboral en cuanto a incapacidad por maternidad en estos casos;
- Realizar investigaciones que permitan la observación directa de estas situaciones;
- Investigar lo concerniente al habitus del personal de enfermería, debido a que se identifican variaciones importantes en comparación con el habitus médico.

Para la sociedad en general:

- Trabajar en ampliar la visibilidad social de estas pérdidas con la finalidad de romper con el tabú y la evasión que las rodea;
- Respetar la maternidad de las mujeres tras la muerte fetal;
- Luchar por el respeto a los derechos de las mujeres en las salas de maternidad, de manera especial, en los casos de muerte fetal;

Para las instituciones de salud y profesionales de la salud:

- Mejorar la atención en las instituciones de salud para las mujeres que sufren una muerte fetal;
- Crear espacios exclusivos para que la mujer y su familia puedan vivir su atención en privacidad y con acompañamiento;
- Instaurar protocolos de atención para las mujeres con muerte fetal donde se incluyan la atención a la salud emocional y el manejo del cuerpo del hijo;
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias;
- Respetar los derechos de las mujeres a decidir sobre su atención y a obtener información;
- Dar seguimiento a las mujeres tras una muerte fetal donde se incluya asesoría sobre leche materna, planificación familiar, salud emocional (profesionales de la salud mental), grupos de ayuda mutua y donde se dé una búsqueda a las causas de la muerte del hijo;
- Brindar capacitación sobre el tema a los profesionales de la salud desde las escuelas formadoras y en la capacitación continua que reciben en los hospitales.

Epílogo

El trabajar un tema tan sensible, delicado y personal como las muertes fetales fue un gran reto, un reto asumido con gusto y compromiso. Me permito este espacio para comentar, de forma general, el seguimiento a algunas de las mujeres entrevistadas y el trabajo directo con las instituciones de salud.

De las ocho mujeres que aceptaron participar, cuatro no tenían contacto con la asociación Padres del Cielo; a ellas se les informó e invitó si así lo deseaban. Una de ellas aceptó y desde ese momento es participe de algunas de las actividades de ese GAM.

A dos de las mamás, las cuales manifestaron necesitar ayuda, se les consiguió apoyo psicológico y psiquiátrico (debido a depresión severa e intento de suicidio). Actualmente refieren sentirse mucho mejor y que las terapias han sido de gran ayuda. Cabe destacar que se mantuvo una comunicación constante con ellas. El apoyo otorgado se logró, por una parte, por la asociación Padres del Cielo y, por otra, por la red de contactos y conexiones entre profesionales de la salud.

En relación con los hijos posteriores, las tres mujeres que no tenían hijos terrenales manifestaron estar en la búsqueda de un embarazo. Una de ellas tiene ya a su hijo arcoíris, mientras que las otras dos están en tratamiento porque no se ha logrado de manera natural. Particularmente, Fátima fue sometida a una cirugía por daños que le quedaron en su matriz a raíz del parto de sus gemelos.

En relación con las instituciones, se trabajó estrechamente con personal de enfermería del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, quienes, en conjunto con alumnas de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería de la Universidad de Sonora, trabajamos en la realización de un protocolo de atención para los casos de muerte

perinatal. El documento se concretó a finales del semestre 2021-1. Durante el mes de agosto, ofrecí capacitación sobre el protocolo al personal de enfermería de la institución, con una participación de cerca de 90 enfermeros y enfermeras. La asociación Padres del Cielo apoya con la donación de cajas del recuerdo (cajas que contienen diversos elementos para crear recuerdos al momento de la pérdida). El protocolo se empezó a implementar durante el mes de septiembre del 2021 (véase anexo 8). Ese mismo documento está en proceso de revisión y adaptación para dos hospitales particulares y se han brindado pláticas y conferencias en diversos nosocomios. La capacitación (por mi parte) continúa y continuará para todo aquel profesional interesado.

El trabajo ha sido arduo, pero con mucha satisfacción; como enfermera y maestra me siento sumamente agradecida y conmovida de los alcances que está teniendo este estudio. Agradezco infinitamente a todas las personas que han puesto de su parte para que la atención mejore, sea más humana y que toda mujer y su familia que sufran de una muerte fetal puedan transitar esta dolorosa experiencia de una mejor manera.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Recuperada de <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Andrews, K., Bourroul, M., Fink, G., Grisi, S., Ferrer, A., Diniz, E. y Brentani, A. (2017). Time to change focus? Transitioning from higher neonatal to higher stillbirth mortality in Sao Paulo state, Brazil. *PLoS ONE*, 12(12). Recuperado de <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0190060>
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. y Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(4), 245–256. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01674820600870327>
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., y Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(4), 193. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01674820701535340>
- Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX* (1a ed.). Paidós Pomaire.
- Báez, C. (2018). Muerte Perinatal en México. *Conacyt*, 2018, 5. Recuperado de <http://newsnet.conacytprensa.mx/index.php/documentos/48202-muerte-perinatal-en-me-xico>
- Balandra, J. (2018). *La muerte en el vientre. Estudio antropofísico de la muerte fetal en México* (Número September). Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Redbioética UNESCO*, 1(7), 25–34.
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Maguen, S., y Ehrenreich, J. T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 485–510. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15325020802171268>
- Beauvoir, S. de. (1981). *El Segundo Sexo* (1a ed.). Siglo veinte.
- Bhutta, Z. A., Yakoob, M. Y., Lawn, J. E., Rizvi, A., Friberg, I. K., Weissman, E., Buchmann, E., y Goldenberg, R. L. (2011). Stillbirths: What difference can we make and at what cost? *The Lancet*, 377(9776), 1523–1538. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62269-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62269-6)

- Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F. B., Say, L., Chou, D., Mathers, C., Hogan, D., Shiekh, S., Qureshi, Z. U., You, D., y Lawn, J. E. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 4(2), e98–e108. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2)
- Blood, C., y Cacciatore, J. (2013). Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. *Death Studies*, 38(4), 224–233. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.788584>
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción* (1a ed.). Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). *El oficio del sociólogo* (1ª ed.) Siglo XXI
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (1a ed.). Siglo XXI.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva* (1a ed.). Siglo XXI.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103–112.
- Brierley-Jones, L., Crawley, R., Lomax, S., y Ayers, S. (2014). Stillbirth and Stigma: The Spoiling and Repair of Multiple Social Identities. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 70(2), 143–168. Recuperado de <https://doi.org/10.2190/om.70.2.a>
- Cacciatore, J., Blood, C., y Kurker, S. (2018). From “silent birth” to voices heard: Volunteering, meaning, and posttraumatic growth after stillbirth. *Illness Crisis and Loss*, 26(1), 23–39. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1054137317740799>
- Cacciatore, J., Defrain, J., y Jones, K. L. C. (2008). When a baby dies: Ambiguity and stillbirth. *Marriage and Family Review*, 44(4), 439–454. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01494920802454017>
- Cacciatore, J., Froen, J. F., y Killian, M. (2013). Condemning Self, Condemning Other: Blame and Mental Health in Women Suffering Stillbirth. *Journal of mental health counseling*, 35(4), 342–359. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42405360/The_Effects_of_Self-Blame_On_Anxiety_and20160208-14055-w51cje.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1511472011&Signature=DBg%2F%2Fx89DF4m%2B12OcUgCWOSmzcI%3D&response-content-disposition=i
- Cacciatore, J., Schnebly, S., y Froen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community*,

17(2), 167–176. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x>

- Cáceres-Manrique, F. de M., Molina-Marín, G., y Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidade: Um processo com diferentes nuances e construção de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316–326. Recuperado de <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.4>
- Calvo, O., Torres, M., y Valdez, R. (2019). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 46(1), 1–8. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2018-200224>
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 147–162. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137419>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., y Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–12. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>
- Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El cotidiano*, 191, 79–86.
- Campiglia, M. (2017). *La institucionalización del parto. El vínculo roto*. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública* (1a ed.). Barco Edita.
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82, 43–70. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/27820584>
- Cassidy, P. (2015). Cuerpo y ontología: La muerte perinatal y su duelo en el panorama tecno-científico del sistema sanitario. *Teknokultura*, 12(2), 285–316. Recuperado de https://doi.org/10.5209/rev_tk.2015.v12.n2.49668
- Cassidy, P. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–13. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1630-z>
- Cassidy, P. (2020). *Good mothers-bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death*. Universidad Complutense de Madrid.
- Cassidy, P., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., Claramunt, A., Pi-

- Sunyer, M. T., Bianco, G., y Martínez, P. (2018). *Informe Umamanita - Calidad de la Atención Sanitaria en casos de Muerte Intrauterina* (1a ed.).
- Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167–197.
- Castro, R. (2014b). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*.
- Castro, R. (2014c). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), 339–351.
- Castro, R., y Eviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED*, 19(1), 37–24.
- Castro, R., y Eviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria : violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (1a ed.). Universidad Autónoma de México.
- Castro, R., y Lozano, M. V. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*, 36(108), 539–569. Recuperado de <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- Castro Vásquez, M. del C. (2008a). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico de la atención, derechos y ciudadanía en salud* (1a ed.). El Colegio de Sonora.
- Castro Vásquez, M. del C. (2008b). Habitus médico en la calidad de la atención de patologías mamarias. En M. Ramirez, M. Jiménez, M. Heredia, y W. Moguel (Eds.), *Investigación y salud 3. Las ciencias de la salud en el marco de los procesos de cambio y globalización* (1a ed., pp. 169–184). Universidad Autónoma de Yucatán.
- Castro Vásquez, M. del C. (2011). Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(2), 231–259. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2011.2.28673>
- Castro Vásquez, M. del C., y Aranda Gallegos, P. (2020). Mexican women and decision making in health: The practical sense. *The Oxford Handbook of the Sociology of Latin America*, July, 641–656. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190926557.013.38>
- Castro Vásquez, M. del C., y Salazar, G. (2000). *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio* (1a ed.). El Colegio de Sonora.
- Cecil, R. (1996). *the anthropology of pregnancy loss comparative studies in miscarriage*

stillbirth and neonatal death (1a ed.). Berg Publishers.

- Chan, M. F., Wu, L. H., Day, M. C., y Chan, S. H. (2005). Attitudes of nurses toward perinatal bereavement: Findings from a study in Hong Kong. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 19(3), 240–252. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/00005237-200507000-00010>
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender* (1a ed.). University of California Press. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0959353502012001001>
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., y Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), 1–8. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>
- Maternity and Neonatal Clinical Guideline, Pub. L. No. MN18.24-V8-R23, 34 (2018). Recuperado de www.health.qld.gov.au/qcg
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (1998). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belém Do Pará*. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proviclima/1LEGISLACIÓN/3InstrumentosInternacionales/D/convencion_interamericana_prevenir_violencia.pdf
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (2016). *¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?* Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es#:~:text=La violencia contra las mujeres es una violación a los, en la Ley General de>
- Comisión Teológica Internacional. (2007). *La esperanza de salvación para los niños que mueren sin bautismo*. Recuperado de https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/index_sp.htm
- Crawley, R., Lomax, S., y Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth : the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 195–207.
- Denmann, C., y Haro, J. A. (2000). Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En C. Denmann y J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (1a ed., pp. 9–55). El Colegio de Sonora.
- Diario Oficial de la Federación* (DOF). (2012). Ley general de acceso de las mujeres a una

vida libre de violencia. Recuperado de <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2016). NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2016). NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SCFI-2016, Prácticas comerciales, requisitos de información y disposiciones generales en la prestación de servicios funerarios. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5468623&fecha=05/01/2017

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2021). Ley general de salud. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Dias dos Santos, A. L., Pedroso, C., y Ogura, K. (2004). Histories of fetal losses told by women : research qualitative study. *Rev Saúde Pública*, 38(2), 1–8.

Felitti, K., y Irrazábal, G. (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires. *Revista de Estudios Sociales No.35*, 64(3), 125–137. Recuperado de <https://doi.org/10.7440/res64.2018.10>

Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., y Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153–160. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002>

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R., y Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1331–1340. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)

Flenady, V., Wojcieszek, A. M., Middleton, P., Ellwood, D., Erwich, J. J., Coory, M., Khong, T. Y., Silver, R. M., Smith, G. C. S., Boyle, F. M., Lawn, J. E., Blencowe, H., Leisher, S. H., Gross, M. M., Horey, D., Farrales, L., Bloomfield, F., McCowan, L., Brown, S. J., ... Goldenberg, R. L. (2016). Stillbirths: Recall to action in high-income countries. *The Lancet*, 387(10019), 691–702. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01020-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X)

Freyermuth-Enciso, G. (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI*.

- Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., y Shiffman, J. (2011). Stillbirths: Why they matter. *The Lancet*, 377(9774), 1353–1366. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62232-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62232-5)
- Frøen, J. F., Friberg, I. K., Lawn, J. E., Bhutta, Z. A., Pattinson, R. C., Allanson, E. R., Flenady, V., McClure, E. M., Franco, L., Goldenberg, R. L., Kinney, M. V., Leisher, S. H., Pitt, C., Islam, M., Khera, A., Dhaliwal, L., Aggarwal, N., Raina, N., y Temmerman, M. (2016). Stillbirths: Progress and unfinished business. *The Lancet*, 387(10018), 574–586. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Fustamante Núñez, C. F., y Urquiaga-Sanchez, T. (2017). Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. *Rev. Cuerpo méd HNAAA*, 10(4), 192–197.
- Futado Eraso, S., Marín Fernández, B., y Escalada Hernández, P. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 465–471.
- Gálvez, A., Amezcua, M., y Salido, M. P. (2002). La construcción social de los sentimientos. *Index de Enfermería*, 11(39), 29–35. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/3466656>
- García-Regalado, J., y Montañez-Vargas, M. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica Del IMSS*, 50(6), 651–657. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5ac16010-072d-470e-b54f-e7c9cd79ff28%40sessionmgr102>
- Gaussia, K., Moran, A., Ali, M., Ryder, D., Fisher, C., y Koblinsky, M. (2011). Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: perspective from a low income country. *BMC Public Health*, 11(451), 1–9. Recuperado de <https://doi.org/10.1134/S2079086417040028>
- Gil-Bello, R. M. (2018). El imaginario de la maternidad durante el embarazo. *Matronas Profesion*, 19(1), 4–10.
- Golan, A., y Leichtentritt, R. D. (2016). Meaning Reconstruction among Women following Stillbirth: A Loss Fraught with Ambiguity and Doubt. *Health and Social Work*, 41(3), 147–154. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw007>
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., y Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263–269. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>

- Gold, K. J., Sen, A., y Leon, I. (2018). Whose fault is it anyway? Guilt, blame, and death attribution by mothers after stillbirth or infant death. *Illness Crisis and Loss*, 26(1), 40–57. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1054137317740800>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 13. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/fcpys.20071949e.2018.29.64784>
- Gopichandran, V., Subramaniam, S., y Kalsingh, M. J. (2018). Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India - a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–14. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1742-0>
- Hardy, C. (2012). Hysteresis. En M. Grenfell (Ed.), *Pierre Bourdieu: Key Concepts* (2a ed., pp. 126–146). Acumen Publishing.
- Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Saraki, H. E. T., Storey, C., ... Downe, S. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604–616. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Heazell, A., McLaughlin, M.-J., Schmidt, E., Cox, P., Flenady, V., Khong, T., y Downe, S. (2012). A difficult conversation? the views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(8), 987–997. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x>
- Hernán-García, M., Lineros-González, C., y Ruiz-Azarola, A. (2020). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*, 1(1), 4. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
- Hernández-Avila, M., Garrido, F., y Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de Mexico*, 42(5), 438–446. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n5/438-446/es>
- Hernández, J. M., Paloma, G., y Pérez, E. (2014). *La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas; Denied Part of Institutionalized Delivery: Exploring Their Anthropological Bases*. *LXIX eISSN(2)*, 327–348. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004>
- Hernández, J., Sánchez, F., y Echevarría, P. (2017). Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), 1–13. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.189>

- Huerta, A. (2008). La construcción social de los sentimientos desde Pierre Bourdieu. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, III(5), 1–11.
- Huerta, O., Pérez, S., García, A., Jiménez, M., y Sandoval, L. (2017). Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún , Quintana Roo. *Rev CONAMED*, 22(1), 5–11.
- Hutti, M., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C., Clemens, S., y Abell, H. (2016). Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(1), 17–27. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Incapacidad por Maternidad. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/maternidad>
- Jonas-Simpson, C., Pilkington, F. B., MacDonald, C., y McMahon, E. (2013). Nurses' experiences of grieving when there is a Perinatal death. *SAGE Open*, 3(2), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/2158244013486116>
- Kiguli, J., Namusoko, S., Kerber, K., Peterson, S., y Waiswa, P. (2015). Weeping in silence: Community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. *Global Health Action*, 8(1), 1–8. Recuperado de <https://doi.org/10.3402/gha.v8.24011>
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., y Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), 105–107. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, L. T., y Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 377(9775), 1448–1463. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62187-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62187-3)
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Froen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., y Cousens, S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587–603. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Layne, L. (2000). He was a real baby with baby things. A Material culture analysis of personhood, parenthood and pregnancy loss. *Journal of material culture*, 5(3), 321–345.
- Layne, L. (2003). *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America* (1a ed.). Routledge.

- Lazcano-Ponce, E., Schiavon, R., Uribe-Zúñiga, P., Walker, D., Suárez-López, L., Luna-Gordillo, E., y Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 55, 214–224. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800019&script=sci_arttext
- Lee, C. (2012). “She was a person, she was here”: The experience of late pregnancy loss in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 62–76. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.661849>
- Lemos, L., y DCunha, A. (2015). Death in the maternity hospital: How health professionals deal with the loss. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 13–22. Recuperado de <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.23885>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- López García, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 31(109), 053–070. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
- Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science and Medicine*, 17(11), 755–761. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90264-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90264-2)
- Lovell, A. (1997). Death at the Beginning of live. En D. Field, J. Hockey, y N. Small (Eds.), *Death, Gender and Ethnicity* (1a ed., p. 248). Routledge. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203138441>
- Manterola, C., y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156–1164. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1138-8_2
- Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M. D. M., y Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300–309. Recuperado de <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses’ experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 439–448. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004>
- Mendoza-Luján, J. E. (2014). Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 108–113. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Mills, T. A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A. E. P., Whitworth, M., y Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(8), 943–950. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Mills, T. A., Ricklesford, C., Heazell, A. E. P., Cooke, A., y Lavender, T. (2016). Marvellous to mediocre: Findings of national survey of UK practice and provision of care in pregnancies after stillbirth or neonatal death. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0891-2>
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones en el concepto de maternidad. *Psykhé*, *15*(2), 93–103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715209>
- Mota, C., Aldana, E., y Gómez, M. (2018). El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Alternativas en Psicología*, *21*(38), 43.
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E., y Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en muertes mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *43*(3), 419–428.
- Mota, C., Calleja, N., Gómez, M., Aldana, E., y Sánchez, M. A. (2010). Factores asociados con el duelo perinatal en mujeres con pérdida gestacional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, *56*(4), 235–242.
- Murguía-Peniche, T., Illescas-Zárate, D., Chico-Barba, G., y Bhutta, Z. (2016). An ecological study of stillbirths in Mexico from 2000 to 2013. *Bulletin of the World Health Organization*, *94*(5), 322–330. Recuperado de <https://doi.org/10.2471/BLT.15.154922>
- Murphy, S. (2012). Reclaiming a moral identity: Stillbirth, stigma and “moral mothers”. *Midwifery*, *28*(4), 476–480. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.005>
- Murphy, S. (2019). “I’d failed to produce a baby and I’d failed to notice when the baby was in distress”: The social construction of bereaved motherhood. *Women’s Studies International Forum*, *74*(August 2018), 35–41. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.02.009>
- Murphy, S., y Jones, K. S. (2014). By the way knowledge: Grandparents, stillbirth and neonatal death. *Human Fertility*, *17*(3), 210–213. Recuperado de <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.930190>

- Nurse-Clarke, N., DiCicco-Bloom, B., y Limbo, R. (2019). Application of caring theory to nursing care of women experiencing stillbirth. *MCN The american journal of maternal and child nursing*, 44(1), 27–32. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000494>
- Oberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5(0), 115. Recuperado de <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.456>
- Oladapo, O. T., y Fawole, B. (2012). Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005937.pub3>
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer. En *a/Res/48/104* (Número III). Recuperado de http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S
- Convención de Belém Do Pará. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. (1994).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Every newborn: An action plan to end Preventable deaths. En *Who, Unicef*. Recuperado de www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud materna*. Recuperado de http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
- Osorio-Castaño, J. H., Carvajal-Carrascal, G., y Rodríguez-Gázquez, M. (2017). Preparation for motherhood during pregnancy: A concept analysis. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 35(3), 295–303. Recuperado de <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a06>
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., y Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista mexicana de pediatría*, 76(5), 215–219.
- Palomar, C. (2004). “Malas madres’’: la construccion social de la maternidad”. *Debate feminista*, 30, 12–34.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de estudios de género La ventana*, 22, 35–67.
- Panduro, Gu., Vázquez, M., Pérez, J., y Castro, J. (2006). Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 74(11), 573–579.
- Pastor Montero, S. M. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la

investigación acción participativa (tesis doctoral).

- Pastor, S. M., Romero, J. M., Hueso, C., Lillo, M., Vacas, A. G., y Rodríguez, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405–1412. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
- Pattinson, R., Kerber, K., Buchmann, E., Friberg, I. K., Belizan, M., Lansky, S., Weissman, E., Mathai, M., Rudan, I., Walker, N., y Lawn, J. E. (2011). Stillbirths: How can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet*, 377(9777), 1610–1623. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62306-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62306-9)
- Petrites, A., Mullan, P., Spangenberg, K., y Gold, K. (2016). You have no Choice but to go on: How Physicians and Midwives in Ghana Cope with High Rates of Perinatal Death. *Maternal and Child Health Journal*, 20(7), 1448–1455. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1943-y>
- Pollock, D., Pearson, E., Cooper, M., Ziaian, T., Foord, C., y Warland, J. (2019). Voices of the unheard: A qualitative survey exploring bereaved parents experiences of stillbirth stigma. *Women and Birth*, 33(2), 165–174. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.002>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/duelo>
- Ramírez-Rojas, G., y Freyermuth-Enciso, G. (2013). Atención de emergencias obstétricas a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional. Entrevistas a usuarias beneficiadas. *Rev CONAMED*, 18, 100–104.
- Rangel, T. (2016). La función de las tecnologías de visualización en la experiencia hospitalaria: el caso del embarazo. *Revista San Gregorio*, 13, 70–78.
- Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (2a ed.). Norton & Company. Recuperado de <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00345>
- Ridaura, I. (2015). *Estudio del duelo perinatal : interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales* [Universidad Autónoma de Barcelona]. Recuperado de http://cbueg-mt.iii.com/iii/encore/record/C__Rb6291078__Sduelo_perinatal__Orightresult__U__X6?lang=cat&suite=def
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., y Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(6), 631–639. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x>

- Rojas, E., Salas, K., Oviedo, G., y Plenzyk, G. (2006). Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. *Rev. chil. obstet. ginecol*, 71(1), 26–30.
- Romero Gutiérrez, G., Martínez Ceja, C. A., Ponce Ponce De León, A. L., y Ábrego Olivira, E. (2004). Factores de riesgo y muerte fetal anteparto. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 72(3), 109–115. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(08\)73043-0](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(08)73043-0)
- Romo-Medrano, K. (2009). *Missing Bodies : Experiences of Pregnancy Loss in a Public Hospital in Mexico City* (Número August). Universidad de Amsterdam.
- Rouvier, M., González-Block, M., Sesia, P., y Becerril-Montekio, V. (2013). Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 55(2), 185–192.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. En *RCOG Green-top Guideline No. 55* (Número 55). Guidelines committee of RCOG.
- Ruiz, J. I. (1999). La entrevista. En J. I. Ruiz (Ed.), *Metodología de la investigación cualitativa* (4a ed., pp. 165–189). Universidad de Deusto.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., y Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., y Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Rev CONAMED*, 17(1), 4–15.
- Salazar, G. (1998). *Significado de la maternidad en obreras de la maquila: un estudio exploratorio en Nogales, Sonora*. El Colegio de Sonora.
- Saletti, L. (2008). Propuestas Teóricas Feministas en Relación Al Concepto De Maternidad. *Clepsydra*, 7, 169–183.
- Saletti, L. (2014). Múltiples feminismos y discursos sobre las maternidades. En *XVI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN RED-CAPS* (p. 16). Red de profesionales sanitarias. CAPS.
- Sanabria, C. (2019). *La mujer y el nasciturus* (1a ed.). Temperley.
- Sancho, M. (2016). Maternajes , feminismos y paces. *Forum de Recerca*, 21, 55–69.

- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Navarro y C. Stimpson (Eds.), *Sexualidad, género y roles sexuales* (Vol. 6, Número 1, pp. 37–75). Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i1.1514>
- Secretaría de Salud. (2009). *Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo*.
- Secretaría de Salud. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertesfetalconfetounico/567GER.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica de enfermería. *Cenetec*, 8. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-753-15/RR.pdf>
- Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Ahmadi, F., Bakhtiari, M., y Zayeri, F. (2016). Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers after Perinatal Loss. *Electronic Physician*, 8(2), 2006–2017.
- Stanton, C., Lawn, J. E., Rahman, H., Wilczynska-Ketende, K., y Hill, K. (2006). Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet*, 367(9521), 1487–1494. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68586-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68586-3)
- Steen, S. E. (2015). Perinatal death: Bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(2), 79–86. Recuperado de <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.2.79>
- The Lancet. (2016). Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles. En *The Lancet*.
- Tubert, S. (Ed). (1996). *Figuras de la madre* (Ediciones). Universidad de Valencia.
- Umamanita, y El parto es nuestro. (2016). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/epen_y_umamanita_-_guia_para_la_atencion_a_la_muerte_perinatal_y_neonatal.pdf
- United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation. (2020). *A neglected tragedy. The global burden os stillbirths*.
- Üstündağ-Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., y Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–15. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0700-3>

- Valdez, R., Arenas, L., Rojas, A., y Sánchez, M. (2018). “If we’re here, it’s only because we have no money.” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 51(1), 26–31.
- Van der Sijpt, E. (2010). Marginal matters: Pregnancy loss as a social event. *Social Science and Medicine*, 71(10), 1773–1779. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.055>
- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15(3), 147–151.
- Villanueva, L., Ahija, M., Valdez, R., y Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *CONAMED*, 21(1), 7–25.
- Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad* (2a ed.). Capitan Swing.
- Willis, P. (2019). Nurses’ Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(1), 46–51. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000490>
- Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., y Henriksen, T. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: Prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(7), 882–885. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x>
- Wonch Hill, P., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., y Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226–235. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Zakar, M. Z., Zakar, R., Mustafa, M., Jalil, A., y Fischer, F. (2018). Underreporting of stillbirths in Pakistan: Perspectives of the parents, community and healthcare providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1924-9>

Anexos

Anexo 1.- Guía de entrevista mujeres con MF

GUÍA ENTREVISTA MUJERES CON MF

Datos sociodemográficos:

Edad _____ Escolaridad _____

Religión _____ Hijos _____

Ocupación _____ SDG al momento de la pérdida _____

Nombre del hijo _____

#	Tema	PROBABLES PREGUNTAS
1	Embarazo Prácticas Representaciones (percepciones / apreciaciones)	<p>¿Cómo se dio cuenta del embarazo?</p> <p>¿Qué sentimientos despertó en Usted el embarazo?</p> <p>¿Cómo se fue sintiendo durante el embarazo?</p> <p>¿Qué hizo para prepararse para la llegada del bebé (compra de cosas para el bebé, baby shower, revelación de sexo, cursos de preparación)?</p> <p>¿Quién participo y cómo en esta preparación?</p> <p>¿Llevó control prenatal?, ¿me puede platicar cómo fue el trato?, ¿cómo se sintió en esas citas?</p> <p>¿Este embarazo fue deseado?, ¿planeado?</p>
2	Atención a la muerte fetal Prácticas Representaciones (percepciones / apreciaciones)	<p>¿Cómo fue que se dio cuenta de que algo estaba mal?</p> <p>¿Alguien le animó a ir al servicio de salud?</p> <p>¿Cómo inició la búsqueda de atención cuando sintió que algo estaba mal?</p> <p>¿A dónde acudió? ¿Por qué allí y no a otra parte?</p> <p>¿Quién la acompañó?</p> <p>¿Cómo la atendieron al llegar al hospital?</p> <p>¿En qué momento le informaron que el bebé no vivía/ de la pérdida gestacional? ¿Quién le notificó?</p> <p>¿Quién estaba con usted en el momento en que le dieron la noticia?</p> <p>En el momento del diagnóstico, ¿cuál fue su reacción?</p> <p>¿Y la de quienes le estaban acompañando? (reacción de los acompañantes al momento de la noticia)</p> <p>A partir de que le dan el diagnóstico, me podría platicar ¿cómo fue la atención?, ¿le brindaron información?, ¿esta información fue clara y suficiente?</p> <p>¿Le dieron opciones del tratamiento (inducción, espera al inicio de trabajo de parto, cesárea)?</p>

	<p>¿Ud. decidió qué hacer cuando le explicaron las opciones? Me puede platicar ¿cómo nació tu bebé?, ¿cómo fue el parto o la cesárea?, ¿cómo fue el trato? ¿Le dieron la opción de ver al bebé? Si nadie le ofreció ver al bebé, Ud. ¿lo solicitó? ¿Conserva algún recuerdo? ¿Qué pensó Ud. que había pasado? ¿Qué explicación le dieron? ¿Cómo fue su experiencia con la atención médica recibida? ¿Cómo fue la relación con los profesionales de la salud? ¿Estuvo acompañada? Si fue la pareja la acompañante, ¿cuál fue su reacción? ¿Qué hizo o cuál fue su ayuda? Si fueron otros familiares (mamá, hermana, cuñada, etc.), ¿Qué hicieron o cuál fue su ayuda? ¿Alguien del personal se acercó para platicar con Ud. sobre algún tema que no fuera médico? ¿Recuerda algo en especial del lugar en el que se encontraba? ¿Cuánto tiempo estuvo Ud. en el hospital? ¿Cómo se sintió en ese tiempo de hospitalización (posparto)? ¿Cómo fue el tiempo que estuvo en hospitalización? ¿Cómo era la sala? ¿Tuvo alguna interacción con las otras pacientes de la sala?, ¿cómo fue? ¿Cómo se sintió por estar en una sala con otras mujeres con bebés? ¿Cómo describirías el trato recibido por parte de los profesionales de la salud que te atendieron? Los médicos que te atendieron, ¿fueron sensibles a tu condición? ¿Cómo fue el trato por parte del personal de enfermería? ¿Fueron sensibles? ¿Qué otros profesionales de la salud se involucraron en tu cuidado y cómo fue su trato? ¿Hubo trato en relación con el aspecto emocional? ¿Los médicos y las enfermeras contestaron todas tus dudas? ¿Te hablaron sobre la lactancia? ¿en qué consistió la asesoría? ¿Te hablaron de planificación familiar o del tiempo que debías esperar para buscar un nuevo embarazo? ¿quién lo hizo y en qué consistió esta información? En relación al cuerpo de tu bebé, ¿te hablaron sobre la posibilidad de realizar estudios como autopsia, análisis de placenta y/o cordón umbilical? ¿Les entregaron el cuerpo de tu bebé? En caso de no hacerlo, ¿te dieron alguna explicación al respecto?</p>
--	--

		<p>En general,</p> <p>¿Está conforme con la atención recibida?</p> <p>¿Por qué si o por qué no?</p> <p>¿Considera que se podía haber hecho algo más?</p> <p>¿Considera que se podía haber hecho algo diferente?</p> <p>¿Cómo le gustaría que la hubieran tratado?</p> <p>¿Sientes que el hospital está preparado para atender casos como el tuyo? ¿porqué?</p>
3	<p>Posparto</p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>Me podrías platicar ¿cómo fue cuando saliste del hospital?</p> <p>¿Cómo fue su llegada a casa?</p> <p>¿Quién estuvo acompañándote en este período?</p> <p>¿Qué hicieron con las cosas de tu bebé?</p> <p>¿Hubo algún ritual para tu bebé? ¿pudiste estar presente?</p> <p>¿Me puedes platicar sobre eso?</p> <p>¿Cómo fue su posparto (fisiológico dolor, leche materna, recuperación física)?</p> <p>¿Presentó síntomas de enfermedad en este periodo (posparto)?</p> <p>¿Cómo las trató? (enfermedades en el posparto)</p> <p>¿Buscó ayuda de profesionales?</p> <p>¿Quiénes y cómo le ayudaron?</p> <p>En relación a los sentimientos tras la pérdida, ¿qué fue lo que hiciste para que estos sentimientos se calmaran? ¿Alguien te ayudo? ¿cómo?</p> <p>¿Cómo respondió tu familia a la muerte de tu bebé?</p> <p>Si había una pareja presente, ¿cómo reacciono?</p> <p>¿Cómo reaccionaron tus padres? ¿tus suegros?</p> <p>¿Tuviste algún tipo de apoyo social durante esta etapa?</p> <p>En caso de haber recibido apoyo de algún grupo o profesional, ¿te fue fácil y accesible encontrarlos?</p> <p>¿Buscaste ayuda en internet (foros, blogs)? Me podrías platicar de ello.</p> <p>¿Qué otras herramientas sientes que te ayudaron en esos momentos (libros, canciones, red social)?</p> <p>Si en el momento de la pérdida estabas trabajando, ¿cómo reaccionaron en tu trabajo?, ¿tuviste algún tipo de problema en cuanto a permisos por incapacidad?</p>
4	<p>Maternidad</p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>¿Consideras que la maternidad es esencial en la vida de una mujer?</p> <p>¿Porque es importante para una mujer convertirse en madre?</p> <p>¿Cuáles son las expectativas sobre la maternidad durante el embarazo?</p> <p>¿Estas expectativas afectaron o influyeron en algo el cómo te sentiste tras la muerte de tu bebé?</p>

	<p>¿Cuál fue el sentimiento inmediato tras la pérdida?</p> <p>¿Antes habías sentido un sentimiento similar por algún otro incidente?</p> <p>¿Me puedes describir el sentimiento?</p> <p>¿Te sentiste enojada?, ¿contigo o con alguien más?</p> <p>¿Sentiste culpa o culpaste a alguien? ¿por qué?</p> <p>¿Piensas que pudiste haber prevenido esto?</p> <p>¿Te preguntaste porque a mí? ¿culpás a Dios?</p> <p>¿Cómo reaccionaron tus amigos ante esta pérdida?</p> <p>¿Fueron empáticos?</p> <p>¿Hablaron contigo? ¿te evadieron?</p> <p>¿Sientes que ellos te culparon?</p> <p>¿Estos sentimientos o emociones afectaron tu vida diaria?</p> <p>¿Afectaron tus relaciones?</p> <p>¿Te preocupaba lo que pensaban los otros de ti?</p> <p>¿Estas emociones afectaron o afectan tu trabajo?</p> <p>tras la pérdida, ¿pudiste participar en eventos sociales como cumpleaños, baby shower?</p> <p>¿Sientes que tú te aislaste de los demás?</p> <p>¿Ud. conocía a alguien que haya pasado por una experiencia como la de Ud.?</p> <p>¿Y qué pensó cuando la conoció?</p> <p>las personas en alguna ocasión ¿hablaron de manera negativa de tu bebé?</p> <p>¿Sientes que ellos te consideran como madre de ese hijo?</p> <p>En general,</p> <p>¿Qué significó para usted la pérdida de su hijo?</p> <p>¿Siente usted que hubo cambios en cuanto a su actitud hacia la vida?</p> <p>¿Hubo cambios en la dinámica de su familia?</p> <p>¿Qué significado le dio la pérdida del bebé en el contexto de su vida?</p> <p>Tras esta pérdida, ¿usted se sigue sintiendo como madre de ese bebé? ¿por qué?</p> <p>¿Qué tan frecuentemente piensas en tu hijo? Si ya te tocó algún aniversario ¿cómo lo viviste?, ¿realizaste alguna celebración en su honor?, ¿tienes algún espacio en tu casa en su honor?, ¿me puedes platicar en qué consiste?</p> <p>¿Cómo crees que ve la sociedad la muerte de un bebé en el vientre? ¿por qué?</p> <p>¿Cómo te sientes en este momento?</p>
--	--

Anexo 2.- Guía de entrevista profesionales de la salud: enfermería

GUIA ENTREVISTA PROFESIONALES DE LA SALUD (Enfermería)**Datos sociodemográficos:**

Sexo _____ Edad _____ Antigüedad _____
 Puesto _____ Escolaridad (lugar de estudio y grado de estudios)
 _____ Religión _____

#	Tema	Probables preguntas
1	Formación profesional Formación específica en muertes fetales	<p>Me podría platicar acerca de su formación como profesional de enfermería</p> <p>De manera específica me puede platicar acerca ¿Cómo ha sido su formación en relación con el cuidado a la salud de la mujer?</p> <p>Dentro de su educación, ¿tuvo formación acerca de las muertes fetales? Si es así,</p> <p>¿En qué consistió la formación que recibió acerca de las muertes fetales?</p> <p>¿Tuvo formación acerca del trato a la mujer y familia en estos casos?</p> <p>¿Esta formación la tuvo desde la carrera de enfermería o en algún otro espacio?</p> <p>Esta formación, ¿abarcó aspectos emocionales o solo aspectos biomédicos? ¿me puede platicar un poco al respecto?</p>
2	Experiencia ante una MF y cuidados	<p>Experiencia personal:</p> <p>¿Usted ha tenido alguna experiencia personal de una MF? ¿me puedes hablar de ello? ¿hace cuánto?, ¿Dónde y cómo te atendieron?, ¿sientes que tu pérdida influye de alguna manera al momento de brindar cuidado a una mujer con MF?</p> <p>Experiencia profesional:</p> <p>¿Alguna vez has tenido que atender a una mujer con muerte fetal?</p> <p>¿Es común en tu práctica profesional?</p> <p>¿Me podría describir su experiencia con mujeres con muerte fetal en su práctica profesional?</p> <p>¿Le es fácil comunicarse con mujeres y sus familias en esta situación? ¿Por qué? ¿Qué le cuesta más trabajo?</p> <p>Me podría platicar como es o en que consiste la atención y los cuidados que se brindan a la mujer con muerte fetal</p> <p>Te pido recordar y describirme un caso en el que te haya tocado acompañar este tipo de situaciones</p>

	<p>¿Cómo inicia la atención a la mujer con muerte fetal? ¿La mujer participa en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento? ¿consideras que ella puede tomar esas decisiones? ¿por qué?</p> <p>¿La mujer puede estar acompañada durante su atención? De ser así ¿Cuándo?</p> <p>¿Cómo se le informa a la mujer y a la familia?</p> <p>¿Cuál es su participación como profesional de enfermería en esta etapa?</p> <p>¿Por qué crees que pasan estas situaciones?</p> <p>¿Qué causas encuentras probables para que se den estos casos? (búsqueda de prácticas de cuidado por parte de las mujeres)</p> <p>¿Consideras que existe alguna falta de cuidado durante el embarazo para que se den estas situaciones? Me puedes explicar ¿por qué?</p> <p>¿Cuál es el protocolo a seguir con estas mujeres para el nacimiento del bebé? ¿en que se basan para realizar una cesárea o inducir un parto? ¿Cuál consideras que es la mejor vía y por qué?</p> <p>¿Qué cuidados se le brindan a una mujer en esta situación si es sometida a una cesárea o a inducción? ¿hay alguna diferencia en el trato/tratamiento de una mujer que tendrá un hijo vivo?</p> <p>Una vez que nace el bebé ¿Quién se encarga de darle cuidados? ¿Qué tipo de cuidados se brindan? ¿Cómo te toca participar y cómo te sientes con ello? ¿La mujer conoce al bebé? ¿Se le entrega a la mujer algún tipo de recuerdo de ese bebé (huellitas)?</p> <p>¿Considera que la atención que se les brinda es la adecuada o se puede mejorar? ¿En qué aspecto se podría mejorar la atención en estas situaciones?</p> <p>¿Se guían por algún protocolo de atención?</p> <p>En hospitalización, ¿se le brinda algún tipo de cuidados especiales a estas mujeres? ¿tienen áreas especiales para ellas o donde transitan el puerperio mediato?</p> <p>¿Existe alguna manera de identificar a estas mujeres?</p> <p>¿Se le da algún seguimiento a la mujer con MD? ¿De qué tipo? (lactancia, duelo)</p> <p>¿Cómo se aborda el tema de la planificación familiar?</p> <p>¿Qué asesoría se le brinda?</p> <p>¿Qué profesionales considera que deben estar incluidos en el seguimiento a estas mujeres? ¿Por qué estos profesionales?</p> <p>¿Considera que el seguimiento que se le da a la mujer tras la pérdida es suficiente? ¿Hay algo que a usted le parece que se pudiera implementar?</p>
--	---

		<p>¿Considera que la institución provee los recursos necesarios para esta atención? ¿Por qué? ¿Qué considera que hace falta?</p>
3	Impacto o percepción de las MF	<p>¿Cómo reacciona usted (que sentimientos le genera) esta situación?</p> <p>¿Cómo se siente cuando tiene que enfrentar estas situaciones?</p> <p>¿Le es difícil atender a una mujer en esta situación? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué significa para usted la MF?</p> <p>¿Cómo cree que impacta la MF en los padres?</p> <p>¿Cómo cree que viven los familiares esta experiencia?</p> <p>¿Qué se pudiera hacer (por parte de los servicios de salud) para prevenir la MF?</p> <p>¿Qué observas que hacen tus compañeras cuando las mujeres se sienten mal y lo expresan llorando?</p> <p>¿Cómo te diriges y como se dirigen tus compañeros enfermeros y médicos hacia estas mujeres (señora, madre, por su nombre)?</p> <p>¿Existen diferencias en la atención y en el ambiente de trabajo cuando una mujer llega ya diagnosticada y otra que pierde al bebé durante el trabajo de parto?</p> <p>¿Tienes algún recuerdo de una situación así?</p> <p>¿Qué se podría hacer ante estas situaciones en el hospital?</p> <p>¿Qué apoyos requieres como enfermera o enfermero para sentirte preparada a afrontar estas situaciones?</p>
4	Maternidad	<p>Según tu punto de vista, ¿En qué momento una mujer empieza a considerarse madre?</p> <p>¿Cómo crees que impacta a las mujeres y sus familias el haber tenido una pérdida durante el embarazo (tardía)?</p> <p>¿Piensas que estas mujeres se siguen considerando a sí mismas como madres?</p> <p>Los profesionales de la salud ¿las siguen considerando y tratando como madres?</p>

Anexo 3.- Guía de entrevista profesionales de la salud: Gineco-obstetras

GUIA ENTREVISTA PROFESIONALES DE LA SALUD (Obstetras)**Datos sociodemográficos:**

Sexo _____ Edad _____ Antigüedad/ historia laboral _____
 Puesto _____ Escolaridad (lugar de estudio y grado de estudios.
 Formación como médico general y como especialista en GyO)
 Religión _____

#	Tema	Probables preguntas
1	Formación profesional Formación específica en muertes fetales	<p>Me podría platicar acerca de su formación profesional</p> <p>De manera específica me puede platicar acerca ¿Cómo ha sido su formación en relación con el cuidado a la salud de la mujer?</p> <p>Dentro de su educación, ¿tuvo formación acerca de las muertes fetales? Si es así,</p> <p>¿En qué consistió la formación que recibió acerca de las muertes fetales?</p> <p>¿Tuvo formación acerca del trato a la mujer y familia en estos casos?</p> <p>¿Esta formación la tuvo desde la carrera o en algún otro espacio?</p> <p>Esta formación, ¿abarcó aspectos emocionales o solo aspectos biomédicos? ¿me puede platicar un poco al respecto?</p>
2	Experiencia ante una MF y cuidados	<p>Experiencia personal:</p> <p>¿Usted ha tenido alguna experiencia personal de una MF? ¿me puedes hablar de ello? ¿hace cuánto?, ¿Dónde y cómo te atendieron?, ¿sientes que tu pérdida influye de alguna manera al momento de brindar cuidado a una mujer con MF?</p> <p>Experiencia profesional:</p> <p>¿Alguna vez has tenido que atender a una mujer con muerte fetal?</p> <p>¿Es común en tu práctica profesional?</p> <p>¿Me podría describir su experiencia con mujeres con muerte fetal en su práctica profesional?</p> <p>¿Le es fácil comunicarse con mujeres y sus familias en esta situación? ¿Por qué? ¿Qué le cuesta más trabajo?</p> <p>¿Cómo es que se da la noticia a la mujer y su familia (lugar, acompañamiento)?</p>

	<p>Me podría platicar como es o en que consiste la atención y los cuidados que se brindan a la mujer con muerte fetal (ámbito público y privado)</p> <p>Te pido recordar y describirme un caso en el que te haya tocado acompañar este tipo de situaciones</p> <p>¿Cómo inicia la atención a la mujer con muerte fetal? ¿La mujer participa en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento? ¿consideras que ella puede tomar esas decisiones? ¿por qué?</p> <p>¿La mujer puede estar acompañada durante su atención? De ser así ¿Cuándo?</p> <p>¿Cómo se le informa a la mujer y a la familia?</p> <p>¿Por qué crees que pasan estas situaciones?</p> <p>¿Qué causas encuentras probables para que se den estos casos? (búsqueda de prácticas de cuidado por parte de las mujeres)</p> <p>¿Consideras que existe alguna falta de cuidado durante el embarazo para que se den estas situaciones? Me puedes explicar ¿por qué?</p> <p>¿Cuál es el protocolo a seguir con estas mujeres para el nacimiento del bebé? ¿en que se basan para realizar una cesárea o inducir un parto? ¿Cuál consideras que es la mejor vía y por qué?</p> <p>¿Qué cuidados se le brindan a una mujer en esta situación si es sometida a una cesárea o a inducción?</p> <p>¿En qué espacio nacen estos bebés? ¿En que se basan para que un bebé nazca en labor o en la sala de expulsión? ¿Por qué? ¿hay alguna diferencia en el trato/tratamiento de una mujer que tendrá un hijo vivo?</p> <p>Una vez que nace el bebé ¿Quién se encarga de darle cuidados? ¿Qué tipo de cuidados se brindan? ¿Cómo te toca participar y cómo te sientes con ello? ¿La mujer conoce al bebé? ¿Se le entrega a la mujer algún tipo de recuerdo de ese bebé (huellitas)?</p> <p>¿Qué es lo que pasa o que protocolo se lleva a cabo con el cuerpo del bebé? ¿Quién decide o como se decide si ese bebé se entrega a los padres o se queda en el hospital?</p> <p>En relación a los trámites administrativos ¿Cómo se reportan estas pérdidas? ¿A todas las mujeres se les brinda el certificado de muerte fetal?</p> <p>¿Considera que la atención que se les brinda es la adecuada o se puede mejorar? ¿En qué aspecto se podría mejorar la atención en estas situaciones?</p> <p>¿Se guían por algún protocolo de atención?</p> <p>En hospitalización, ¿se le brinda algún tipo de cuidados especiales a estas mujeres? ¿tienen áreas especiales para ellas o donde transitan el puerperio mediato?</p>
--	--

		<p>¿Existe alguna manera de identificar a estas mujeres? ¿Se le da algún seguimiento a la mujer con MF? ¿De qué tipo? (lactancia, duelo) ¿Cómo se aborda el tema de la planificación familiar? ¿Qué asesoría se le brinda? ¿Cómo se aborda el tema de la lactancia y producción de leche? ¿Qué asesoría se le brinda? En general, ¿Qué asesoría se le brinda en relación a la causa o búsqueda de causa (estudios, genética, autopsia)? ¿Qué profesionales considera que deben estar incluidos en el seguimiento a estas mujeres? ¿Por qué estos profesionales? ¿Considera que el seguimiento que se le da a la mujer tras la pérdida es suficiente? ¿Hay algo que a usted le parece que se pudiera implementar? ¿Considera que la institución provee los recursos necesarios para esta atención? ¿Por qué? ¿Qué considera que hace falta?</p>
3	Impacto o percepción de las MF	<p>¿Cómo reacciona usted (que sentimientos le genera) esta situación? ¿Cómo se siente cuando tiene que enfrentar estas situaciones? ¿Le es difícil atender a una mujer en esta situación? ¿Por qué? ¿Qué significa para usted la MF? ¿Cómo cree que impacta la MF en los padres? ¿Cómo cree que viven los familiares esta experiencia? ¿Qué se pudiera hacer (por parte de los servicios de salud) para prevenir la MF? ¿Qué observas que hacen tus compañeras cuando las mujeres se sienten mal y lo expresan llorando? ¿Cómo te diriges y como se dirigen tus compañeros enfermeros y médicos hacia estas mujeres (señora, madre, por su nombre)? ¿Existen diferencias en la atención y en el ambiente de trabajo cuando una mujer llega ya diagnosticada y otra que pierde al bebé durante el trabajo de parto? ¿Tienes algún recuerdo de una situación así? ¿Qué se podría hacer ante estas situaciones en el hospital? ¿Qué apoyos requieres como obstetra para sentirte preparada a afrontar estas situaciones?</p>
4	Maternidad	<p>Según tu punto de vista, ¿En qué momento una mujer empieza a considerarse madre? ¿Cómo crees que impacta a las mujeres y sus familias el haber tenido una pérdida durante el embarazo (tardía)?</p>

		<p>¿Piensas que estas mujeres se siguen considerando a sí mismas como madres?</p> <p>Los profesionales de la salud ¿las siguen considerando y tratando como madres?</p>
--	--	---

Anexo 4.- Aprobación comité de ética en investigación



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

UNIVERSIDAD DE SONORA

Departamento de Enfermería
Comité de Ética en Investigación

Hermosillo, Sonora, a 25 de junio, 2020.

Oficio CEI-ENFERMERÍA-EPD-003-2020

C. M. C. Claudia Figueroa Ibarra
Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales (Colegio de Sonora)
Universidad de Sonora
Presente.

Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERIA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado: **"Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal (MF) en Hermosillo, Sonora"** que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERÍA- EPD-003-2020**

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería

Dra. María Olga Quintana Zavala

Presidente



C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERIA.

Anexo 5.- Consentimiento informado

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Hermosillo, Sonora.

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal (MF) en Hermosillo, Sonora”.

El objetivo del estudio es analizar cómo se estructura la maternidad y de qué manera se afecta a partir de la experiencia de una muerte fetal tardía, de su atención médica y del acompañamiento del entorno social significativo en mujeres atendidas en servicios públicos de Hermosillo, Sonora.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista donde me preguntaran acerca de mis conocimientos, percepciones y experiencias relacionadas al tema.

El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda relacionada con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente y se me ha explicado que no se revelará mi identidad en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma _____




Fecha _____

Testigo 1 (nombre y firma)

Testigo 2 (nombre y firma)

Investigador: MC Claudia Figueroa Ibarra Doctorado en Ciencias Sociales
 El Colegio de Sonora Tel. 6621880457 cfigueroa@colson.edu.mx

Anexo 6.- Constancias de capacitación

 **Certificate of Successful Completion of
Baby Loss Family Advisor/Baby Loss Doula Training** 


Name Claudia Figueroa Ibarra
Successfully Completed 42.75 hours

CODE NUMBER: W16-115-814-711

PRESENTATION LOCATION Tucson AZ May 1&2, 2019
City State Date

Name/Address of Provider: Wintergreen Press/Babies Remembered
Name
14108 N Biltmore Drive Oro Valley AZ 85755
Address City State Zip

Provider Shenkeilse

This continuing nursing education activity was approved by the Maryland Nurses Association, an accredited approver by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation.


Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

CERTIFICADO DE ASISTENCIA


Claudia Figueroa Ibarra
ha realizado el seminario online
Pérdida gestacional y duelo perinatal
De 7 horas de duración, impartido por la Dra. Ibone Olza
y Pilar Amelia Gomez-Ulla
en Madrid, el día 12 de marzo de 2020.


Isabel F. del Castillo
Directora Gerente


Dra. Ibone Olza Fernández
Psiquiatra Infantil y Perinatal
Directora Académica



Anexo 7.- Trabajo en instituciones de salud



Hospital Infantil del Estado de Sonora
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA


A:


MCS. CLAUDIA FIGUEROA IBARRA

POR SU BRILLANTE CONFERENCIA DICTADA

TEMA. "ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE PERINATAL"

HERMOSILLO, SONORA. A 14 DE AGOSTO DEL 2021
EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DURACIÓN: 1 HR


Dr. José Jesús Contreras Soto
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA


Dr. Manuel Alberto Cano Rangel
DIRECTOR DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



Gobierno del
Estado de Sonora

Secretaría
de Salud Pública



HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**Proyecto de mejora:
ATENCIÓN ANTE LA MUERTE PERINATAL**

Hermosillo Sonora, marzo 2020



Hospital Infantil
del Estado de Sonora

Unidos logramos más

Reforma Norte No. 355 entre Calles 8 y 11 Col. Ley 57
C.P. 83100 Tel. 01 (662) 3 19 05 50
Hermosillo, Sonora



La presente propuesta es el resultado del trabajo colaborativo entre personal de la Subdirección de enfermería del Hospital Infantil del Estado de Sonora, así como de estudiantes y docentes de la Especialidad en Gestión y Docencia del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora.

Hospital Infantil del Estado de Sonora	Universidad de Sonora
- MGSI. Miriam Guadalupe Acuña Méndez	L.E. Carolina Angélica Soto Coronado
- MCE. Myrna Carola Montoya Barnes	L.E. Christa Iliana Koch Hernández
- MED. María de los Ángeles García Sánchez	L.E. Dulce Alejandra Herrera Carrazco
- LEN. Cynthia Denisse Correa Osuna	E.E.C.I. Guadalupe Verdugo Pacheco
- LEN. Alejandra González García	L.E. Margarita López Meza
- LEN. Juana Aidee López Galaviz	L.E. María Luisa Obdulia Martínez Hurtado
- MGSI. Herica Munguía Molina	E.E.C.I. Paula Concepción Oliva Bonilla
- LEN. Jesús Soria Galaz	
- LEN. Trinidad Leyva Pacheco	
	Docentes:
	EECI Karina López Cota
	MC Claudia Figueroa Ibarra*

* Docente de la Universidad de Sonora, estudiante de Doctorado en el Colegio de Sonora en el Centro de Estudios de Salud y Sociedad, tesis: Maternidad y muerte fetal en mujeres atendidas en hospitales públicos en Hermosillo, Sonora. El presente protocolo es considerado uno de los productos de la investigación doctoral.

Además, se contó con la participación y apoyo de la asociación civil Padres del Cielo, quienes brindan apoyo y atención a padres tras una muerte perinatal en la localidad.





Otorga la presente

Constancia

a:

MC. Claudia Figueroa Ibarra

Por su valiosa participación como PONENTE dentro del Programa de Capacitación Continua del Personal 2021 Impartiendo el tema:
"ABORDAJE DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE PERINATAL"
El cual presentó en la sala Socios Fundadores el día 05 de noviembre del 2021
A las 10:00 a.m. con duración de 2 horas.

"EL HOSPITAL DE LOS SONORENSES"
Hermosillo, Sonora a 08 de noviembre del 2021



LEN. Patricia Alejandra Espino Lares
Encargada de Enseñanza y Calidad