

Discurso de mujeres con pérdidas gestacionales menores a 20 semanas

Speech of women with gestational losses under 20 weeks

Recibido: 29/10/2019
Aprobado: 21/01/2020

Resumen

Las pérdidas gestacionales llamadas tempranas están siendo silenciadas, desautorizadas, sin darle lugar a ritos como se les da a otras muertes que socialmente se reconocen. La utilidad de esta investigación es romper el silencio y brindar herramientas para intervenciones adecuadas y útiles en estos casos. Como así también dar a conocer que todo indica, según la presente investigación, que la edad gestacional no es una variable para tratar el duelo, como tampoco debe generalizarse, ya que cada caso es particular de cada gestante. Además, puede observarse una deconstrucción social con respecto al ocultamiento de un embarazo hasta los tres meses, ampliando dicho constructo a veinte semanas. En este artículo se vislumbran leyes vigentes en Argentina que acompañan la temática.

Este trabajo investigativo, descriptivo y exploratorio, realiza un inédito aporte temático en el área de la psicología perinatal. Se trabajó con una muestra de treinta mujeres, quince de hospital público, perteneciente al Conurbano Bonaerense de Argentina y quince de clínicas privadas correspondiente al mismo sector geográfico.

Palabras clave: Duelo- duelo perinatal- pérdidas gestacionales tempranas- edad gestacional- intervenciones perinatales- embrión- feto- profesionales y duelo.

Abstract

Early gestational losses are being silenced, unauthorized, paying no attention to rites as it is done to other deaths that are socially recognized. The aim of this research is to break the silence and provide professionals and families with tools for appropriate and useful interventions in these cases. Likewise, to bring to light that everything indicates that, according to this investigation, gestational age is not a variable for treating grief, nor should it be generalized since each case is particular to each pregnant woman. Besides, it can be observed a social deconstruction in relation to the concealment of a pregnancy until three months, extending that construction to twenty weeks. Argentinean current laws are shown along the article.

Keywords: *Duel- perinatal grief- early gestational loss- gestational age-abortion- loss- obstetric violence- perinatal interventions- embryo- foetus- the duel and the professionals.*

Introducción

Las preguntas que llevaron adelante la pesquisa fueron: ¿A partir de cuándo es considerado bebé y/o persona, para una mujer gestante? ¿Es considerado igual para el sistema judicial? ¿Hay duelo en este período de gesta? ¿Es considerado igual para todas las mujeres? ¿Qué destino tiene ese embrión o feto? Hay significaciones éticas y morales que deben pensarse y analizarse.

En Argentina la Ley 14078 (2010), que hace referencia al registro de las personas, la identificación del recién nacido y la defunción fetal, expresa que las gestas menores a 20 semanas y fetos menores a 500g, su inscripción es optativa y de no ser así, el destino de ese embrión o feto, es considerado desechos patológicos. Algo que no es informado en el momento de una pérdida, y algo que tal vez, no se lo pregunte una mujer que acaba de vivir esa situación.

De este modo, en el presente trabajo de investigación, no se incluyen como pregunta, si conocen el destino que tuvo el embrión o feto, preservando aspectos psicológicos y éticos. Por tanto, se realizó la toma de muestras, cuidando a todas esas mujeres que dieron su discurso y que prestaron su historia para la investigación. En algunos casos por primera vez pudieron hablar de algo callado, con sentimientos muy íntimos que no pudieron expresar en su momento, alguno de los cuales hubo que contener, ya que se angustiaban en el transcurso de la entrevista.

Es un tema que nace desde lo cultural: se enseña que no se debe anunciar el embarazo, regalar objetos, ni elegir un nombre, hasta pasar los tres primeros meses, 12 semanas, porque es el momento que más riesgos tiene ese embarazo, y en caso de que no llegue a término, es más fácil, ya que no hay nada que explicarle a nadie, no hay nada guardado, y así, se minimizan daños. Cuando nada más lejos de una realidad, ese bebé existió en la vida de esa mujer, o no, pero lo decide y lo elige ella, junto con la pareja o sola. No se les permite pensar en ello, de los duelos no se habla, no se sabe que decir, y tampoco se investiga.

La Ley Argentina, 14078 (2010) no parece tener en cuenta que, en el útero, hay un ser vivo, que al final de la tercera semana tendrá su corazón latiendo y órganos que comienzan a desarrollarse. Que desde el positivo del análisis hay una existencia, que será aceptada o no, para cada caso en particular, pero que no le incumbe a nadie más que a ellos. No se tiene en cuenta el deseo de la gestante y su pareja. *¿Porque no dejar que cada mujer pueda vivir su pérdida conociendo y decidiendo qué es lo mejor en su caso particular?*, que, a la vez, no tiene que ser igual en todas las mujeres.

Por otra parte, como transita el duelo, si es que puede hacerlo, si en realidad en ese momento lo único que parece tenerse en cuenta es un cuerpo que atender, ver si lo expulsa, si necesita legrado y el quirófano, antibióticos, entre otras opciones. Y con horror, se escucha a algunas madres decir, durante la entrevista, que cuando llegaron al hospital con sangrado, le decían: *¿Qué te hiciste?* Es una pregunta prejuiciosa, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, en ese momento, tan delicado y particular para una mujer.

Debería prepararse desde la persona que recepciona a la gestante con pérdida, hasta la enfermera, partera, médico, para poder atender no solo el cuerpo, sino también sus emociones, las que aparecen en ese momento particular de su historia. Es la específica tarea del psicólogo perinatal.

De ahí la importancia de poder explicar e informar acerca de lo que está pasando, darle la atención que merece, la misma para cualquier ser humano, y después lo que continúa, lo que quiere hacer con su hijo, respetando las decisiones que no pueden darse por sabidas. Cada pareja, tiene sentires diferentes, decisiones que deben tomar en un ámbito íntimo, pero con la ayuda de profesionales que intervengan respetando la individualidad y el proceso que conlleva un duelo, que podrá, ser típico o no, pero único para esa familia.

Otro interrogante ha sido, si lo que sucedía en hospital público, se repetía fuera del ámbito hospitalario. Por tal motivo, la investigación, comenzó en un hospital público y continuó con mujeres con pérdidas gestacionales de las mismas características, pero atendidas en clínicas privadas.

Apartado metodológico

El estudio de esta investigación es de tipo exploratorio y descriptivo. Se trabajó con una muestra de treinta mujeres con pérdidas gestacionales menores de veinte semanas, de las cuales quince pertenecen a un hospital público del conurbano bonaerense, de la República Argentina y quince, atendidas en clínicas privadas, del mismo sector geográfico. Las edades de las entrevistadas han sido de dieciocho a cuarenta y seis años, las pérdidas gestacionales fueron de años anteriores. El motivo de hacer tan extensas las edades de la población de la muestra, es debido que, en la sociedad, por lo menos del siglo XXI, la significación de ser madres y los sentimientos se presume que son similares.

Se excluyó a mujeres que hayan tenido pérdidas de estas características, pero que estén gestando en ese momento, a mujeres con pérdidas recientes y a mujeres con pérdidas y con patologías psiquiátricas previas, de acuerdo con los principios éticos de la investigación.

El instrumento utilizado ha sido una adaptación de la entrevista de psicología perinatal de Oiberman elaborado como instrumento para una sesión única, a los fines de recabar mayores datos para ser utilizados interdisciplinariamente. Esta herramienta aporta información, sistematización y comunicación, es incluida en las historias clínicas de los hospitales, donde se trabaja desde la psicología perinatal. Es un diseño óptico que se puede interpretar fácilmente por el equipo médico (Oiberman, 1999 en Oiberman, 2013).

Con la adaptación del instrumento se realizaron observaciones en un hospital público donde se entrevistó a mujeres internadas luego de haber parido y con complicaciones de abortos anteriores. Se les pidió el consentimiento informado que las mismas firmaron para iniciar la entrevista. La duración en su mayoría fue de 20 minutos.

Marco teórico

No había sinceridad al sostener que la muerte era un desenlace natural en esta vida, que cada uno le debía a la naturaleza y se le tenía que pagar, y además, había que estar preparados. Esto no se discutía, ya que era inevitable. Pero en realidad el comportamiento era otro. Dicho comportamiento habla de una eliminación de la muerte en la vida, se la silencia, hay una postura ante la

muerte como netos espectadores. Mas no se la puede evitar y cuando llega, conmueve, se defraudan las esperanzas, se le intenta dar un motivo, rebajarla al simple azar. Otra postura es admirar aquel que ha pasado por la muerte, algo tan difícil de atravesar. Además, se vive un desmoronamiento espiritual, cuando se trata de un ser amado, un hijo. Se entierran esperanzas, las aspiraciones. Hay una negación ante cualquier forma de sustitución del amado perdido (Freud, 1996). Al respecto, Freud (1996) afirma que la muerte produce influjo sobre la vida, haciendo perder interés, empobrecimiento la vida misma y convirtiéndola en vacía y sosa.

Duelo

Según Freud el duelo es normal en tanto que es una respuesta a la pérdida de lo querido. Es un proceso intrapsíquico de una pena, luego de una forma gradual se va retirando la libido del objeto amado. Este proceso de duelo, es un trabajo, que culmina cuando se puede retirar toda la energía y depositarla en otro objeto de amor. El trabajo no es el olvido del fallecido, sino poder encontrar un lugar en la vida emocional, que le permita seguir viviendo con su ausencia (Freud, 1915).

Bleichmar, 2010, en López Fuentetaja y Villaverde (2018) argumentan que las personas ante acontecimientos traumáticos se pueden predisponer a un estado de reemergencia depresivo, cuando las condiciones en la actualidad producen una evocación de estados anteriores de indefensión e impotencia. A diferencia si esas experiencias traumáticas anteriores se vivieron con bienestar, con sentimientos de valía y proximidad a una figura de apego. Es importante la estructura de la personalidad en el duelo, ya que la misma condiciona la reacción ante un proceso de duelo.

Duelo perinatal

La maternidad esta mediada por creencias y factores socioculturales; es un constructo que varía según el tiempo, los lugares y contexto. La gestante a partir de esto tiene representaciones de tipo personal y experiencias que harán que se vincule con el feto (Bello, 2016 en Durán, y Casallas, 2019). De acuerdo con este vínculo, creencias y características socioculturales, será la manifestación y vivencia del duelo.

El duelo perinatal presenta características que difieren de otros duelos. Se experimenta la pérdida real del bebé y también otras pérdidas; la del bebé proyectado, ésta es más simbólica y está construida por el doliente con sus necesidades y deseos (Brier 2008, en López Fuentetaja y Villaverde, 2018). La pareja está por convertirse en padres, idealizaron una familia. Y por la ausencia de esa pérdida precoz se pierde un futuro que esperaron junto a ese bebé. Se pierden las esperanzas e ilusiones que proyectaron (Cote y Denney, 2011, en López Fuentetaja y Villaverde, 2018). También un sueño que representa la creación, ya que el feto es la vida y la pérdida, el final (Kowlaski, 2001, en López Fuentetaja y Villaverde, 2018, p 7). Veamos:

A modo de ejemplo y de forma simplificada, si el bebé satisfacía para la madre necesidades relativas a sentirse segura, en la relación con su pareja por ejemplo, la consecuencia de su pérdida puede ser la aparición de un sentimiento de inestabilidad o peligro, que se puede extender también al temor por la salud de los otros hijos, si los tiene, o de la suya propia; si aportaba un sentimiento de vitalidad, su pérdida puede provocar apatía; si lo que esta mayormente en juego es el narcisismo, su desaparición genera desequilibrio, pérdida de autoestima y valor; si satisface prioritariamente su necesidad de cuidar, proteger y ofrecer felicidad, su pérdida puede activar sentimientos de culpa, sensación de vacío y confusión, ya que esa pérdida arrasa con una parte de la identidad relacionada con ese cuidado del otro” (López Fuentetaja y Villaverde, 2018, p 8).

Con los avances de la ginecología y obstetricia se permite ver la imagen del hijo gestante desde el comienzo del embarazo, lo cual facilita a los progenitores al apego (Von Raffler y Engel en López García de Madinabeitia, 2011). Las imágenes ecográficas hacen visible al bebé mucho antes que la mujer sienta sus movimientos, al igual que conocer indicadores sobre la salud. En la 4D también se buscan parecidos familiares. Todo reduce los misterios que puede tenerse del embarazo, pero lo más importante es el vínculo con el papá y la mamá y con todo el entorno social (Cassidy, 2017).

Para los progenitores no es el tiempo de gesta ni el peso del embrión/feto lo que va a indicar si es hijo, sino el lugar que le han dado en sus vidas. Para ellos, es lo importante para que lo consideren hijo o una persona. Se suma también la construcción de ideales con nuevos proyectos por lo que un impacto negativo, puede afectar la salud mental de la familia, especialmente la mujer (Von Raffler y Engel, en López García, 2011).

Se puede encontrar en investigaciones que mujeres que experimentan un

duelo debido al fallecimiento de su bebé poco después de nacer, era similar a la vivida por pérdidas en el primer trimestre de embarazo. Todo parece señalar, que no sería una variable útil la edad gestacional para el tratamiento de un duelo. Así mismo, a la hora de atender no se debe generalizar, muchas características familiares y personales pueden influir en el duelo, pero ninguna condiciona (Cassidy, 2017).

Cuando se pierde un embarazo, la vida y la muerte van de la mano. Para las pérdidas gestacionales tan recientes no hay rituales que legitimen y faciliten el duelo. Todos callan porque no se sabe qué decir, convirtiendo en soledad esa pena. Para cada padre el duelo tiene distintos ritmos. El padre, tiende a preguntarse, cuál es el motivo y cómo consolar a su pareja y también, es de quien se espera que anuncie lo sucedido. Su pena es secreta y solitaria. La pregunta de cómo esta va dirigida a su pareja, dejando de ser parte para ser acompañante y teniendo que cargar con lo cultural de: “los hombres no lloran”, como si la pena tuviera un sexo (Tizón y Sforza, 2008, en López García, 2011).

Los hermanos también sufren la pérdida y son los dolientes olvidados. Ellos se pueden culpabilizar por sentirse causantes de la pérdida, debido a los sentimientos que tuvieron al verse desplazados en el cariño que sus padres mostraron con el bebé esperado. Los abuelos pasan por un doble duelo, por el nieto perdido y por el sufrimiento de sus hijos (López García de Madinabeitia 2011). Para poder saber qué lugar ocupa el duelo, hay que conocer, y para la sociedad la muerte es un tabú, algo de lo cual no se habla y se le da la espalda, no hay sitios para el dolor, para poder compartirlo, lo que se impulsa es la recuperación rápida (Tizón y Sforza, 2008, en López García, 2011).

Si lo comparamos con otros duelos es diferente y complejo, ya que hay una vivencia de fracaso en la estima personal y también desde lo biológico, pensándolo hasta antinatural, ya que se sobrevive a los hijos. Carece de comprensión en lo familiar, lo social, y el equipo de atención para la salud. Por ende, es un duelo desautorizado, puesto que no se reconoce ni se puede expresar por la persona, es difícil de elaborar, debido a que no hay un luto permitido. ¿Cómo puede haber duelo cuando los restos fetales terminan en anatomía patológica? ¿O enterrados sin nombres porque no cumplieron con lo reglamentario de vida para anotarlos en el registro civil? También es un duelo olvidado porque hay un sistema que lo niega, hasta los padres lo terminan olvidando, pero no lo sanan (Mejías Paneque, 2012).

El duelo y los profesionales

Es importante el apoyo que pueden dar los profesionales de la salud a la familia, ya que es de gran importancia que en ese momento de duelo estén presentes para acompañar a la toma de decisiones por la complejidad que la situación tiene. Es importante la relación que tenga el médico con el paciente, puesto que algunas interacciones pueden ser dañinas y pueden traer consecuencias en el período de duelo. De ahí que es necesario brindar el adecuado asesoramiento de la pérdida y el impacto en el futuro. Así como también el seguimiento de lo emocional en relación con el duelo (Lacasse y cacciatore 2014, en Duran y Casallas 2019).

Los profesionales en ocasiones tratan de alentar a las parejas con frases no muy adecuadas o se limitan a lo técnico, en la búsqueda de la distancia emocional. Cuando en realidad el equipo sanitario debe cooperar para que se pueda lograr la descarga emocional. Además, los profesionales deben preguntarse qué les hace sentir la situación, qué recursos deben utilizar y así tener una distancia que sea saludable pero útil a la vez (Mejías Paneque, 2012). Pero, ¿Qué hacer al respecto?:

Se puede decir: “lo siento”, darle asistencia al dolor físico, escucharlos, nombrar al bebé por su nombre, decirles que no se le puede quitar el dolor pero que se los puede acompañar, no dejarlos solos. El tacto comunica y dice más que las palabras en algunas ocasiones. También, acompañarlos en decisiones, brindarles un ambiente tranquilo, ayudarlos a entender lo que está ocurriendo y, por último, prepararse también para quienes rechazan la ayuda.

No se debe pensar: Que una edad gestacional establece el valor del impacto. El vínculo se da mucho antes del nacimiento, la madre otorga al feto simbólico condición de neonato. No evitar cambiar de tema cuando hablen del bebé.

No mencionar: Que pueden tener otro hijo. Que fue voluntad de Dios. Que si lo hubieran conocido hubiera sido peor. Que no era un auténtico bebé

No decir: “No llores.”

Todo esto, genera duelo desautorizado (Mejías Paneque, 2012).

Hay una tendencia de los profesionales encargados de la salud, a centrarse en el cuidado físico evadiendo los aspectos emocionales,

ciertamente, en intento de disminuir la angustia propia. Lo que da como resultado que la actuación no sea correcta, se vea fría y distante. Cuando hay que comunicar una mala noticia funda mucha ansiedad en el profesional, en este caso el obstetra, y la forma en que lo comunique será como comenzará el proceso de duelo, y cómo influirá en las futuras relaciones médico-paciente (Pastor Montero, Romero Sánchez, Hueso Montoro, Lillo Crespo, Vacas Jaén y Rodríguez Tirado, 2011).

¿A qué se le llama defunción fetal?

Es la muerte acontecida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la gesta, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no muestra signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de respiración ni músculos voluntarios. La causa de la defunción son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte, o que contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal. La Organización Mundial de la Salud (2016) recomendó que la muerte fetal sea clasificada como precoz menor a veinte semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación. Estos son los tipos de muerte fetal:

- ✓ **Muerte fetal temprana:** fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o peso menor a 500 gramos. Se hace así referencia a los abortos.
- ✓ **Muerte fetal media:** fetos entre 22 y 28 semanas de gestación con un peso entre 500 y 999gramos.
- ✓ **Muerte fetal tardía:** incluye muertes fetales a partir de los 1000gramos y/o mayores de 28 semanas completas de gesta (Lombardía y Fernández, 2007 y Pastor Montero, 2016 en López Fuentetaja y Villaverde 2018).

Legislación vigente en Argentina

Código Civil y Comercial de la Nación (2015)

Según el artículo 19: “Comienzo de la existencia. La existencia de la persona humana comienza con la concepción.”

Del mismo modo, los artículos subsecuentes agregan:

Artículo 20: Duración del embarazo. Época de la concepción. Época de la concepción es el lapso entre el máximo y el mínimo fijados para la duración del embarazo. Se presume, excepto prueba en contrario, que el máximo de tiempo del embarazo es de trescientos días y el mínimo de ciento ochenta, excluyendo el día del nacimiento.

Artículo 21: Nacimiento con vida. Los derechos y obligaciones del concebido o implantado en la mujer quedan irrevocablemente adquiridos si nace con vida.

Si no nace con vida, se considera que la persona nunca existió. El nacimiento con vida se presume.

La Ley Argentina 14078 del Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, en el título quinto, Nacimiento, Capítulo I, Identificación del recién nacido, artículo 30 dice:

Todo niño/niña nacido vivo o muerto y su madre serán identificados de acuerdo con el Sistema de Identificación del Recién Nacido y su Madre, para la provincia de Buenos Aires. El sistema de Identificación del Recién Nacido y su Madre tiene por objeto asegurar a las personas su legítimo derecho a la identidad como así también garantizar la indemnidad del vínculo materno filial.

En la misma Ley, en el capítulo V, artículo 49 expresa:

En el caso que el fallecimiento del feto ocurra con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; constatado por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios, se dará el tratamiento previsto en el presente capítulo. Cuando la desaparición permanente de todo signo de vida del recién nacido cualquiera que sea el tiempo de transcurrido desde el nacimiento con vida, se procederá a la identificación, inscripción del nacimiento y de la defunción no siendo aplicable las normas de la defunción fetal.

En el artículo 50 de la misma Ley indica:

En el caso de que la muerte fetal sea clasificada como precoz (menor de veinte (20) semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación) o el peso del feto sea inferior a los quinientos (500) gramos, la inscripción de la defunción fetal será voluntaria para los padres, pudiendo solicitar al Registro Civil la licencia de inhumación sin labrar el asiento respectivo. Cuando la muerte fetal sea intermedia (desde veinte (20) a menos de veintiocho (28) semanas), tardía (desde veintiocho (28) semanas completas o más), o de peso superior a quinientos (500) gramos deberá procederse a labrar el acta de defunción fetal.

En la presente Ley, en las Disposiciones finales en el Capítulo único, en su artículo 143 señala: “El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley y aprobará la estructura orgánica del Registro de las Personas, dentro de los sesenta (60) días de la promulgación de la presente.”

Finalmente, el artículo 144 concluye:

La presente Ley regirá en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires a partir de los sesenta (60) días de su promulgación. Artículo 145, Queda derogado el Decreto-Ley 10072/83 y toda otra disposición que se oponga a la presente. Ley 14078 del Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires (2010).

¿Cuándo inicia la vida humana?

“¿Cuándo comienza una vida humana particular? ¿Cuándo el espermatozoide se encuentra con el oocito? ¿Cuándo el embrión se transforma en un feto? ¿Cuándo el bebé se hace viable como una entidad independiente? En un sentido evolutivo, ninguno de estos hechos marca el comienzo de la vida. La vida comenzó hace más de 3.000 millones de años y desde entonces se transmitió de organismo a organismo, generación tras generación, hasta el presente y se proyecta hacia el futuro, más allá de lo que la mente humana pueda avisorar. Cada nuevo organismo es, un participante temporal en el hilo continuo de la vida. Del mismo modo lo es cada espermatozoide, cada oocito y, de hecho- en cierto sentido-, cada célula viva. Sin embargo, cada individuo es una combinación única de herencia y experiencia que jamás podrá repetirse y que, por lo tanto, es irremplazable. Pero desde la perspectiva de la

continuidad biológica, una vida humana no dura más que el pestañeo de un párpado” (Curtis, Barnes, Schnek y Massarini 2008).

Desarrollo embrionario y fetal

Período embrionario

De 1 a 4 semanas: 0,6 cm. Se forma el corazón, comienza a latir, esbozos pulmonares, comienza a desarrollarse ojos y oídos y se forma la cola.

De 5 a 8 semanas: 3 cm, 1 gramo. Los miembros cobran forma, aparecen dedos, ojos separados, párpados fusionados, la cara tiene rasgos más humanos, se diferencian genitales, se forman vasos sanguíneos principales, desaparece la cola (Tortora y Derrickson, 2006).

Período fetal

De 9 a 12 semanas: 7,5 cm, 30 gramos, la longitud del feto se duplica, la cabeza es casi la mitad de la longitud del cuerpo, ojos desarrollados, los miembros superiores alcanzan casi su longitud final, los inferiores todavía no están tan desarrollados, se mueve, pero todavía no lo percibe la madre (Tortora, Derrickson, 2006).

De 13 a 16 semanas: 18 cm, 100 gramos. Los ojos toman su posición final, los miembros inferiores aumentan de longitud. Los rasgos del feto son más humanos aún.

De 17 a 20 semanas: 25 a 30 cm, 200 a 400 gramos. Son visibles las cejas y el pelo de la cabeza, los movimientos fetales ya son percibidos por la madre (Tortora y Derrickson, 2006).

Algunos bebés lograron una sepultura

Según el Diario de Cuyo, en una nota realizada por la periodista Juárez Fabiana (2017) hay un lugar llamado el Jardín de los ausentes. Es de sepultura de bebés que fallecieron antes de nacer. Este cementerio nació en el 2012 y está ubicado en el Palmar, en ruta 20, kilómetro 7 en Las Chacritas, 9 de Julio, al sur de la Ciudad de San Juan. Es una propuesta para que los restos de bebés que fallecen antes de nacer no tengan el fin de residuos patológicos, expresa

Miriam Andújar, de la comisión de justicia y Paz. Además, agrega que no es mala voluntad, es que no existen protocolos donde se les pueda dar un destino a estos bebés. En este lugar pueden recibir sepultura aquellos bebés que fallecieron por aborto espontáneo y también aquellos de abortos provocados. La propuesta fue hecha por la comisión de Justicia y Paz, dependiente del Arzobispado.

Otros luchan por proyectos de ley

La periodista, Rovati, manifiesta que desde Umamanita, una pareja que perdió a su hija, lucha para inscribirla y darle sepultura, igual que otros casos mencionados en el blog. Muchos padres habrán pasado por situaciones similares y se habrán planteado el destino de sus bebés después de un aborto (Rovati, 2010). Por otra parte, Ruidiaz (2014), expone la tarea de la fundación llamada: Era en Abril, que trabaja desde hace cerca de 12 años con papás de bebés fallecidos en el embarazo, el parto o luego de nacer. Era en Abril, trabaja en un proyecto de Ley presentado en el 2016, cuyos ejes son:

- a) Reconocimiento con nombre y apellido de los bebés que fallecen en el vientre materno, siendo esto facultativo y a solicitud de los progenitores que así lo deseen.
- b) El registro de todas las muertes intrauterinas con fines estadísticos para la implementación política de salud que prevengan las muertes evitables.
- c) La entrega del cuerpo a los padres a fines póstumos sin distinciones arbitrarias de peso y edad gestacional, siempre que lo requieran.

Buscan avanzar sobre una realidad más respetuosa con más sensibilidad con estas familias que sufren. Validar a estos padres y atemperar un poco su dolor. En ese proyecto N° 0360-D-2018, proponen un Registro Especial de Bebés fallecidos en el vientre, sin que implique cambios en el sistema implementado por el Código Civil en lo referente a derechos condicionales de las personas por nacer. El asesoramiento legal, sigue estando a cargo de Binconi (2018) quien es vicepresidenta de la fundación y directora del proyecto de Ley.

Resultados

En las muestras realizadas en hospital público y clínica privada a las 30 mujeres con pérdidas gestacionales menores a 20 semanas, se obtuvieron los siguientes resultados midiendo el impacto ante la pérdida:

De las 30 mujeres el 100% sintieron tristeza; el 66,66% vacío; el 53,33% soledad; 53,33% shock; 40% enojo; 30% resignación; 20% negación; 10% apatía; 6,66% hostilidad. Siendo estos sentimientos correspondientes al proceso intrapsíquico que llamamos duelo.

Experimentaron otros sentimientos como: angustia por la pérdida el 60% del total de la muestra; ansiedad el 53,33% de las 30 mujeres. Para Carbonetti, Linares, Nazar, Rodriguez Eschandía y Sosa (1994) la angustia aparece cuando se es embargado por algo que es irremisible y la ansiedad es una aflicción ante algún estímulo externo o interno.

De las 30 mujeres imaginaron su bebé 60%; tenían nombre el 30%; guardan recuerdos de su bebé el 40%.

Sobre un total de 30 entrevistadas en ambas instituciones, 12 mujeres se angustiaron durante la entrevista representando un 40% del muestreo. A las cuales se le dio la debida contención y la posibilidad de tener otras entrevistas si así lo requirieran. Las mismas mujeres han referido no haber hablado sobre esa pérdida por no encontrar la debida contención.

Discusión

A mediados del siglo pasado, culturalmente, los duelos se vivían con rituales. Se le brindaba un lugar y un momento para la vivencia del duelo y se utilizaba el luto. Estas costumbres eran expresiones formalizadas en la cultura, de las cuales cada una tiene un rito y una expresión particular. Cuando una persona estaba en duelo, se le permitía estar triste, llorar; había un tiempo, que comenzaba con el velatorio donde todos lloraban, vestían de negro, hablaban del difunto y de lo ocurrido. Luego se lo dejaba en un lugar (cementerio), lo que le permitía al deudo llevar flores, rezar o simplemente hablar con el muerto, incluso en voz alta, sin que a nadie se le ocurriera pensar que estaba loco, ya que el duelo y sus rituales estaban dentro del contexto de la muerte. Más tarde, se regalaban las pertenencias de esa persona que ya no estaba. Al

año, se dejaban la vestimenta negra y el luto, y comenzaba un proceso de adaptación emocional, transitando el duelo, no evadiendo ni escondiéndolo.

No todo era tan bueno, pero algo de esas épocas se puede rescatar: tener un momento y un lugar para expresar el dolor, algo que ahora no se busca. De hecho, se evita: alguien se encarga de acomodar todo con el fin de esconder la situación. Las salas de velatorios a la noche cierran, a la mañana se despide al difunto y terminó el ritual. En el mejor de los casos se entierra o se deposita en nicho, dejando un lugar donde queda abierta la posibilidad de expresión. En otros casos se crema, se esparcen las cenizas y en ese acto termina todo. De la conmoción a la despedida, fue un instante. Con lo cual el proceso queda trunco, adhiriéndose más tarde a otros interminables duelos. En concordancia con Freud, (1996) el duelo es un proceso, un trabajo, y no es el olvido de quien ya no está, sino el poder encontrar un lugar en las emociones, lo que no significa callarlas. La expresión es lo que permite darle un espacio al dolor en la vida del deudo. En cambio, existe una posición ante la muerte de simple espectador. Sin embargo, a la muerte no se la puede evitar: cuando llega se desmorona lo construido y se entierran esperanzas.

En línea con lo expresado en López Fuentetaja, (2018), los duelos perinatales tienen características diferentes a otras pérdidas, ya que no solo se experimenta la pérdida del bebé real, sino también el simbólico y el proyectado, incluidos dentro del plan familiar. El futuro queda truncado, con muchos temores hacia el porvenir, tanto desde lo biológico como desde lo psicológico: el temor por la salud, el miedo a vivir otra experiencia de pérdida o la duda sobre la posibilidad de quedar nuevamente embarazada, entre otros temores. En la presente investigación, de 30 mujeres entrevistadas el 50 % sintió preocupación por el futuro y el 36,66 % expresó temor por su salud.

Desde lo emocional se experimentan angustias, ansiedades, tristeza, vacío, soledad, hostilidad, negación, apatía y enojo, sentimientos que se corresponden con el duelo. Estas reacciones no son acompañadas de forma adecuada por los profesionales de la salud, quienes se limitan a atender el cuerpo. Esto genera una distancia emocional, cuando lo esperable y adecuado es escuchar, acompañar, ayudar a entender lo ocurrido, entre otras acciones. Además, como bien expresaron las madres, tener un profesional que de herramientas y que ayude a entender. Por lo cual sería beneficiosa la intervención de psicólogos perinatales junto a los obstetras, que brinden espacios de escucha.

Asimismo, en coincidencia con lo mencionado por Mejías Paneque (2012), también se debe brindar un ambiente tranquilo, en un lugar donde no estén llorando otros recién nacidos. No es saludable, desde lo psicológico, que en ese momento particular en que la mujer ha perdido a su hijo, esté en una habitación donde haya nacimientos. De ese modo, se vive más la sensación de fracaso y vacío. Luego de una pérdida, las mujeres se plantean por qué las otras mamás sí y ellas no. Y, con la presencia y el llanto de esos bebés, se hace más visible la falta del bebé que nunca llegará, ni llorará.

Por este motivo es tan importante la presencia de un psicólogo perinatal en el ámbito hospitalario y privado, ya que es quien puede acompañar estos momentos con mayor conocimiento para prevenir daños que se agregan a los que ya subyacen ante un duelo. En línea con Tizón y Sforza, en López García, (2011) para poder saber qué lugar ocupa el duelo, hay que tener conocimientos al respecto. No obstante, para la sociedad la muerte es un tabú: algo de lo cual no se habla, se le da la espalda y se impulsa a una recuperación rápida. Por ese motivo los especialistas en psicología perinatal están capacitados para poder atender, contener y acompañar, tanto en el momento del impacto, como durante el trayecto de la elaboración de ese duelo. Entendemos por esa elaboración, a trabajarlo: hablándolo, transitándolo, llorándolo y encontrando un lugar para esas emociones. De ninguna manera es incitando a olvidar o tapan, sino a evocar y ubicar.

Con respecto a la Ley 14078 (2010), no se tiene una total coincidencia debido a su aspecto arbitrario y a sus deficiencias. Dentro del artículo 50, expresa que cuando la muerte fetal sea intermedia (20 a 28 semanas) o tardía (28 semanas o más), se labrará el acta de defunción, como si el dolor tuviera que ver con el peso o la medida. Para las mujeres con pérdidas gestacionales y para los padres, no es menos hijo porque pese 100 gramos, o más hijo porque pasó los 600 gramos. Tampoco va a ser más querido porque crece su panza. ¿Acaso quiere más una madre a un hijo de 10 años que al otro de 3 años? El amor hacia un hijo es el lugar que le dieron en sus vidas, el apego o lo que representa ese ser para esos padres. De acuerdo con Cassidy (2017) existen investigaciones que indican que las mujeres experimentan similares sentimientos de duelo por hijos fallecidos poco después de nacer, a las que han tenido pérdidas en el tercer trimestre de embarazo. A su vez, como lo hace notar Von Raffler, en López García (2011) se suma la construcción de ideales

con nuevos proyectos, por lo que un impacto negativo afecta la salud mental de la mujer y su familia.

De los 30 casos entrevistados en esta investigación, mujeres en hospital público y en clínicas privadas, el 100 % esperaba un hijo, no un producto de la gesta. Aún aquellas mujeres que no habían planeado el embarazo, al recibir la noticia, lo aceptaron y les dieron un lugar en su vida, y aquellas que no lo planificaron tuvieron los mismos sentimientos ante la pérdida que las mujeres que lo planearon. Es el ejemplo de un caso de los investigados en hospital, que no fue un embarazo planificado, estaba tomando pastillas anticonceptivas, pero al enterarse de la gesta, lo aceptó y manifiesta que actualmente se imagina a su hijo, aun cuando de la pérdida ya pasaron 7 años.

Continuando con la Ley 14078, que solo rige para la Provincia de Buenos Aires, habla de las muertes fetales precoces (menores de 20 semanas de gesta). Según el contenido de esta Ley, la inscripción será voluntaria. De este modo, no se lleva un registro real de la cantidad de muertes fetales o abortos, justamente porque es voluntaria. Sin embargo, no se les informa a las madres que existe la posibilidad de extender esa certificación de defunción y así proceder a solicitar al Registro Civil la licencia de inhumación. Por lo tanto, esa voluntad se convierte en arbitraria.

Se debería llevar un control de las pérdidas gestacionales y sus causas, como se hace con todas las muertes. Pues si no se inscriben las pérdidas tempranas, se ignora la cantidad de fetos muertos y el motivo, ya que no se hace defunción obligatoria, así como tampoco su debida inscripción. Estadísticamente, esto podría servir para fines de investigación, con el propósito de prevenir o tratar patologías con acciones más tempranas. Por otro lado, la mujer que acaba de perder a su hijo puede inscribirlo con un nombre, y de ese modo también tener un lugar donde dejarlo, como cualquier persona fallecida, o cremarlo, si así lo decide. Sea un embrión o feto, ¡para ellas es un hijo!

Se entiende que la entrega de ese hijo debe ser cuidadosa, el impacto que puede provocar entre el hijo fantaseado y el real puede ser muy diferente. En algunos casos, lo imaginado por los padres difiere de la realidad, pero es tarea del médico tratante, acompañado por un psicólogo perinatal y habiéndolo trabajado conjuntamente, poder explicar el aspecto que ese bebé tiene, el destino que tendría y, en todo caso, si los padres así lo requieren, ver los medios de entrega de ese hijo que no necesariamente tienen porque ser

visibles (por ejemplo, puede ser un pequeño ataúd cerrado a la medida del hijo que lleve dentro para fines póstumos).

El término de desecho patológico para los padres duele tanto como la muerte. Por este motivo, tal vez algunas de las personas que comenzaron a pensar en este tema sean impulsoras de un cambio, y se hace referencia al Jardín de los ausentes en El Palmar, a Umamanita, a Era en Abril, que pusieron en marcha proyectos de ayuda para estos casos, pensando en el dolor de los deudos. Es posible que existan otras instituciones que trabajen el tema y que no estén contempladas en esta investigación. Es necesario revisar leyes y dar nuevas respuestas. No es clara la Ley vigente en relación con: la defunción, la existencia de la persona, el cumplimiento de informar a las madres, y el destino de los embriones y fetos perdidos. En el Código Civil y Comercial de la Nación (2015), artículo 19, la persona humana existe desde la concepción. Dentro del artículo 30 de la Ley 14078, de carácter provincial, se indica que será identificado de acuerdo al Sistema de Identificación del Recién Nacido y su madre, todo niño/niña nacido vivo o muerto. En el artículo 50 de la misma Ley, la inscripción para los menores de 20 semanas de gesta es voluntaria. De todos modos, esta pequeña luz de poder recibir el acta de defunción, siendo menores a 20 semanas de gesta, no se está informando a las madres. Cuando todo lo que sucede, desde que entra a la institución, hospital, clínica, sanatorio, hasta el alta, tiene que ser informado. Y con el trato correspondiente a un ser humano.

En esta investigación, de las 30 mujeres con pérdida de gestas menores a 20 semanas, 13 es decir el 43,33 % de las mujeres expresan no haber sido bien informadas; además 3, que representan al 10 % de la muestra, culparon a los profesionales. A 8 mujeres de las 30 entrevistadas, de las cuales solo 1 es de clínica, al llegar a la guardia por emergencia, les dijeron: *¿qué te hiciste?* o *¿qué tomaste?* En otro de los casos le dijeron: *“dejá de buscar hijos a esta edad y tejé esarpines para tus nietos”*. Otro caso el médico le dijo que, aunque se quedara a su lado, lo iba a perder igual. En un siguiente caso, cuando llegó a la clínica luego de haber perdido el bebé en la casa, le dijeron: *“vos no tenés que atenderte acá porque ya no estás embarazada”*, la mandó a otro sector de la institución, y de allí la mandaron nuevamente al lugar donde había ido al principio. Prejuicios, intervenir en la vida y decisión de otro, no informar bien, ser desconsiderados con una mujer que no solo le duele el cuerpo físico, sino que sus emociones están lastimadas. Todo lo relatado

corresponde a violencia obstétrica: se viola el derecho a la privacidad, a la información, a tomas de decisiones propias, a tratos inhumanos o degradantes. Las leyes que protegen a la mujer de tratos impropios, y con las cuales se coincide son: Ley 25929 de parto humanizado, que en su artículo 2 expone que toda mujer en correlación con el parto, embarazo, y postparto, tiene derechos, a ser tratada con respeto, a que le den información, que sea considerada en sus decisiones, a estar acompañada, entre otros derechos. En realidad, esta Ley hace más referencia al embarazo y parto. No obstante, se hace mención dentro del anexo de reglamentación de la Ley 25929, a la Ley 26485 de protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, donde todo este maltrato estaría vislumbrado. De todos modos, existen fallas.

Las mujeres siguen sintiéndose rehenes de la atención recibida en las diferentes instituciones de salud, por parte de profesionales que no cumplen con las Leyes ni con la ética. Además, se puede hacer mención al personal de recepción, que para nada está preparado para atender este tipo de emergencias, no tienen en cuenta lo emocional y, en ocasiones, demoran una atención o hacen acotaciones inadecuadas. Se debe tener en cuenta que lo humano es primordial y debe ir a la par de la atención física y psicológica, a su vez respetando lo cultural.

Reiterando uno de los casos que ya ha sido mencionado, la mamá recomienda: *“Hagan valer sus derechos, por mínimo que sea el tiempo de gestación. Es su embarazo. Porque en las clínicas no lo toman como embarazo si no tienen ecografía y papeles, la burocracia hace que el trato termine siendo violento.”* ¿No estaríamos hablando de abandono de paciente? Cuando una mujer se acerca a una guardia con dolores, náusea en exceso, fiebre, y/o sangrado pequeño o abundante: ¿No debe evaluarlo un médico especialista sea cual fuere su tiempo de embarazo? ¿Quién se encarga de inspeccionar la dinámica de estos funcionamientos?

Por otra parte, ¿no estaría mejor acompañada la gestante, a nivel emocional, por un psicólogo/a perinatal?

Es ético pensar en la interdisciplina como forma de atender y cuidar a los pacientes integralmente.

Conclusión

Es necesario repensar los temas tratados en la presente investigación. Hay un silencio en las pérdidas gestacionales que llaman tempranas. La muerte fue y sigue siendo un tema tabú, del cual queda mucho por investigar. Resulta primordial seguir estudiando el modo de abordar el dolor y la forma en que se lo puede y debe tratar. Además, es necesario seguir indagando y trabajando en estos temas debido a la escasa información. Produce indignación tener conocimiento sobre la falta de empatía hacia las personas, especialmente ante estas pérdidas, y que se lo considere desecho patológico a un ser que, para ciertas madres (las 30 de esta investigación, por ejemplo), es un hijo que, en la tercera semana de gesta, le late el corazón.



Elvira Di Campli

Buenos Aires, Argentina

Referencias

- Alonso López, A., Bermejo Huerta, S., Hernández Galván, R., Posadas Ayala, R., González Del Ángel, A., (2011). Diagnóstico Citogenético en abortos espontáneos del primer trimestre. *Ginecología y Obstetricia de México*. 79 (12). 779-784
- Belli, L. (2013), La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Año 4,1(7): 25-34. ISSN20779445
- Bianconi A.. (2016). Causas de lucha, prensa y difusión, proyectos e investigación. 2016, de Era en Abril Sitio web: [http://www.eraenabril.org/2017/07/avances-primer-proyecto-ley-identidad-bebes-fallecidos-vientre-materno-latinoamerica/Buenos Aires](http://www.eraenabril.org/2017/07/avances-primer-proyecto-ley-identidad-bebes-fallecidos-vientre-materno-latinoamerica/Buenos-Aires) (provincia). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto 1406/98.
- Decreto 1406/98. Artículo 75, incisos 22 y 23. Menem, C y Di Tella G. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Buenos Aires, 10 de diciembre de 1998.
- Carbonetti, M., Linares, F., Nazar, A., Rodríguez Echandia, E. Sosa, C. Depresión y Ansiedad. En Nazar,J., Linares, F., Salzman. (1994). S. Pp. 361, Pp. 415. II Congreso mundial de estados depresivos. Mendoza- Argentina.

- Cassidy P. (2017). La vida social del bebé no- nato: La comprensión de la naturaleza del duelo. Revista duelo y muerte perinatal n°2. mayo-junio.
- Código Civil y Comercial de la Nación. (2015) Congreso de la Nación. República Argentina.
- Curtis,H., Barnes, N. S, Schnek A. y Massarini, A. (2008). Biología. Buenos Aires: Panamericana.
- Duran F., M.E. y Casallas M.,D.M. (2019). Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. Psicología y salud, 29(1), 91-102.
- Durán F., ME. Y Casallas M.,D.M.(2019). Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. Psicología y salud, 29(1), 91-102.
- Fernández Alcántara, M.,Cruz Quintana, F., Pérez Marfil, N., Robles Ortega, H.(2012). Factores Psicológicos implicados en el duelo perinatal. Index de Enfermería. Vol.21.no1-2. 48-52.
- Freud, S. (1996) Obras completas. Almagro. Traducción directa del alemán Ballesteros y Torres. pp. 2110 Biblioteca Nueva.
- Juárez, F., (2017).Google. <https://www.diariodecuyo.com.ar/sanjuan/Salud-a-favor-de-unprotocolosobre-el-destino-de-los-restosde-bebes-fallecidos-sin-nacer-201703250111.html>
- Ley 14078, Título V - Nacimiento, Capítulo I - Identificación del Recién Nacido. Artículo 30. Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 13 de enero de 2010.
- Ley 14078, Título V - Nacimiento, Capítulo V – Defunción Fetal. Artículo 49. Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 13 de enero de 2010.
- Ley 14078, Título V - Nacimiento, Capítulo V – Defunción Fetal. Artículo 50. Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 13 de enero de 2010.
- Ley Nacional de Parto Humanizado, N° 25929. Artículo 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004.
- Ley Nacional de Parto Humanizado, N° 25929. Artículo 2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos

- Humanos de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004.
- Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres, N° 26485. Artículo 2. Congreso Argentino, Buenos Aires, Argentina, 11 de marzo de 2009.
- Ley de Aplicación Supletoria de la Ley Nacional 24.051 y de su dec. Reglamentario 831/93, N° 154. Título I - Disposiciones generales y ámbito de aplicación. Artículo 2. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 17 de mayo de 1999.
- López Fuentetaja, A. M y Villaverde, O.I (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Clínica Contemporánea*. 9e25, 124.
- Lopez García de Madinabeitia, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio perinatal. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid. Vol.31 nº1. 53-70.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps). En *Búsqueda de las ciencias de la mente*.
- Investigación en psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica. (pp.159-167). Buenos Aires: Ediciones Universidad de Flores.
- Mejías Paneque, (2012). M. Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Revista Científica Hygia de enfermería*. no 79. 52-55.
- Ministerio de la salud, estadísticas vitales. (2016) estadísticas vitales. Información básica Argentina. Ministerio de la Nación.
- Miranda, J. (2002). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Ars médica*. Revista de ciencias médicas. Vol.31, Num.1.
- Oiberman, A (2013). Nacer y acompañar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. pp. 42. Lugar editorial.
- Pastor Montero, S., Romero Sánchez, J., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A., Rodríguez Tirado, M. (2011) *Revista Latino-Americana de Enfermería*. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Vol.19 no. 6.1405-1412
- Rovati,L.(2010). Google. <https://www.bebesymas.com/noticias/la-lucha-de-un-padre-porenterrar-a-su-bebe-no-nacido>.

- Ruidiaz, J. (2014). Google. <http://www.eraenabril.org/2014/06/proyecto-de-ley-de-identidad-para-bebes-fallecidos-en-el-vientre-materno/>
- Sánchez Pérez, I. (2019). Duelo desautorizado: todo lo que rodea a un duelo tabú. (Trabajo de Grado). Universidad de Alicante.
- Tortora, G. y Derrickson, (2006), Principios de Anatomía y fisiología. Buenos Aires- Bogotá- Caracas- Madrid- México- São Paulo. Traducción Editorial Médica Panamericana S.A. Supervisión Dvorkin. Capítulo 29. pp.1125-1131. Editorial Médica Panamericana. 11edición.
- Trossero, R. (2001). El sentido de la vida. Avellaneda. pp. 27, pp.7. Bonun
- Urbina, M.T., y Biber, J. L. (2009). Fertilidad y Reproducción asistida. Ed. Médica Panamericana.
- Vacaflor Herrera, C. (2016) Violencia obstétrica: Un nuevo marco para identificar los desafíos a la atención materna en Argentina. Asuntos de salud reproductiva. 20:47, 65-67.
- Ventura, G; Espinoza, H y Muchotrigo,M. (2014). El consentimiento informado en las publicaciones latinoamericanas de psicología. Bogotá. p345.

La autora

Elvira Di Campli

Licenciada en Psicología. Profesora en Psicología. Especialista en Psicología Perinatal.

Correo: elvidi2000@hotmail.com- elvidicam2017@gmail.com

Celular: 1159649621