

Hasta hace poco la comunidad médica no ha prestado atención a los embarazos posteriores a la pérdida de un bebé, y aún no se considera una materia que requiera de una práctica basada en la competencia. Sin embargo, la muerte prenatal se produce en el 25% de los embarazos (Woods & Wood, 1997) debido a un aborto espontáneo, al nacimiento de un niño muerto o a la muerte neonatal, registrándose cifras de hasta un 43% (Statham & Green, 1994). La mayoría de las mujeres que han tenido resultados negativos se quedan embarazadas de nuevo, registrándose una tasa de nuevos embarazos del 59-86% (Cordel & Prettyman, 1994; Cuisinier, Janssen, de Graaus, Bakker & Hoogduin, 1996).

En una gestación múltiple, además, los abortos asociados a muerte espontánea de uno o más fetos pueden alcanzar el 30% (Seoud, Toner, Kruithoff, & Muasher, 1992). Por otro lado, los embarazos que acaban en parto prematuro y bebés nacidos con discapacidades graves hacen revivir a los padres durante el embarazo siguientes miedos y ansiedades similares. En todas estas situaciones, el marco de referencia de los padres para el siguiente embarazo es su experiencia anterior. Estos padres han perdido la inocencia. La probabilidad estadística les ha traicionado, y cuando se ha producido una muerte, viven con constante ansiedad pensando que la muerte puede golpearles de nuevo (Kowalski, 1991). Como trabajadores sociales en el área perinatal, tienen un papel clave a la hora de brindar a estas familias el apoyo que necesitan. Puede que sea usted miembro del equipo médico que les atendió en el último embarazo o sea mediador en el grupo de apoyo para padres que han perdido bebés al que estos padres asistieron.

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE SIGUIENTES EMBARAZOS

Se ha descubierto que un embarazo anterior malogrado es un factor

significativo de predicción de riesgos en el siguiente embarazo (Goldenberg, Mayberry, Copper, Dubard, & Hauth, 1993). Es habitual un aumento del miedo y la ansiedad (Theut, Pederson, Zaslow, & Rabinovich, 1988; Statham & Green, 1994; & Cote-Arsenault & Mahlangu, 1999) y desconfianza hacia la profesión médica (Parker & O'Leary, 1989; O'Leary, Parker & Thorwick, 1998). Las mujeres y sus compañeros tienden a no mostrar sentimientos positivos respecto del embarazo, a preocuparse porque algo vaya mal con el bebé y muestran rasgos de ansiedad en mayor medida que las mujeres que no han sufrido una pérdida con anterioridad (Hedegarrd, M.; Henriksen, T.; Secher, N.; Hatch, M. & Sabroe, S., 1994). Tanto hombres como mujeres están llenos de temor a que la pérdida se repita y en estado de hipervigilancia (O'Leary, et al. & Cote-Arsenault, 1998).

LA PATERNIDAD EN EL SIGUIENTE EMBARAZO

En los doce últimos años, el trabajo con familias en las que se da un nuevo embarazo después de uno anterior malogrado ha ayudado a identificar diferentes fases de evolución en la gestación a medida que las familias viven el nuevo embarazo (O'Leary & Thorwick, 1994). Son éstas:

- Trabajar el miedo a otro embarazo anormal.
- Trabajar la evitación del vínculo afectivo por temor a perder al bebé después.
- Superar la falta de voluntad para recuperarse de la pérdida por lealtad al bebé que murió.
- Vincularse con el bebé no nacido separándolo del bebé que murió.
- Duelo de los padres por la pérdida personal que ha supuesto para ellos el aborto.

Hemos observado cómo todos los miembros de la familia, incluyendo los niños, se enfrentan a las cuatro primeras tareas. Algunos hombres deben llevar a cabo también un

esfuerzo adicional: superar el miedo a perder a su compañera si la muerte perinatal anterior supuso una urgencia médica para la vida de la madre.

El conocimiento de estos aspectos del embarazo, junto con la información disponible en la literatura, han servido para desarrollar el marco de experiencias de los padres en aquellas relaciones padre-hijo que se inician en la fase prenatal. Al tiempo que viven su duelo y necesitan hablar del bebé que murió, estos padres deben también iniciar su relación con el nuevo bebé. Hasta que su papel como padres de un bebé que murió no sea reconocido y validado, les costará comprender que éste es realmente un bebé distinto (O'Leary, Parker & Thorwick, 1998) y tendrán dificultades para implicarse en el nuevo embarazo. Un padre explica así su lucha durante el embarazo: La decisión de tener otro hijo después de Robert fue fácil. Lo difícil fueron los nueve meses siguientes. En mi caso, la muerte de Robert me perseguía todo el tiempo y estaba totalmente paranoico pensando en que algo imprevisible pudiera ocurrir de nuevo. Es habitual oír a los padres decir de sí mismos que "están embarazados", pero utilizan expresiones como "si el bebé nace".

En el primer trimestre es raro que los padres experimenten la emoción inicial del embarazo. Los propios padres de la pareja embarazada —los futuros abuelos— muestran su sorpresa al descubrir que no están contentos. Mientras que la familia y los amigos piensan que quedarse embarazados de nuevo les ayudará a sentirse mejor e ilusionados, en lugar de ello surge un nuevo temor: el de perder también a este bebé. Muchos de estos padres no quieren decir a nadie que están embarazados. No quieren que les digan "ahora podréis ser felices de nuevo". Al estar tan asustados, no quieren participar de los sentimientos de alegría de los demás. Para estos padres, eso sería como negar al bebé que murió. Durante

el segundo trimestre, las parejas se enfrentan a decisiones tales como someterse o no a pruebas neonatales adicionales. Discutirlo es útil para ayudarles a escoger entre las distintas opciones durante la planificación del embarazo. En este período el miedo puede crecer al sentir los primeros movimientos del bebé. Los padres pensaban que estos movimientos les darían confianza, pero en vez de eso se cuestionan nuevamente si es demasiado movimiento o si los movimientos no son suficientes. Es habitual que se haga una ecografía a la semana 18-20, y conocer el sexo puede provocarles sentimientos confusos. Algunas personas quieren un bebé del mismo sexo que el que murió, y otras quieren el sexo opuesto. Pueden experimentar un resurgimiento del dolor cuando empiezan a ser conscientes de que éste es un niño diferente y no es el niño que murió. Aceptar esto como un fenómeno común sirve de ayuda a los padres. Intelectualmente, comprenden que se trata de un niño diferente, pero emocionalmente siempre querrán la vuelta del otro niño. La mitad del segundo trimestre puede ser una época de asentamiento, especialmente si el niño anterior murió a causa de una enfermedad que puede diagnosticarse a través de la ecografía, como por ejemplo la hipoplasia del hemi-corazón izquierdo o una anomalía genética. Pero incluso cuando saben que este bebé no tiene la enfermedad del anterior, muchas personas aún tienen miedo. Ahora saben que algunos bebés mueren, y no recuperarán la confianza hasta que no vuelvan a casa con un bebé sano. A medida que las mujeres sobrepasan la fecha en que se había producido el parto prematuro se adentran en un nuevo territorio. Esto puede hacer que vivan con miedo cualquier molestia o dolor que para otras mujeres que no han sufrido una pérdida entrarían dentro de la fisiología normal del embarazo. Pueden ingresar en los servicios de obstetricia con síntomas de disminución de los movimientos fetales o sintiendo contracciones. Para valorar estas situaciones es importante descartar la existencia e complicaciones y también tener

presente que el miedo es un factor a tener en cuenta en estos embarazos posteriores. Las pruebas prenatales pueden comenzar en cualquier momento entre las semanas 28 a 32 de gestación. Esto puede ser de gran ayuda para los padres. Pueden obtener información objetiva sobre la salud de su bebé y sentirse aliviados al saber que alguien les está ayudando a vigilar el desarrollo del bebé. En el último trimestre, cuanto más se acerca la fecha estimada de parto, más miedo pueden sentir. No es raro que los padres digan saquen al bebé como sea ahora que todavía está vivo. Además, éste es un momento en el que la pareja está más expuesta a sus propias emociones. Las parejas dijeron que era más fácil para ellos no pensar en el embarazo y preocuparse por el trabajo. Cuando toman conciencia de que este bebé podría realmente nacer, necesitan ayuda para afrontar el parto, tanto ellos como su pareja. Siempre que sea posible, sería conveniente facilitar a estas parejas clases de preparación al parto especiales. Si ello no es factible, ofrecerles al menos apoyo mediante la redacción de un plan de parto. Es extremadamente eneficioso para ellos visitar el área de dilatación y paritorios antes del parto. Aunque esto puede resultarles difícil, necesitan que les animemos a ello de forma amistosa. Lo ideal sería hacerlo de forma individualizada, no en grupo.

«A veces, las circunstancias emocionales de los padres y los bebés hacen que el nuevo embarazo se convierta en un embarazo de alto riesgo»

Muchas familias han descrito reacciones del síndrome de estrés postraumático cuando entran en el área de maternidad. Necesitan recrear sus sentimientos de forma que cuando llegue el momento del parto puedan concentrarse en ese parto y en ese bebé. Esto también es importante para las familias que tienen hijos mayores antes de su participación en una clase de preparación para los hermanos.

Muchas veces estas familias han visitado el área de obstetricia en un momento determinado, ingresando por disminución de movimientos fetales o parto prematuro. Si esto ocurre, es preciso estar alerta ante la posibilidad de que ésta sea su forma peculiar de “practicar”.

CASO DE ESTUDIO N° 1

El primer embarazo de Sara y Paul fue de gemelos, un niño y una niña que nacieron a las 22 semanas de gestación. El niño nació muerto, pero la niña vivió durante 20 minutos, muriendo en los brazos de su padre mientras Sara era anestesiada para alumbrar la placenta. En el siguiente embarazo, de un solo feto, Sara participó semanalmente en un grupo de apoyo para familias embarazadas después de haber perdido un bebé. Aunque el embarazo se había desarrollado sin incidentes, ambos padres estaban petrificados ante la posibilidad de un parto prematuro y un parto vaginal. En la clase especial de preparación al parto, Paul tuvo que abandonar el aula cuando vio las “fotos normales” de anatomía y fisiología, porque la fotografía de un bebé en el segundo trimestre de gestación le hacía recordar imágenes del nacimiento de los gemelos. Sara llegó efectivamente a término, pero el bebé se puso de nalgas durante el parto y nació por cesárea. Aunque su segundo embarazo fue “de libro”, esta pareja padeció muchos miedos y ansiedades que tuvieron que ser elaborados. Habría sido muy doloroso para ellos estar en una clase de preparación al parto normal. Muchas de estas familias no irán a una clase de preparación simplemente porque es un recordatorio demasiado doloroso de que no todos los nacimientos son “perfectos”. Ya nunca más encajarán entre la población normal. Tampoco es raro que algunos bebés se coloquen en posición de nalgas cuando la madre tiene miedo al parto vaginal. Aunque no se ha investigado, la práctica clínica ha constatado suficientemente la existencia de este fenómeno como para que se respete el poder de la conexión cuerpo-mente en esta población.

CASO DE ESTUDIO N° 2

El segundo embarazo de Liz y Curt transcurrió sin incidentes después del nacimiento de su primer hijo, Andy, nacido a término por cesárea. A las 14 semanas de gestación Liz ingresó en urgencias el Día de la Madre con deshidratación causada por una gastroenteritis. En una ecografía rutinaria para comprobar “cómo sigue el bebé” se detectó que éste tenía múltiples anomalías. Había ingresado en el hospital por la noche, y su médico de familia pudo verla por la mañana. A partir de ese momento, cada cita médica y cada ecografía mostraban una anomalía nueva: hidrocefalia, espina bífida, omfalocele y pie zambo. El resultado de la amniocentesis fue que los cromosomas Y eran normales, pero los médicos les dieron pocas esperanzas de que el bebé naciera con vida. Se mantuvo una reunión con los padres y se les dio la opción de interrumpir el embarazo. Decidieron seguir con el embarazo y nació un bebé, Sammy, a las 36 semanas, por cesárea, después de que Liz se pusiera de parto de forma espontánea. En los dos años y medio que siguieron Sammy sufrió 17 operaciones. Esto no sólo afectó a las relaciones conyugales de los padres, sino también a Andy, que tenía 2 años cuando nació Sammy.

Liz está embarazada de nuevo. En el primer trimestre estaba aterrada ante la idea de que este bebé pudiera tener también anomalías múltiples. Pidió citas médicas con frecuencia para comprobar el ritmo cardíaco y se le hizo una ecografía temprana a las 12 semanas de gestación. En tanto que Curt intentaba ser optimista, Liz tenía miedo de encariñarse con el bebé y estaba agobiada por cómo podría cuidar al bebé y cubrir todas las necesidades médicas de Sammy. En la semana 18 supieron que el bebé era una niña y que no se habían detectado anomalías. Aunque ahora sabían que el bebé era normal, Liz continuaba teniendo ataques de ansiedad y miedo de que el bebé no naciera vivo. Además, Andy preguntaba si mamá y papá estarían tristes todo el tiempo, si mamá lloraría cada vez que fuesen al

médico, si este bebé también tendría que estar en el hospital como Sammy. La enfermera de la clínica le dijo a Liz que Andy estaba contagiándose de sus miedos, pero la realidad era que Andy sólo conocía el embarazo como un proceso en el que los niños mueren o tienen minusvalías. A pesar de que Curt mantiene una actitud positiva, describe sus vidas en los últimos dos años como “un infierno”, intentando arreglárselas con el trabajo, el cuidado de Andy cuando operaban a Sammy y las exigencias de un niño con necesidades especiales. Esta familia necesita que se validen sus miedos, y también que se comprenda que su marco de referencia es el último embarazo, el de Sammy, y no el de Andy. Necesitarán un apoyo orientado a prepararles para el nacimiento de un bebé sano y también preparación para los hermanos. Si por cualquier razón este bebé naciera prematuramente, recuerde al equipo médico con el que trabaja que deben tener presente su última experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos y la unidad de cuidados especiales de enfermería. Incluso cuando este bebé pueda ser un ejemplo de buena salud, los padres pueden revivir escenas de su anterior experiencia con Sammy.

SUGERENCIAS:

- Ofrezca su apoyo y servicios. Incluso si estos embarazos no son considerados de alto riesgo por razones médicas, las circunstancias emocionales tanto de los padres como del bebé que va a nacer los convierten en embarazos de alto riesgo.
- Valide como normales los miedos y ansiedades de los padres.
- Si ingresan en obstetricia por tener contracciones o disminución de los movimientos fetales, examine el expediente para ver cuándo perdieron al bebé anterior. Muchas veces experimentan contracciones o sienten que el bebé ha dejado de moverse en fechas próximas al aniversario de la pérdida del bebé anterior.
- Comprenda que mantener una relación distante con el bebé que llega es su forma de protegerse. Guíe poco a poco a los padres en la aceptación

de que sería igualmente doloroso que este bebé muriese también y ellos no se hubieran permitido a sí mismos establecer vínculos afectivos con él. Ayúdeles a aprender a confiar en el bebé y en su intuición sobre quién es este bebé.

- Sea consciente de que los niños se contagian realmente de los sentimientos de la madre, y que el bebé necesita palabras que expliquen esos sentimientos. De alguna forma, el bebé sabe que él o ella llega después de una pérdida. Esto atañe al bebé, porque el bebé que murió es parte de su familia.

- Como trabajador social en el área perinatal, su papel es fundamental para ofrecer a estas familias la ayuda, formación y comprensión que necesitan. La historia de la pérdida del bebé es diferente en cada familia y tienen distintas necesidades en el siguiente embarazo. Es de máxima importancia que usted se libere de las ideas y opiniones que tenía previamente (Husserl, 1970) a fin de obtener una “experiencia vívida” sobre qué significa para cada familia la pérdida anterior de un bebé.

La intervención más valiosa por su parte consiste en algo que usted ya sabe hacer: acompañarles y escuchar su historia.

La Dra. O’Leary ha trabajado durante más de 30 años con familias que han sufrido algún embarazo con consecuencias fatales. Es profesora de educación especial infantil y especialista en un centro de alto riesgo paterno e infantil. Su desarrollo profesional está centrado en la experiencia del embarazo en los padres y su impacto en el desarrollo de los/as niños/as.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordle, C.J. & Prettyman, R. J. (1994): *Seguimiento durante dos años de mujeres que han sufrido abortos prematuros*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 12, 37-43.
- Cote Arsenault, D., & Mahlangu (1998): *El impacto de una muerte perinatal en el siguiente embarazo y la experiencia personal de las mujeres*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28(3), 274-282.
- Cuisinier, M., Janssen, H., de Graauw, C., Bakker, S., & Hoogdun, C. (1996): *El embarazo después de un aborto. El proceso de duelo y algunos factores determinantes*. Journal of Psychosomatics in Obstetrics and Gynecology, 17, 168-174.
- Kowalski, K. (1991): *Sin final feliz: duelo por la pérdida del embarazo*. NAACOG’s Clinical Issues in Perinatal and Women’s Health Nursing, 2(3), 368-380.
- Goldenberg, R.L., Dubard, M.B., & Hauth, J.C. (1993): *Resultados del nuevo embarazo después de un aborto en el segundo trimestre*. Obstetrics & Gynecology, 81(3), 444-446.