



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Brunner-Scierra, Marina

Asesoría psicológica, ¿cuándo y cómo?

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, núm. 3, 2008, pp. 199-202

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428189010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ASESORÍA PSICOLÓGICA ¿CUÁNDO Y CÓMO?

RESUMEN

El asesoramiento psicológico es importante en los casos de malformaciones, aborto y muerte perinatal. Decodificar las malas noticias a partir de los mitos y las creencias se acompaña de culpa personal o familiar, ansiedad, duelo y depresión. Las habilidades comunicativas, práctica inherente al personal de salud, tienen un impacto positivo tanto en quien da la mala noticia como en quien la recibe. Se recomienda el asesoramiento psicológico, centrado en la discusión de los pensamientos generadores de las emociones que responden a las situaciones significativas en la vida de las personas, para la toma de decisiones informadas para el futuro.

Palabras clave: aborto, malformación, comunicación, duelo, asesoramiento psicológico.

Marina Brunner-Sciarra

Instituto de Medicina Genética

Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:199-202.

Psychological counselling. When and how?

ABSTRACT

Psychological counseling is important for families with a history of abortions, malformations and perinatal deaths. Comprehending bad happenings in terms of myths and beliefs is accompanied by personal or family guilt, anxiety, grief and depression. The ability to communicate, inherent to health workers, has a positive impact on both the recipient and the giver of bad news. Psychological counseling should be centered on the discussion of the thoughts that generate emotions related to important situations of life for informed future decisions.

Key words: abortion, malformation, communication, grief, psychological counseling.

El anuncio de un embarazo es motivo de alegría y el nacimiento del bebe lo es aún más. Sin embargo, al diagnosticarse alguna anomalía, la alegría cede su lugar a la pena, la culpa, la tristeza, la vergüenza, la sorpresa, el miedo, la frustración, y los padres y la familia enfrentan serias dificultades para comprender lo sucedido. Al primer momento, en el que se recibe la noticia no esperada y

dolorosa que plantea un desafío para el orgullo paterno y las relaciones interfamiliares, le sigue un proceso de duelo, que no se relaciona solo con la muerte prenatal o del recién nacido, sino también con el diagnóstico que presagia discapacidad. El asesoramiento psicológico facilita a los padres procesar lo sucedido, prepararse y tomar decisiones a futuro.

Las neurociencias han demostrado que las personas razonan haciendo uso de prototipos, esquemas y metáforas. La mención a personajes míticos, de leyenda y de cuentos infantiles se hace evidente en las metáforas usadas para explicar diferentes trastornos genéticos y/o defectos congénitos⁽¹⁾, por ejemplo: 'un ángel especial a quien cuidar', en el caso de síndrome Down, 'un ángel de visita', para los síndromes de corto periodo de vida postnatal, 'el angelito que

se resistía a bajar del cielo', para los casos de aborto, 'una señal de Dios', 'una caja de Pandora', ante lo incierto de un diagnóstico, 'un principito que busca a su princesa para que le de un beso y se desencante', en alusión a posibles milagros, 'la pequeña maravilla' (s. Turner), 'pequeño gran héroe' (enanismo). Estas expresiones evidencian la necesidad de idealizar, pues no se trata de una fantasía arbitrariamente creada sino de la expresión de una realidad compleja, en la que intervienen las experiencias religiosas, situaciones humanas e intuiciones que se van actualizando y reelaborando a través del tiempo.

En las elaboraciones mencionadas, el mito, nacido de la tradición oral, explica el origen, involucrando seres o hechos sobrenaturales con una riqueza de posibles interpretaciones. Para la ciencia, el mito es un documento utilísimo; su con-



tenido es susceptible de ser analizado desde los aspectos históricos, sociales, ideológicos, religiosos, antropológicos, psicológicos y médicos. La creencia, a diferencia del mito, es la aceptación de un hecho o un enunciado como real o verdadero, a partir de la fe en algo o alguien. Los mitos y las creencias, en América Latina y específicamente en Perú, han generado simbiosis, mestizajes y mutaciones que solo pueden compararse a la aleatoriedad probabilidad genética de la herencia.

Otro elemento que cumple un rol importante en la determinación de las actitudes individuales y grupales es el conocimiento científico y la visión científica, que no es una forma natural de ver el mundo, permite una conquista cultural y educativa⁽²⁾, para aplicar medidas preventivas. La solución no está solamente en educar sino en encontrar nuevas estrategias y protocolos de comunicación que generen confianza entre el público y quienes hacen uso de la ciencia.

LENGUAJE Y MALAS NOTICIAS

El lenguaje es imprescindible y su uso y comprensión son actividades creativas. Las palabras por sí solas no cambian la realidad, pero los cambios en el sistema conceptual cambian lo que es real y la forma en que percibimos el mundo y cómo actuamos sobre la base de esas percepciones. Discutir qué palabras utilizamos para describir un evento no es simplemente entrar en problemas semánticos; de lo que se trata es de controlar las percepciones y las respuestas de los demás.

Cada persona entiende la información a partir de sus creencias, la 'hace vivir', y la información se modifica; incluso el padre y la madre, en situaciones relacionadas con circunstancias negativas du-

rante la gestación, decodifican las malas noticias a partir de sus diferencias personales y culturales, sin dejar de estar desconcertados por lo que sucede, aún compartiendo diferencias y semejanzas. Luego de una información, ya sea prenatal o posnatal, relacionada con un trastorno de origen cromosómico, de un solo gen o multifactorial y/o congénito, los padres entienden racionalmente la explicación médica. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las creencias que la cultura ha divulgado generan sentimientos de responsabilidad o culpa personal o familiar.

Es innegable que los médicos, en algunos casos, han percibido que aún haciendo las cosas técnicamente bien, el paciente y/o la familia no percibe lo mismo. Los problemas de comunicación entre médico y paciente, especialmente cuando se relacionan con casos de discapacidad e incompatibilidad con la vida, generan en la familia desconfianza en el médico, incomprendiciones, desencuentros, quejas y hasta demandas judiciales. La competencia comunicativa es considerada una habilidad profesional menor y las malas noticias se definen como la información que cambia drásticamente y en forma negativa la visión a futuro de las personas. La dificultad comunicativa se atribuye a los aspectos socioculturales del paciente o del médico y no se ha previsto en los planes curriculares de pregrado y posgrado una formación específica en comunicación, como sí se hace con los otros aspectos técnicos en medicina⁽³⁾.

El aprendizaje de habilidades comunicativas genera un impacto positivo, tanto en quien da la mala noticia como en quien la recibe, y es una práctica inherente a la medicina. Sin embargo, el personal de salud no ha sido preparado

apropiadamente y cada médico ha desarrollado una estrategia propia a partir de su experiencia. En muchos casos, el deber ético es interferido por la presión familiar, por lo que sería útil evaluar los aspectos facilitadores y obstaculizadores del proceso comunicativo⁽⁴⁾. Para el personal responsable, comunicar a la familia una malformación congénita o cualquier otra anomalía requiere creatividad, prudencia y la consideración que las familias merecen y esperan⁽⁵⁾.

EL DUELO

Lo cierto es que nadie está preparado para la muerte perinatal, porque no se espera que suceda, y los padres expresan su duelo de diferentes maneras. Sin lugar a dudas, la discapacidad existe y la muerte es real y la preocupación no se desarrolla en el terreno hipotético de la especulación filosófica, sino en el terreno real y concreto de la amenaza de incompatibilidad con la vida; por lo que, tras el diagnóstico sobrevienen imágenes de agonía y muerte. El duelo no debe entenderse en el sentido tradicional de 'llanto y espera', para que 'el tiempo cure la herida', sino que se constituye en un proceso útil para discutir los pensamientos, las emociones, los mitos, las creencias culturales, familiares y sociales, la ideología y filosofía de vida, cuya influencia, en los padres y la familia, generan expectativas irrealistas, sesgando los conocimientos médicos útiles para comprender lo sucedido.

El personal médico, enfermeras y obstetricias, ante los problemas psicológicos ligados a la pérdida perinatal, se muestran prudentes no solo con los sentimientos de los padres sino ante los propios sentimientos de frustración e impotencia que afectan su vida personal y profesional⁽⁶⁾. Por tanto, es importante dirigir las intervenciones también



al personal, como agentes creativos y flexibles, para adaptar su formación tradicional en caso de muerte pre y perinatal. La muerte fetal es un evento traumático y la mujer tiene serias dificultades para reponerse, produciéndose un duelo severo y complicado. Un duelo que se mantiene por más de seis meses genera ansiedad y depresión patológicas, lo que hace necesaria la asesoría psicológica⁽⁷⁾.

Se ha publicado poco con relación a los efectos del aborto en el padre. En el Reino Unido, se encuentran diferencias en la forma como hombres y mujeres procesan el duelo. En los varones, el duelo es menos inmediato, pero son más vulnerables a los sentimientos negativos y tienen dificultades para el ajuste emocional. El tiempo de embarazo anterior al aborto y la experiencia de ver la ecografía parecen ser los factores que aumentan los niveles de duelo en los varones⁽⁸⁾.

En el mundo se ha incrementado el embarazo adolescente y son más frecuentes las complicaciones maternas, la mortalidad perinatal y el retardo del crecimiento intrauterino⁽⁹⁾. Las complicaciones fetales implican un duelo para las adolescentes y sus parejas que, por su juventud, no han tenido tiempo de plantearse tales situaciones, que los sorprende en esa etapa de la vida.

En todos los casos expuestos se recomienda el asesoramiento psicológico, que se centra en la discusión de los pensamientos que generan las emociones y la toma de decisiones que definen el comportamiento a seguir. El lenguaje cumple un rol particularmente importante para dar calidad y estructurar las experiencias subjetivas, reelaborándolas con relación al mundo exterior, para generar conciencia de la realidad.

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO

En nuestra cultura, una madre saludable tendrá hijos sanos. Al dar a luz un bebé con malformaciones, incompatibles con la vida o no, la madre se considera 'fallada' para la reproducción y puede iniciar una depresión, odiarse a sí misma, tener vergüenza, tener pensamientos relacionados con la injusticia, la propia historia de 'mala suerte' o 'abandono de Dios', sentimientos de soledad emocional, de abandono del entorno y de ser juzgados constantemente. La madre y el padre, cuando deciden comunicar lo sucedido, utilizan referencias a mitos, leyendas y cuentos infantiles. El mundo de mitos y creencias es vivido desde niños sin tener conciencia de que es un mito o una creencia y por tanto es difícil liberarse de ellos. Se diría que los mitos son también una puerta de escape cuando la situación agobia, confunde y no permite tomar decisiones objetivas a partir de la realidad concreta.

Si bien no es fácil comprender las malformaciones y la muerte, se tiene una idea de lo que implica. En poco tiempo, se supone, se duda o no se entiende, se refuerza el pensamiento mágico y la convicción de que algo se hizo mal, para que ocurra lo no deseado y no esperado. En el caso de que no exista la convicción de haber hecho algo 'malo', la emoción que corresponde es la de ser víctima de una injusticia, con envidia hacia familiares y amigos que no pasan por lo mismo. Así, los pensamientos, las emociones y los comportamientos relacionados con los sucesos inesperados recrean mundos, a imagen y semejanza de los actores involucrados en dichos sucesos. Es importante que la familia también participe del asesoramiento psicológico, a fin de generar una red de apoyo y comprensión de la situación real, libre de creencias que pueden ge-

nerar confusión y temor que paralizan y postergan la toma de decisiones.

Por lo general, no se toma en cuenta la rabia, emoción que surge al pensar que el ginecólogo no tuvo el manejo apropiado del embarazo, tanto en los aspectos médicos como en el trato personal, lo que hace que se pierda 'la fe en el médico'. Para algunas mujeres, 'perdonar' al médico es muy difícil y por tanto menos se perdonarán a sí mismas por no haberse dado cuenta a tiempo del supuesto error médico, interpretado como injusticia y agresión, que las convierte en víctimas emocionalmente.

En el estudio prospectivo de un Programa de Asesoramiento a la Mortalidad Perinatal, se describe la elección que hacen los padres con relación a hacer contacto con su bebé natimurto o inmediatamente después de la muerte neonatal. En el seguimiento a 808 familias que habían vivido la experiencia, se encuentra que 80% de las madres, 72% de los padres y 34% de familiares y amigos cargaron al bebé. Después de la muerte perinatal la mayoría de los padres desearon tener contacto con sus bebés para personalizar el evento, pidieron información sobre la muerte y el seguimiento por el personal de salud. Sin embargo, no todos los padres escogieron la misma opción. Se concluye que el personal de salud no debe sesgar la información a los padres ni hacer presunciones que limiten su elección⁽¹⁰⁾.

Toda actitud tiene tres dimensiones: pensamiento, emoción y comportamiento. En Bélgica⁽¹¹⁾, se identifica las actitudes relacionadas con la interrupción del embarazo y se encuentra que sería aceptado en caso de síndrome Down, discapacidad mental, muerte temprana y en menor número se recurriría a la interrupción del embarazo en



caso de discapacidad física. Es importante tomar en cuenta que los valores personales y la convicción religiosa son claves para la toma de decisiones.

Las emociones humanas tienen profundas raíces evolucionistas, lo que podría explicar su complejidad. Se aprende y se piensa incluyendo la emoción y ésta es una cadena de eventos, no prefijados, conectados, que comienzan con un estímulo que genera cambios psicológicos y un comportamiento dirigido a un fin. Las emociones de las mujeres difieren de las de los varones porque la ética femenina del cuidado y responsabilidad, contrasta con la ética masculina de la justicia, los derechos y las reglas⁽¹²⁾. La emoción compromete diferentes eventos en el sistema nervioso, a los que se han asociado estructuras neurales específicas⁽¹³⁾. Un estado o reacción emocional no tiene lugar aisladamente sino que responde a situaciones significativas en la vida de las personas. Un estudio finlandés⁽¹⁴⁾ encuentra que la relación de la madre con su propia madre cumple un rol importante en la relación afectiva con el bebé.

En el Hospital universitario de Viena, 77 mujeres que requirieron diagnóstico prenatal, tuvieron tratamiento psicológico que calificaron como muy importante para afrontar el incidente prenatal y solicitaron la implementación de un servicio psicológico permanente con participación de la pareja, si fuere necesario. Se sugiere especial atención para las mujeres traumatizadas por un incidente prenatal⁽¹⁵⁾. El aborto, el nacimiento a pretérmino y la muerte fetal tienen un impacto en la ansiedad de mujeres embarazadas en los diferentes grupos de alto riesgo para anomalías fetales, en comparación con el grupo control, sin riesgo, en mujeres con embarazos sin compli-

caciones. Las embarazadas que tuvieron experiencias de aborto o muerte fetal en embarazos anteriores mostraron aumento o constantes niveles altos de ansiedad todo el tiempo⁽¹⁶⁾. Es importante evaluar a las mujeres cuyos niveles de ansiedad son consistentemente altos o en aumento y ofrecerles asesoría psicológica, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo.

Nuestra sociedad exige ser exitosos, disfrutar de los logros personales, laborales, académicos, familiares y sociales. Tener hijos sanos y perfectos es parte del éxito y el ginecólogo participa supervisando y cuidando que suceda. Tales creencias llevan al descontento y enojo si el resultado no corresponde con ellas. Es necesario el conocimiento de ciertos campos culturales y sus respectivos códigos al comunicar las diferentes anomalías a los padres para que puedan decodificar la información que reciben. A partir de los avances en biología molecular, tecnología, medicina, obstetricia, ginecología, genética y los estudios de imágenes, la información interdisciplinaria es valiosa para mejorar la calidad de vida de las mujeres en riesgo reproductivo. Con el asesoramiento psicológico, los mitos serán reelaborados, las creencias pasarán al plano de las ideas y podrán ser discutidas, a fin de sustituir las emociones producidas por las creencias por emociones producidas a partir de la reelaboración de los conceptos que generan actitudes positivas y útiles para la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sciarra RMM. Metáforas en Trastornos Genéticos y Defectos Congénitos. Tesis de Maestría. Lima-Perú; Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007; 180 pp.
2. McCauley RN. The naturalness of religion and the unnaturalness of science. En: Keil FC, Wilson RA, editors. Explanation and cognition. Cambridge, MA: MIT Press. 2000:61-85.
3. García F. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006;30(9):452-9.
4. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Revista de Medicina*. 2007;51(2):28-31.
5. Frith R. Congenital malformations: breaking the bad news. *Br J Midwifery*. 1999;7(1):26-31.
6. Defey D. Helping health care staff deal with perinatal loss. *Infant Mental Health J*. 1995;16(2):102-11.
7. Kersting A, Teutemann M, Ohrmann P, Baez E, et al. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004;25(2):163-9.
8. Puddifoot JE, Johnson MP. Active grief, despair and difficulty coping: Some measured characteristics of male response following their partner's miscarriage. *J Reprod Infant Psychol*. 1999;17(1):89-93.
9. Orvos H, Nyirati I, Hajdú J, Pál A, Nyári T, Kovács L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? Citation Information. *J Perinatal Med*. 1999;27(3):199-203.
10. Rand CSW, et al. Parental behavior after perinatal death: Twelve years of observations. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998;19:44-8.
11. Evers-kiebooms G, Denayer L, Decruyenaere M, Van Den Berghe H. Community attitudes towards prenatal testing for congenital handicap. *J Reprod Infant Psychol*. 1993;11(1):21-30.
12. Gilligan C. In a different voice. Cambridge: Harvard University Press. 1982.
13. Plutchik R. The nature of emotions. *Am Scientist*. 2001;89(4):344-50.
14. Mäntymaa M, Tamminen T, Puura K, Luoma I, Koivisto A, Salmelin R. Early mother-infant interaction: associations with the close relationships and mental health of the mother. *J Reprod Infant Psychol*. 2006;24(3):213-31.
15. Leithner K, Maar A, Maritsch F. Experiences with a psychological help service for women following a prenatal diagnosis: Results of a follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2002;23(3):183-92.
16. Brisch KH, Munz D, Kächele H, Terinde R, Kreienberg R. Prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *J Loss Trauma*. 2004;10(2):13-153.