



El juicio de Salomón, grabado florentino del s. XV

# La construcción social de los sentimientos

LA MUERTE DEL SUJETO QUE NACE

Alberto Gálvez Toro<sup>1</sup>, Manuel Amezcua<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Paz Salido Moreno<sup>3</sup>

## Resumen Abstract

**OBJETIVO:** El objeto de este trabajo es mostrar que el sentimiento de pérdida que sufren las mujeres tras una muerte perinatal o un aborto es una construcción social de reciente creación en nuestra sociedad vinculado a determinadas condiciones económicas, demográficas, tecnológicas e históricas muy concretas.

**DISEÑO:** Investigación cualitativa, metasíntesis cualitativa basada en estudios fenomenológicos.

**EMPLAZAMIENTO:** Andalucía, España.

**SUJETOS:** Discursos sociales impresos en la cotidianeidad: textos divulgativos y experiencias sobre el nacimiento y la muerte.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** La tecnología médica y otras condiciones de posibilidad han hecho posible una nueva definición de la vida: actualmente el nacimiento social de un sujeto ocurre antes del nacimiento, durante la vida intrauterina. Este es el motivo por el cual las madres tienen sentimientos de pérdida tras un aborto o una pérdida fetal. Estos sentimientos son un efecto social adverso, un efecto secundario del poder de la ciencia y de la medicina como instancias capaces de construir imágenes sociales y culturales que crean identidad.

**THE SOCIAL FEELINGS CONSTRUCTION: THE DEATHS OF THE SUBJECT WHO BORN**

**OBJECTIVE.** To show that the bereavement feel women suffer after a perinatal death or miscarriage is a social condition that it is associated with particular economic, demographic, technological and historical trends.

**DESIGN:** Qualitative research, metasynthesis qualitative based on phenomenological studies.

**SETTING:** Andalusia, Spain.

**SUBJECTS:** Social discourses of the day-to-day ness: spreading texts and experiences about birth and death.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** Medical technologies and other social conditions have made possible a new definition of life: nowadays the social born of a subjects happened before the physical born, during intrauterine life. Then, the mother feel a loss -grief, pain, affliction- when they miscarry or lose a fetus -perinatal death. These bereavements are a social and secondary effect of the power of science and medicine to build social and cultural images of identity.

<sup>1</sup>Enfermero, Fisioterapeuta, Especialista en Obstetricia y Ginecología. Lic. Antropología Social y Cultural. Profesor Ayudante, Universidad de Jaén. España.

<sup>2</sup>Supervisor de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. <sup>3</sup>Enfermera, Hospital Princesa de España, Jaén, España. Grupo FIS PI020574

**CORRESPONDENCIA:** : Alberto Gálvez Toro. Fundación Index. Apartado de Correos nº 734, 18080 Granada, España. Correo electrónico: atoro@ujaen.es

Manuscrito aceptado el 5.4.02

Index Enferm (Gran) 2002; 39:29-34

## Introducción

M. Foucault consideró plausible escribir una historia de los sentimientos o del cuerpo de igual manera que se han escrito historias sobre la política, la filosofía o el arte<sup>1</sup>. El cuerpo y los sentimientos, elementos centrales de este trabajo, son categorías dadas cultural e históricamente, y se construyen a partir de una variedad de condiciones de posibilidad sociales, políticas, económicas y tecnológicas de modo tal que los sujetos sociales tienen la vivencia objetiva de que sus percepciones y vivencias sobre el cuerpo o sus sentimientos son naturales<sup>2,4</sup>, cuando, sin embargo, a poco que se indaga en nuestra historia más cercana se descubre que no es así. Pero lo más relevante de estos hechos es precisamente su efecto sobre los individuos particulares que comparten vida y cognición en una sociedad: nos referimos a la acción, es decir, lo que piense –cognición– y sienta un sujeto va a condicionar su acción social<sup>3</sup> y viceversa.

La tercera categoría de interés en este trabajo es la muerte, pero no la muerte estudiada desde la psicología, el psicoanálisis o la religión<sup>5-10</sup>, sino la muerte de un sujeto en su nacimiento social, cuando la categoría muerte es definida a partir de los sentimientos y de la percepción del cuerpo que los otros tienen, es decir, en nuestro caso particular, la muerte vivida, sentida y conceptualizada en los discursos de nuestra cotidianidad. Y hablar de muerte en el momento del nacimiento social nos obliga a tratar el nacimiento físico y simbólico<sup>4</sup> de los sujetos. De estas ideas surgen al menos tres preguntas clave: ¿cuándo nace socialmente un sujeto?, ¿quién decide sobre el momento del nacimiento social?, y ¿coincide el nacimiento social con el nacimiento físico?. Por ende, ¿cuándo hay un cuerpo –físico o simbólico– que genere sentimientos de pérdida en los dolientes si se produce la muerte de ese sujeto naciente?.

Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a reconstruir, a partir de algunos discursos sociales, la forma que ha ido adoptando el sentimiento que las mujeres gestantes y las madres desarrollan hacia sus hijos, reflejo de un sentimiento social que ha ido cambiando con el paso de los años y por las contribuciones de distintas condiciones de posibilidad. Y que ese sentimiento y esas condiciones son responsables del duelo y padecimiento de la madre y de la familia que sufren una muerte perinatal o un aborto. Nuestra intención es mirar más allá de los hallazgos que la literatura científ-

fica de ciencias de la salud nos muestra sobre este tema<sup>11-20</sup> y, al mismo tiempo, anticiparnos al futuro, cuando los padres y la sociedad desarrollen sentimientos de duelo pregestacionales. Este trabajo es una pequeña pieza del rompecabezas de la historia de los sentimientos y del cuerpo, pero no es un estudio de historia, sino que hace uso de ella en la medida que ayuda a comprender el presente.

Nuestro objetivo es mostrar que el sentimiento de pérdida que sufren las mujeres tras una muerte perinatal o un aborto es una construcción social de reciente creación en nuestro medio, es decir, lo que sienten las madres, la familia y los profesionales ante estos hechos no siempre se ha vivido de esta forma. Este fenómeno y los hallazgos que mostraremos pueden ser usados de manera explícita para la acción, tal que los profesionales de la salud, conscientes de las condiciones de posibilidad sociales, históricas, económicas y tecnológicas que rodean el fenómeno de la muerte precoz de un sujeto tras su nacimiento social, tienen la opción de modificar su horizonte terapéutico y relacional, dando cabida a la intersubjetividad del sujeto de cuidados.

## Método

En este trabajo se utilizan datos procedentes de varios estudios enmarcados en una misma línea de investigación abierta por los autores en torno a la socialización de la muerte temprana, que actualmente se está llevando a cabo con la financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), del Ministerio de Sanidad. Según M. Sandelowski y cols.<sup>21</sup> este tipo de síntesis basados en la integración de varias líneas de análisis de investigación dentro de un programa de investigación cualitativa desarrollada por el mismo equipo recibe el nombre de metasíntesis cualitativa. Dado que se trata del análisis de datos que toman el mismo referente teórico e interpretativo, según BL. Paterson<sup>22</sup> podemos considerarlo como un metaestudio tipo metadatos (meta-data-análisis) que aporta una comprensión mayor y original sobre el fenómeno de estudio que los estudios individuales en los que se basa. Para aclaraciones teóricas y metodológicas recomendamos se consulte el trabajo de Gálvez y cols.<sup>23</sup> titulado *Metasíntesis sobre métodos y teorías contemporáneas de síntesis científica*.

La aproximación al problema se realiza desde abordajes cualitativos de corte fenomenológico, privilegiando el análisis de los discursos<sup>24</sup> que nuestra sociedad construye

en torno al nacimiento social de un sujeto y a la muerte de un sujeto antes e inmediatamente después de su nacimiento social. Los actores, los participantes y sus discursos no han sido seleccionados intencionalmente sino que han surgido en la interacción social cotidiana de los investigadores con los fenómenos del nacimiento y de la muerte perinatal. El emplazamiento de los participantes corresponde con las provincias andaluzas de Almería, Granada y Jaén.

Los discursos sociales seleccionados para este trabajo se recogieron entre marzo de 1999 y enero de 2002 e incluyen datos heterogéneos procedentes de “revistas divulgativas para mamás”, experiencias sobre el nacimiento y la muerte “cercana al nacimiento” en mujeres ancianas rurales, experiencias sobre el nacimiento y la muerte del feto durante el embarazo en mujeres en edad fértil, un video del desarrollo fetal de un bebé comentado por la madre y el padre, y las palabras de un médico ecografista dirigidas a una mujer gestante en las sucesivas visitas de control del embarazo.

El cambio del significado social de la muerte temprana es un fenómeno de nuestro tiempo pero responde a cambios progresivos en la mentalidad sobre la infancia y la niñez, que nos remiten a la época de la Ilustración. Por esta razón nuestro trabajo se completa con el análisis de contenido de textos históricos, que utilizamos para ilustrar con mayor profundidad la tesis principal del estudio y que apunta hacia una socialización del nacimiento más allá de la propia existencia biológica de la persona. La estrategia combinatoria<sup>25</sup> de técnicas de recogida de datos (entrevistas en profundidad y semiestructuradas, observación participante y fuentes narrativas) y de métodos de análisis (de contenido y del discurso) nos permite reconstruir un discurso coherente con un significado diferente al que cada uno de los discursos sociales tendrían tomados de manera independiente<sup>26</sup>. Los autores somos conscientes, no obstante, de que existen limitaciones en la interpretación de los hechos hallados, que en todo caso son susceptibles de relacionar de otra forma.

## Principales hallazgos

### El embarazo y el nacimiento en tres discursos actuales

La revisión de los discursos sociales divulgativos (véase cuadro 1) sobre el embarazo y el parto categorizan al embrión/feto como un bebé. En la introducción de la

guía “Cómo cuidar tu embarazo” se explica que la finalidad de la consulta prenatal es la de “cuidar la salud de la madre y la de su hijo durante el embarazo”. El término feto es definido de manera literal como “el niño que está creciendo en tu seno durante el embarazo” (pág. 5). Las imágenes que nos ofrecen estos textos confirman la idea de que lo que la mujer tiene en su útero es un bebé con un cuerpo físico formado (véase por ejemplo “Los consejos de tu matrona”, pág. 12). Bajo el epígrafe de “tu hijo comienza a crecer” el número 1 de la colección “Nacer a la vida” muestra varias imágenes ecográficas a color y a doble página del desarrollo fetal durante el primer trimestre de gestación y “la perfección de tu hijo” durante el segundo trimestre (págs. 10-13 del número 1 y págs. 10-14 del número 2).

## Cuadro 1

## Textos revisados. Los discursos sociales divulgativos

Colección “NACER a la vida”, editada por la Junta de Andalucía
“Parto y puerperio”, editado por el Instituto Andaluz de la Mujer
“Los consejos de tu matrona”, editado por la Asociación Andaluza de Matronas
“Tu matrona te aconseja”, editada por NUK, a instancias de la Asociación Andaluza de Matronas
“Cómo cuidar su embarazo”, editado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Este mismo tratamiento lo pudimos observar en los comentarios de unos padres durante su tercer mes de gestación mientras comentaban el desarrollo fetal ecográfico de su feto grabado en vídeo. Los padres hablaban de su hija –no nacida aun- y de su relación con ella de la misma manera que lo hicieran con su otra hija ya nacida hacia 5 años. Las imágenes ecográficas del vídeo daban pie a toda una narración de la historia de la familia durante los últimos nueve meses. La relación con el feto tenía la misma consideración que la relación con un bebé nacido.

En la consulta de un ginecólogo pudimos observar un discurso similar al inscrito en los discursos sociales citados más arriba. Frente a una imagen ecográfica de un feto de 17 semanas de gestación (11,6 cm sentado, 108 gr) y dirigiéndose a la madre mientras señalaba la pantalla del monitor, el médico comentaba “mire, su hijo le está saludando”, al tiempo que el feto movía un brazo mal dibujado en una imagen en blanco y negro. La satisfacción de la madre ante esa evidencia comunicativa de *su hijo* se veía reflejada en la expresión de su cara, ya que a pesar de no apreciar hasta el momen-

to signos de movimiento y vida en su interior, había visto el signo inequívoco de que *su hijo* estaba bien –buena vitalidad según indicaba la frecuencia cardíaca fetal-, que se movía y que hacía intentos por hablar con ella. El médico en este caso hizo a la madre tomar conciencia de *su hijo*, al que a partir de ahora se le asignaría un nombre, tras la consabida discusión familiar y el consecuente consenso: “ya tenemos otro Pepe en la familia”.

## Los otros frente a la muerte perinatal

Los discursos profesionales y los de las mujeres que sufren una pérdida cercana al nacimiento en nuestro presente social describen un sentimiento de duelo y padecimiento. Unos y otros lo viven como la muerte de un sujeto social, con dolor, desolación, tristeza, frustración y sensación de fracaso. Una de las diferencias entre los profesionales y las mujeres es la categorización del aborto. Mientras que los profesionales habitualmente no lo ven como una muerte “real”, esto es, no hay un sujeto con cuerpo social; las madres experimentan una sensación de pérdida por la muerte de su bebé –duelo y sentimiento de culpa. Una matrona expresó que lo que muere es una expectativa –el cuerpo social imaginado-, ya que no se puede hablar de la existencia de un cuerpo completo que dé soporte al sentimiento (véase cuadro 2).

## Cuadro 2

## Categorías asignadas por los profesionales a la muerte cercana al nacimiento

Aborto	Muerte perinatal
Abortos precoces:	- muerte real
- la mujer es inconsciente de la pérdida	- pérdida real
- desgracia soportable	- desolación
- autoculpabilidad	- tristeza
- no hay sujeto físico	- llanto
- muere una expectativa	- irrealidad
Abortos tardíos:	- duelo
- desolación	- depresión
- tristeza	- sujeto físico
- llanto	
- irrealidad	
- duelo	

## La palabra de las que parieron

En el discurso de las mujeres de Jaén y de Granada que vivían en un entorno rural y que dieron a luz en la primera mitad del siglo XX hemos encontrado una vivencia diferente a la de las mujeres actuales. Sus respuestas sobre la muerte perinatal y el aborto las pudimos clasificar en tres di-

mensiones. Algunas de estas mujeres, en aquellos casos en los que la familia era ya numerosa, vivieron sus abortos y pérdidas fetales como un alivio, literalmente “un hijo menos”. En otros casos, en abortos precoces, en los que la mujer no tenía plena conciencia de embarazo, ya que el diagnóstico venía dado por la propia gestante al observarse ciertos cambios corporales – el control médico y el diagnóstico médico en el ámbito rural no era habitual ni el embarazo era visto como un objeto de la medicina-, la pérdida fetal no era percibida como tal, entre otros motivos porque la mujer no se sabía embarazada y era la expulsión de los anejos fetales o de restos ovulares abundantes lo que confirmaba el hecho y alarmaba a la mujer a posteriori. Sin embargo, las pérdidas fetales en parejas sin hijos se vivían de forma dramática no tanto por la pérdida de un bebé potencial, como por la importancia social de la descendencia en una sociedad agrícola y católica. Esta última es una idea de enorme interés, el sentimiento de pérdida no era para con el sujeto potencial o feto, sino que tenía que ver con la dificultad de cumplir con la finalidad cristiana y social del matrimonio, el fracaso de la finalidad del matrimonio –social y religioso-. Lo que moría no era una vida o un sujeto tal y como hoy lo viven las madres sino el deseo, sentido obligación cristiana, de crear una familia.

Estas mujeres nos contaron con toda naturalidad que los restos fetales eran enterrados en la casa o cerca de la casa. Así, en los abortos, los restos terminaban enterrados en los muladares, en los estercoleros o en las cuadras, lugares que además servían de letrinas. Los restos se enterraban también en los huertos, en los patios de tierra o en el campo cerca de la casa. En la muerte de los fetos a término, a pesar de la obligada notificación oficial en el Registro Civil en el Legajo de Abortos, como ocurriera con la obligatoriedad del registro de nacimientos, los fetos muertos no siempre se notificaban ni se registraban. En el recuerdo de una informante habían quedado grabadas las palabras de una tía abuela que afirmaba haber enterrado a “varios fetos bien formados alrededor de la casa pero que no recordaba el lugar”.

Cuando se pregunta sobre qué sentían ante la muerte de estos bebés, las respuestas eran claras, se le restaba importancia al hecho, era algo que ocurría y que se asumía sin mayores problemas, ya vendrían otros. Esta forma de pensar y la manera de afrontar la situación se veía como algo natural.

La familia tomaba estas decisiones sin dilaciones. Eran cosas que pasaban y la familia lo sabía. Muchas mujeres perdían a sus hijos por caídas, golpes, por lo duro del trabajo del campo, pero era necesario trabajar para vivir. Excepcional era la presencia médica en el parto, infrecuente la asistencia de comadronas. El parto estaba en las manos de la mujer más experimentada y cercana a la parturienta. Por el contrario, en los pueblos la asistencia obstétrica estaba en manos de profesionales y los fetos muertos, una vez notificados y anotados en el Legajo de Abortos, eran enterrados en los cementerios según los recursos económicos de la familia –fosa común o tumba en tierra-. Algunas informantes apuntan que cuando el aborto era provocado las mujeres sí se sentían mal –la moral cristiana sancionaba el aborto-, sufrían por haber actuado mal y esa era una carga que se llevaban a la tumba.

## Discusión

### El nacimiento del sujeto social

Los discursos estudiados indican que la muerte perinatal y el aborto se viven actualmente de una manera diferente a como lo hacían las mujeres rurales de Jaén y Granada a mediados del siglo XX. En las primeras la muerte suele ser dolorosa mientras que en las segundas suele ser poco traumática. La cuestión es, ¿cómo es posible que mujeres contemporáneas separadas por 50 o 60 años experimenten sentimientos tan diferentes y opuestos?, ¿cómo es posible que la madre y la familia actuales tengan, por ejemplo, sentimientos de pérdida y de duelo ante un feto de ocho semanas de gestación (0,32 cms sentado y 1,1 gr de peso) o de 12 semanas<sup>27-30</sup> (6,1 cm sentado y 14,2 gr de peso)? Es decir, ¿cómo se pueden tener sentimientos de pérdida cuando se produce un aborto?. La respuesta es muy sencilla: ahora hay un sujeto social donde antes no lo había, por tanto, es lógico que las madres experimenten un sentimiento de pérdida frente a ese sujeto. Si los padres tienen sentimientos de pérdida<sup>30</sup> eso significa que para ellos hay un sujeto social y que por tanto en su subjetividad se ha producido ya el nacimiento de este sujeto aun cuando el nacimiento al mundo aéreo esté por llegar. En nuestra sociedad actual el cuerpo simbólico y el nacimiento social del sujeto anteceden al nacimiento físico, pero esto no siempre fue así, sino más bien al contrario.

Cuáles son, entonces, las condiciones de posibilidad que han dado lugar a estas diferencias, qué condiciones han modificado la percepción de nuestras abuelas respecto a buena parte de las mujeres contemporáneas en edad fértil de países desarrollados y que han provocado toda una abundancia de literatura especializada sobre la pérdida perinatal, el duelo perinatal o el dolor de las mujeres y de las familias que han sufrido un aborto<sup>11-20</sup>. Para encontrar la respuesta debemos acudir a los siglos XVIII y XIX, ya que es en este momento cuando nace en Europa un sentimiento hacia la infancia que actualmente no ha hecho más que extenderse hacia edades más tempranas de la vida.

### La infancia como expectativa

En la sociedad del siglo XVII –dice P. Ariés- la vida del niño contaba poco y la actitud social ante su muerte, inducida o no, ayudada o no, era moralmente neutra en las sociedades cristianas de Europa, siendo frecuente “ayudar a la naturaleza a deshacerse de seres poco dotados”: el infanticidio y el aborto eran tolerados aunque se sancionaban legalmente<sup>31</sup>. La realidad era que el niño se consideraba un “eventual desecho” aun en el siglo XVII<sup>31</sup>: “he perdido dos o tres hijos que se criaban fuera – escribe Montaigne -, no sin dolor, pero sin enfado”. Es evidente que hasta el siglo XVII, antes de la reducción de la mortalidad infantil, las condiciones demográficas, sociales, económicas, políticas e ideológicas, entre otras, condicionaban esa falta de apego hacia la infancia y esto no era una manifestación de crueldad social o de insensibilidad: “no debe sorprendernos esta insensibilidad que es muy natural en las condiciones demográficas de entonces<sup>31</sup>”.

A lo largo de los siglos XVII y XVIII se va produciendo una transformación en la percepción social de la infancia entre las clases nobles y burguesas. Se descubre su cuerpo y se representa en la pintura y en la escultura –en la Edad Media el niño se representaba como un adulto en miniatura, con todos los rasgos de éste-, de su forma de hablar, se tienen en cuenta sus sentimientos –graciosos y peculiares-, su forma de comportarse<sup>31</sup>. La infancia empieza a ser una *expectativa*. La familia burguesa del XIX es, según Philippe Ariés, donde se desarrolla el sentimiento contemporáneo de la infancia, la toma de conciencia de la existencia de una personalidad infantil<sup>29</sup>. El matrimonio burgués reduce el número de nacimientos y el número de hijos, prima la

idea de un número restringido de hijos, pero mejor cuidados y educados.

La burguesía ve en el niño un valor y un horizonte moral, percepciones heredadas del romanticismo por un lado y del utilitarismo por otro, que refleja una ideología de clase según expresa Luc Boltanski<sup>33</sup> y P. Ariés<sup>31</sup>. Es decir, el niño es gracioso, divertido, una persona desde el momento del nacimiento que tiene que ser protegido –por los padres, por las leyes y por las instituciones-, un bien para el futuro, el futuro de la sociedad, el hijo de la nación, el fruto del amor, una parte del ser de la madre y del padre, etc. La extensión de estos sentimientos frente a la negligencia o a la indiferencia se produjo desde la burguesía al resto de clases mediante un proceso sistemático<sup>33</sup> iniciado a finales del siglo XIX y extendido y universalizado a lo largo del siglo XX en occidente<sup>34,35</sup>. La lucha por los derechos de la infancia en contra de las prácticas de desapego y negligencia se desarrollaron y se ampliaron a lo largo del siglo XIX por la acción política y por la intervención de la clase médica, cuya ética y moral no podía tolerar la mal atendida y considerada infancia del pueblo<sup>33,36</sup>.

El siglo XIX vivió el nacimiento de la infancia en la sociedad europea, esto es, la infancia se hizo visible a los ojos de la sociedad, comenzó a ser objeto de cuidados, de estudio y de atención, se transformó en un bien social<sup>33,36</sup>. Al hacerse visible se separó y se fragmentó (primera, segunda, tercera infancia), se clasificó y se le asignaron distintas cualidades como a cualquier otro objeto de la ciencia<sup>31</sup>. La infancia era una nueva categoría social relevante que se normalizó. Al aumentar la esperanza de vida y al reducirse la mortalidad infantil, la sociedad ha incluido nuevas categorías para denominar, comprender y asignar cualidades y funciones a los nuevos hechos demográficos y sociales de base poblacional<sup>31</sup>.

### La ecografía o el amor intrauterino

Ahora bien, qué tiene esto que ver con el sentimiento de pérdida y de duelo, a veces terrible, de las mujeres contemporáneas cuando se produce un aborto o una muerte perinatal. ¿Qué diferencia hay entre ellas y nuestras abuelas?. Nuestras abuelas rurales e iletradas nacidas a principios del XX no habían sido aculturadas en la urbanidad burguesa y la extensión del sentimiento burgués hacia la infancia tampoco estaba suficientemente difundido. Nuestras abuelas eran pragmáticas y el desapego

hacia la gestación y la muerte fetal no estaba culturalmente influido por el amor maternal<sup>37,38</sup> -modelo romántico burgués- y el instinto que la sociedad burguesa atribuía a la mujer. Y no se puede decir que nuestras abuelas no quisieran a sus hijos<sup>37</sup>. Serán sus hijas y sus nietas las que acudirán a la escuela y aprendan a leer y a escribir, las que después irán a la universidad y asumirán los nuevos valores culturales y civilizados de crianza y cuidados infantiles, pero también absorberán y vivirán el amor materno hacia el hijo como algo natural, mientras que comportamientos como enterrar los restos fetales alrededor de la casa serán considerados bárbaros e incivilizados. Además, la vida en la ciudad, la salud pública y las leyes impiden prácticas de este tipo, regulan y sancionan el abandono o el enterramiento de restos humanos en los espacios sociales<sup>35</sup>.

Por tanto, una de las condiciones que han hecho posible el sentimiento de duelo en las madres contemporáneas tiene que ver con la extensión, gracias a la exoeducación y a la aculturación, de unos valores homogéneos sobre la infancia y la maternidad, sobre qué es la infancia y cómo se crían a los buenos hijos, sobre qué es y cómo debe ser una buena madre. Los libros científicos y los textos divulgativos sobre eugenesia, puericultura y cuidado de la embarazada, se han encargado de regular y explicar a cada vez más madres desde principios del siglo XX cómo debían ser las cosas y lo que debían sentir durante su embarazo, su parto y respecto a su hijo<sup>39,40</sup>. Algo parecido sólo que con un tono más comercial ocurre hoy día. El sentimiento dirigido hacia la infancia se ha desplazado hasta el embarazo. El feto es un valor real con personalidad e identidad, el feto se comienza a percibir de igual manera a como los europeos del siglo XVIII y del siglo XIX comenzaron a percibir a la infancia: una expectativa. Las hijas de nuestras abuelas y sus nietas comenzaban a vivir el aborto y la muerte fetal como una pérdida.

Hace dos décadas los medios técnicos<sup>41</sup> introdujeron en nuestro entorno cultural algo que modificaría aún más la percepción y el sentimiento materno y social hacia el feto. La ecografía abrió las puertas hacia la extensión del amor materno al feto. La ecografía, cada vez más precisa y con mayor resolución, muestra a la madre, al padre y a la sociedad a un hijo real desde poco tiempo después de la fecundación. Pronto, a las diez semanas de gestación, la madre puede ver y oír el corazón de su hijo, todo

un acontecimiento que marca los sentimientos y la percepción materna del significado de la vida. La ecografía ha aproximado el nacimiento social del niño al momento de la gestación, sin que por ello se asegure su nacimiento o su viabilidad. La ecografía es una fotografía de tu hijo, un hijo real que pronto será presentado en sociedad. Esta imagen anticipada ha reforzado aun más si cabe la proyección del amor materno hacia el feto y con ello, la posibilidad de sufrir una pérdida real cuando el feto muere en cualquier momento de la gestación.

Ahora sí, desde hace pocos años, el aborto tardío y la muerte fetal, son muertes reales de hijos que las madres han visto e imaginado, hijos que han visto crecer y desarrollarse en el útero gracias a la tecnología médica -los ojos del médico y del técnico. El sentimiento de pérdida y el duelo de las madres cuando se producen estas muertes va en aumento en nuestro medio y poco a poco tenderán a igualarse al padecimiento de las madres de países centroeuropeos y EEUU, de donde procede la mayor parte de la literatura médica que se ha preocupado del sufrimiento de mujeres que han tenido abortos y pérdidas. Las tesis doctorales de Alejandro Azumendi<sup>42</sup> y de Luisa Carrera<sup>43</sup> apuntan en esta dirección.

## Conclusiones

Este trabajo ha intentado mostrar que los sentimientos de las madres cuando se produce una pérdida perinatal cercana al nacimiento están relacionadas con el momento en el que se dota de personalidad y cuerpo a un "sujeto" y no con la edad o viabilidad de este sujeto (véase el cuadro 3). Los padres son los que dotan de personalidad y vida social al sujeto naciente pero ellos a su vez están culturalmente condicionados. Entre las condiciones que han hecho posible la extensión y creación de estos sentimientos destacan las siguientes:

1º La extensión y generalización en las diferentes clases sociales europeas del sentimiento burgués hacia la infancia gracias a la acción del estado y su proceso de expansión, sobre las bases de las instituciones médica y pedagógica. Esto incluye la regulación de la infancia y su consideración como un valor y un bien social.

2º La urbanización y el descenso de la natalidad, unidos al fenómeno anterior, han revalorizado al hijo: menos hijos pero con un valor añadido. El hijo es un horizonte y su pérdida supone el fracaso de una expectativa de futuro.

3º El control médico de la maternidad y las nuevas tecnologías médicas han favorecido la extensión del sentimiento burgués desde la infancia hasta la concepción e incluso hasta etapas preconcepcionales. La tecnología médica ha dado un significado social al feto y al embrión similar al que fue adquiriendo la infancia desde el siglo XVIII. La muerte de un recién nacido no revestía demasiada importancia en el siglo XVII, como un aborto o una pérdida fetal tampoco tenían demasiada trascendencia en nuestras abuelas rurales. Actualmente gracias a la tecnología de la imagen el feto y el embrión han sido dotados de una personalidad individual y su pérdida es una muerte, en algunos casos, comparada por los dolientes con la muerte de un ser querido.

4º Los textos divulgativos y los medios de comunicación han transmitido la imagen del cuerpo fetal y la han socializado, dotándola de una identidad: sexo, nombre, cuerpo y vida social.

De lo que no hay duda es que la extensión del sentimiento romántico de la infancia a la vida intrauterina fue previo al sentimiento de pérdida y de duelo. Es posible que no sea una coincidencia que el inicio del estudio del sufrimiento de las madres que padecen una pérdida en las décadas de 1970-1980 coincida con el sistemático control gestacional durante el embarazo y la extensión social de las imágenes de embriones y fetos en el interior del útero materno. El nuevo horizonte tecnológico puede ser el responsable de unos nuevos sentimientos y de unas nuevas "morbididades" maternas provocadas por la misma tecnología y las expectativas de la tecnología. Ahora que la tecnología ya está implantada y la percepción ha sido modificada, hay que afrontar nuevas formas de cuidados profesionales cuando se producen pérdidas fetales, verdaderos *efectos adversos de la tecnología*. Y si esto fuera así, la enfermedad social y afectiva provocada por la pérdida también requiere un tratamiento que actualmente ya ha sido identificado por la ciencia. La aplicación de la tecnología produce unos efectos adversos, y la enfermedad afectiva de la madre y de la familia es una reacción no controlada de la tecnología consecuencia de la anticipación tecnológica del momento en el que se produce el nacimiento social del sujeto. No sería ético desatender esta reacción como tampoco lo sería dejar morir a un paciente tras una reacción alérgica. Por tanto, la práctica profesional debe tener en cuenta estos condicionantes culturales presentes en la

subjetividad de los sujetos del cuidado antes de tomar la decisión de intervenir.

### Bibliografía

- Foucault M. Entre filosofía y literatura. Barcelona: Paidós Básica, 1999.
- Turner BS. Los avances recientes en la teoría del cuerpo. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1994; 68:11-40.
- García Selgas FJ. El cuerpo como base del sentido de la acción. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1994; 68:41-84.
- Salinas L. La construcción social del cuerpo. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1994; 68:85-96.
- Leon IG. Psychodynamics of perinatal loss. Psychiatry, 1986; 49(4):312-324.
- Leon IG. The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. Am J Psychiatry, 1992; 149(11):1464-1472.
- Joule M, Golse B. Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inopinada) del recién nacido (MSRN). Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil, 1988; 6:7-36.
- Lewis E. El impacto del nacimiento de un niño muerto en la familia. Psicopatología, 1984; 4(3):297-302
- Rousseau P. Perinatal bereavement. Psychopathology and counseling. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1988; 17(3): 285-294.
- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1989.
- Forrest GC, Claridge RS, Braum JD. Practical management of perinatal death. BMJ, 1981 282(6257): 31-32.
- Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. BMJ, 1982; 285:1475-1479
- Kennell JH, Slyter J, Klaus MH. The mourning responses of parents to the death of a newborn infant. New Engl J Med, 1970; 283:344-349
- Lake M, Knuppel RA, Murphy J, Johnson TM. The role of grief support team following stillbirth. Am J Obstet. Gynecol, 1983; 146(8): 877-881
- Radestad I, Nording C, Steineck G, Sjogren B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. Midwifery, 1998; 14(2): 111-117
- Malacrida C. Complicating mourning: the social economy of perinatal death. Qual Health Res, 1999; 9:504-519.
- Moulder C. Clinical. Late pregnancy loss: issues in hospital care. Br J Midwife, 1999; 7(4): 244-247
- Hammersley L, Drinkwater C. The prevention of psychological morbidity following perinatal death. Br J Gen Pract, 1997; 47(422):583-586.
- Stewart M. Programs for intervention after a perinatal death. Birth, 1987; 23(6):52-53
- Chambers HM, Chan FY. Support for women/families after perinatal death The cochrane Library, 1999; Revisión feb 1998.
- Sandelowski, M; Docherty, S; Emden, C. Focus on Qualitative Methods: Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. Research in Nursing & Health, 1997; 20:365-371.
- Paterson, BL; Thorne, SE; Canam, C; Jillings C. Meta-study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-analysis and Meta-synthesis. Sage Thousand Oaks, 2001.
- Gálvez Toro, A y cols. Metasíntesis sobre los métodos y teorías contemporáneas de síntesis científica [en prensa].
- Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura, En: Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa Editorial, 1997.
- Amezua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública, 2002; 76:423-436.
- Foucault M. Saber y verdad. Madrid: Ediciones la Piqueta, 1991.
- Acien P. Tratado de obstetricia y ginecología. Alicante: ediciones Mohillo, 1998.
- Wilson RE. Parents' support of their other children after a miscarriage of perinatal death. Early Human Development, 2001; 61:55-65.
- Gálvez Toro A. Un abordaje cualitativo del cuidado familiar prestado a los hijos vivos en familias que han sufrido una pérdida perinatal. Index de Enfermería 2001; X(35):60-62.
- Gálvez Toro A. El derecho al duelo. Index de Enfermería 2000; IX(28-29):45-46
- Ariés P. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus, 1987.
- Segalen M. Antropología histórica de la familia. Madrid: Taurus Universitaria, 2000.
- Boltanski L. Puericultura y moral de clase. Barcelona: 6 Laia/Paperback-Pedagogía, 1974, p 147 (edición original francesa 1969).
- Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. En M. Foucault. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós Básica, 2000. [Editado en 1976 por el Institut de l'environnement, París]
- Foucault M. Nacimiento de la medicina social. En M. Foucault. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós Básica, 2000. [Editado en 1977 en la Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud]
- Granjel L.S. Pediatría española ochocentista. En Medicina Historia, Fascículo XIII. Publicaciones médicas Biohorm, 1965.
- Narotzky S. Mujer, mujeres y género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres desde las ciencias sociales. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995.
- Scheper-Hughes N. Amor materno / Amor alterno. En: Scheper-Hughes, Nancy. La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Ariel, 1997
- Vander ADR. Maternidad. La salud de la madre y del hijo. Barcelona: Librería Sintés, 1952.
- Puig y Roig P. Para una generación mejor. Creación consciente-Higiene prenatal-puericultura. Barcelona: Editorial Dalmau y Jover, S.A, 1955.
- Juan M, Rodríguez J. El cuerpo humano y las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del principio y del fin. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1994; 68:173-196.
- Azumendi Perez A. Investigación de la mortalidad perinatal bajo dos aspectos: control prenatal materno, duelo o pesadumbre de los padres. Tesis doctoral, Universidad de Málaga, 1991.
- Carrera Hueso L. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Tesis doctoral, Universidad de Valencia, 1994.

Cuadro 3  
Cambios en el sentimiento de pérdida y en el nacimiento social del sujeto

Nacimiento social del sujeto		Sentimientos de pérdida		Condiciones de posibilidad
Después del nacimiento físico	Siglos XVII-XVIII	Cuando el niño se incorpora al mundo adulto	Negligencia en el cuidado de la infancia No hay sentimiento de pérdida por muerte intrauterina	Condiciones demográficas, económicas y sociales adversas: alta mortalidad
	Siglo XIX	En la infancia	En la infancia No hay sentimiento de pérdida por muerte intrauterina	Reducción de la mortalidad Control médico: policía médica, exoeducación, moral burguesa
En el momento del nacimiento físico	Siglo XX (1ª mitad)	En el parto (mujeres rurales)	Duelo por la muerte del recién nacido No hay sentimiento de pérdida por muerte intrauterina	Extensión del sentimiento burgués –amor materno– mediante políticas médicas y estatales: eugenesia, puericultura. Desarrollo urbano.
Antes del nacimiento físico	Siglo XX (2ª mitad)	Vida Intrauterina (gestantes actuales)	Sentimiento de pérdida por la muerte intrauterina	Reducción de natalidad y mortalidad, tecnología médica, tecnología de la imagen, información, educación
<i>Extrapolación hacia el futuro</i>				
Antes de la gestación	Siglo XXI	Imaginario social del óvulo de laboratorio	Sentimiento de duelo por pérdidas ovulares/embriones de laboratorio	Técnicas de reproducción y de modificación genética

**ORIGINALES**