



EL COLEGIO  
DE SONORA

# Maternaje en la ausencia

## Un estudio sobre maternidad y muerte fetal

Claudia Figueroa Ibarra



EL COLEGIO  
DE SONORA

Maternaje  
en la ausencia  
Un estudio sobre  
maternidad y muerte fetal

Claudia Figueroa Ibarra

**Catalogación en la publicación Biblioteca Gerardo Cornejo Murrieta.**

**Nombre(s):** Figueroa Ibarra, Claudia, autora.

**Título:** Maternaje en la ausencia : un estudio sobre maternidad y muerte fetal / Claudia Figueroa Ibarra.

**Descripción:** Primera edición. | Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2024.

224 páginas ; ilustraciones : 22 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

**Identificador:** ISBN 9786078809516

**Temas:** LCSH: Muerte perinatal -- Sonora -- Hermosillo | Luto -- Aspectos psicológicos -- Sonora -- Hermosillo | Embarazo -- Complicaciones -- Sonora -- Hermosillo | Embarazo -- Aspectos psicológicos -- Sonora -- Hermosillo | Centros médicos -- Sonora -- Hermosillo | Mujeres -- Atención médica -- Sonora -- Hermosillo.

**Clasificación:** LCC: RG632.M6 .F54 2023

---



ISBN: 978-607-8809- \_\_\_\_\_ (PDF)

El Colegio de Sonora

Doctor José Luis Moreno Vázquez

Rector

Doctor Víctor Samuel Peña Mancillas

Secretario General

Doctora Patricia Aranda Gallegos

Directora de Publicaciones no periódicas

Maestro Óscar Joel Mayoral Peña

Jefe del Departamento de Difusión Cultural

ISBN: 978-607-8809-51-6

Primera edición, D. R. © 2024

El Colegio de Sonora

Obregón 54, Centro, C. P. 83000

Hermosillo, Sonora, México

<https://www.colson.edu.mx>

[publicaciones@colson.edu.mx](mailto:publicaciones@colson.edu.mx)

Este trabajo tiene como referente la tesis de doctorado “Maternaje en la ausencia. Un estudio sobre maternidad y muerte fetal”, 2022, El Colegio de Sonora, dirigida por la doctora Patricia Aranda Gallegos.

Este libro fue sometido a un proceso de revisión por pares doble ciego, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento Editorial de El Colegio de Sonora.

Hecho en México / *Made in Mexico*

# ÍNDICE

Dedicatoria.....	5
Prefacio.....	6
Introducción.....	7
La muerte fetal.....	9
1. Breve historia de la investigación sobre las muertes fetales.....	11
2. Panorama epidemiológico de las muertes fetales.....	13
3. Causas y consecuencias de la muerte fetal.....	15
4. El problema a investigar.....	16
La mirada teórica.....	19
1. Teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu.....	19
2. Maternidad y maternaje.....	23
La búsqueda y recolección de los datos.....	26
1. Tipo de estudio y operacionalización de los conceptos.....	28
2. Población, tiempo y lugar del estudio.....	29
3. Técnicas de investigación. Entrevistas en profundidad y la e-investigación.....	30
4. Análisis de la información.....	32
5. Limitaciones del estudio.....	32
6. Ética de la investigación y relación investigadora-informantes.....	33
El contexto y las participantes.....	35
1. Diversos escenarios relacionados con la muerte fetal.....	35
2. Presentación y resumen de la atención de las mujeres participantes.....	37
El embarazo: sentimientos, expectativas y cuidados.....	43
1. “Siempre dije que quería muchos hijos”. Sentimientos previos de maternidad.....	44
2. “Cuando quedé embarazada fue una alegría muy grande”. Planeación del embarazo y sentimientos generados.....	46
3. “Todo está perfecto, vienen superbién”. Cuidados en el embarazo.....	48

La experiencia y percepción de la atención a las muertes fetales: violencia obstétrica .....	53
1. “Algo no está bien”: la señal de alarma y el inicio de la atención hospitalaria.....	54
2. “¡Puja! ¡Rápido! ¡Puja, madre...!”: el nacimiento .....	59
3. “Claro que la quiero ver, pues si es mía’, ‘no, pero es que ya está muerta””: el contacto con el hijo o hija.....	62
4. “El tiro de gracia”: el periodo tras el nacimiento .....	65
5. “Me hicieron sentir como que mi hija no valía nada”. Percepción de la atención recibida y violencia obstétrica.....	69
Duelo y maternidad: maternando en la ausencia .....	73
1. “Mi cuerpo no sirve para nada”. Sentimientos y cuidados posteriores .....	74
2. “Soy como la papa caliente y me duele mucho eso”. Reacciones del entorno: de la empatía a la evasión .....	84
3. “Luego vas a tener otro”. La visión social de la muerte fetal.....	88
4. El fortalecimiento del habitus materno: maternando en la ausencia.....	91
Conclusiones.....	97
Recomendaciones .....	104
Epílogo.....	106
Referencias.....	108
Anexos.....	118
Colofón .....	124

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

Para mi hermano José Francisco...  
vuela alto y nunca dejes de brillar.

## PREFACIO

Cursaba mi segundo embarazo, mi primera hija tenía apenas tres años y me encontraba en el octavo mes de gestación, un embarazo aparentemente sin complicaciones con el cumplimiento de todos los cuidados normados por las instituciones de salud y la sociedad, no había nada que me alarmara.

Un 4 de enero inicié mi día como todos, solamente que al levantarme percibí algo extraño, los movimientos que todas las mañanas sentía ese día no aparecieron; me metí a bañar, comí un chocolate, moví mi vientre en un intento de “despertar” a mi bebé, sentí que se movió algo dentro de mí y me tranquilicé por un momento. Al llegar al trabajo llamé a mi ginecóloga y quedé de verme con ella en su consultorio. Hasta ese momento el tema de la muerte fetal había aparecido en mi vida solo en textos como una complicación del embarazo.

Llegamos al consultorio mi esposo y yo, claramente me encontraba nerviosa, pero deseaba con todas mis fuerzas que fuera únicamente un susto. Tras un breve cuestionamiento por parte de la ginecóloga pasamos al ultrasonido, como enfermera conozco (aunque de manera general) lo que se debe ver y apreciar, pero en ese monitor la imagen estaba estática, el transductor paseaba y paseaba por mi vientre en búsqueda de alguna señal de vida, tras unos segundos recibimos una de las noticias más fuertes: “lo siento, no hay latido”.

No pretendo ahondar en detalles sobre lo que a partir de ese momento vivimos como familia, pero aclaro que esta experiencia me abrió los ojos en muchos aspectos acerca del cuidado a la mujer. Tuve la fortuna –sí, *la fortuna*– de contar con un equipo multidisciplinario sensible y empático, mi hija nació dormida por cesárea, vía de nacimiento que yo elegí. No hubo prisas, pudimos conocerla, pasar horas con ella, tomar fotos, sus huellas, la bautizamos. Esos momentos los atesoramos en nuestro corazón.

Tras su fallecimiento afrontamos un duelo, un proceso difícil, pero contamos con mucha ayuda de nuestro entorno familiar y amical, del cual aprendimos a vivir nuevamente llevando en nuestros corazones la ausencia más presente en nuestras vidas.

El haber sufrido una muerte fetal me permitió identificar cómo estos eventos permanecían en la invisibilidad. Como mujer, enfermera y docente de enfermería sentí el compromiso de investigar y buscar caminos para mejorar la atención a las mujeres y sus familias en estas situaciones. Me di cuenta de que desde las escuelas formadoras no capacitamos en estos temas, que las instituciones de salud carecen de protocolos, infraestructura y recursos para dar una atención adecuada e integral ante las muertes fetales. Mi experiencia se nutre también de mi participación dentro de la asociación civil “Padres del Cielo”, la cual me permitió conocer a mujeres en situaciones similares y consolidar mi compromiso de buscar la mejora de la atención en los casos de muerte fetal.

Por lo anterior es que surge esta investigación, la cual busca evidenciar para proponer, busca hablar de lo que pocas veces hablamos y con ello romper tabúes que no debieran existir. Gracias por leerme, espero que este libro amplíe tu conocimiento y perspectivas sobre el tema y que, desde el espacio donde te desenvuelvas, ayudemos a que mujeres y familias no tengan que vivir en aislamiento e incomprensión el dolor de perder un hijo o hija durante la gestación.

## INTRODUCCIÓN

La salud materna comprende, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y el puerperio.<sup>1</sup> En este sentido, la OMS aclara que “aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte” (en Profeco, 2016, párr. 19). Dentro de las complicaciones que más se temen durante la gestación están aquellas cuya resolución culmina en la muerte de la madre o del hijo o hija (muerte fetal).

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

Las áreas de maternidad dentro de las instituciones de salud son espacios diseñados para recibir bebés con vida, ante eso, las muertes fetales trastocan estos escenarios y develan que las mujeres y sus familias encuentran caminos trazados para procesos del nacimiento no complicados, a diferencia de los que se presentan cuando la vida y la muerte se traslapan. En estos lamentables casos las reacciones a las que se enfrentan las madres reflejan poca o nula preparación para contar con el apoyo que requieren, lo que se demuestra con la presencia de violencia obstétrica.

Estudiar la maternidad y su atención tiene múltiples aristas. En este abordaje tomo aquellas situaciones que rompen con lo esperado (biológica y socialmente), provocando relaciones confusas que ponen de manifiesto algunas de las expectativas que no se verbalizan. Abordar la mortalidad en los espacios de natalidad conduce a revelar las estructuras que explican ciertos reforzamientos de la maternidad.

Debido a lo anterior, la presente investigación se centra en la muerte fetal, su atención en las instituciones de salud y la relación con la maternidad. El énfasis principal se halla en las voces de las madres.

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

Tras la muerte durante la gestación, encontré que la madre mantiene una relación psicoafectiva con el hijo o hija fallecida, influida por el *habitus materno*, manifestada en lo que llamamos *maternaje en la ausencia*, que surge como un concepto elaborado a partir de los hallazgos más significativos de la presente investigación.

---

<sup>1</sup> Se conoce como puerperio al periodo posterior al parto, que puede variar entre seis y ocho semanas de duración. Durante esta etapa el cuerpo de la mujer se ajusta (hormonal y físicamente) o retoma las características previas al estado gestacional. También se conoce como posparto o, de manera coloquial, cuarentena.

Esta noción emana de las narrativas de las madres, quienes refieren una necesidad por mantener una relación con el hijo o hija fallecida. En ese sentido, el maternaje en la ausencia se expresa en diversas actividades que ellas realizan con la finalidad de preservar la memoria de los hijos o hijas (hablar abiertamente de ellos y ellas, celebrarlos en días especiales, mantener objetos o altares dentro de los hogares). Estas acciones son referidas como maneras de brindarles cuidado y amor, como una forma de reafirmar su identidad como madres.

El presente libro está estructurado de la siguiente manera: debido a la complejidad del tema, el primer capítulo muestra un panorama general de las muertes fetales. En él se ofrecen elementos importantes con relación a la definición y delimitación del concepto “muerte fetal”. Consideré importante aclararlo debido a que la definición se vincula directamente con la manera en que se brinda la atención dentro de las instituciones y por lo tanto influye en la experiencia de las mujeres, así como en la visión social de estas pérdidas dentro del entorno. Asimismo, el apartado contempla algunos elementos históricos del modo en que se han atendido e investigado las muertes fetales y se incluyen datos estadísticos que permiten tener un horizonte general de esta situación. Por último, se enuncia el problema de investigación.

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

El marco metodológico lo abordo en el tercer capítulo, iniciando con la pregunta de investigación y la manera en la que metodológicamente planteo darle respuesta. Incluyo un apartado que da cuenta de los ajustes realizados debido a la pandemia por COVID-19 en relación con el trabajo de campo. El cuarto capítulo tiene como objetivo vincular lo expuesto con los resultados de la investigación y en él presento datos del contexto, así como la información de las mujeres participantes.

Los resultados de la investigación se concentran en los capítulos 5, 6 y 7. Con la finalidad de llevar una secuencia en cuanto a los eventos relatados por ellas, en el capítulo 5 reúno aquellos relacionados con la vivencia del embarazo y de su identidad como madres. El capítulo 6 concentro los principales resultados acerca de sus experiencias en cuanto a la atención dentro de las instituciones de salud y en el capítulo 7 recupero el periodo posterior, es decir, el del posparto, los sentimientos experimentados, las reacciones del entorno y la atención y vivencia del duelo; también expongo la forma en la que se manifiesta el habitus materno tras la muerte fetal. Al final formulo sugerencias y recomendaciones para futuras líneas de investigación en el tema.

## LA MUERTE FETAL

¿Qué entendemos por muerte fetal? Para de hablar de este tema es necesario explorar qué sabemos y qué entendemos por este término. Al iniciar la presente investigación fue claro que lo complejo del tema también se manifiesta en la multitud de conceptos asociados. Existen diversas palabras que podemos encontrar como “sinónimos”, por ejemplo, mortinato, óbito fetal, muerte perinatal, muerte gestacional, entre otras. Algunas de las definiciones que rodean los abortos y las muertes fetales están basadas en criterios de edad gestacional, peso y talla, lo cual conlleva consecuencias legales, sociales, éticas y religiosas. Estos términos no contemplan las percepciones de la madre, sin embargo, la manera en la que son definidos sí influye en su experiencia, ya que dicta cómo va a ser su manejo (Lovell, 1997).

En la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)<sup>2</sup> se define a la defunción fetal, o feto morti-nato, como:

la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 1149)

Esta definición no presenta subclasificaciones; no obstante, el mismo documento expone al periodo perinatal como aquel que comienza en la semana 22 de gestación y culmina siete días después del parto, por ello es común encontrar que los términos de muerte fetal o perinatal son utilizados indiferenciadamente, ya que en la explicación se alude a periodos que se traslapan. De considerar dicha definición, tendríamos casos de bebés que nacen y mueren durante los primeros siete días.

La literatura en idioma inglés utiliza el término coloquial *stillbirth* para referirse a todas aquellas muertes que ocurren en una etapa avanzada de la gestación, existiendo variaciones en cuanto al número de semanas de país en país. La OMS recomienda reportar las muertes fetales tardías como las sucedidas durante el tercer trimestre del embarazo, cuando el peso del bebé es igual o mayor a 1,000 gramos, tiene 28 semanas o más de gestación y una talla de 35 cm. El punto de cohorte de las 28 semanas se relaciona con una etapa fetal en la cual, con las unidades y cuidados especializados, un bebé puede sobrevivir fuera del útero. Sin embargo, y debido a los avances en la tecnología y procesos biomédicos, actualmente este número de semanas (asociadas con la supervivencia extrauterina) ha disminuido y existen países en los cuales se considera muerte fetal tardía o *stillbirth* a partir de las 22 semanas de gestación (SDG).

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud (Secretaría de Salud, 2005) y la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (Secretaría de Salud, 2016) se apegan a la definición oficial de

---

<sup>2</sup> Sistema de diagnóstico y clarificación de enfermedades de la OMS, aceptado y utilizado en el Sistema de Salud Mexicano.

la CIE 10 para referirse a defunción, fallecimiento o muerte fetal. Pero la NOM-007-SSA2-2016 diferencia el término aborto así:

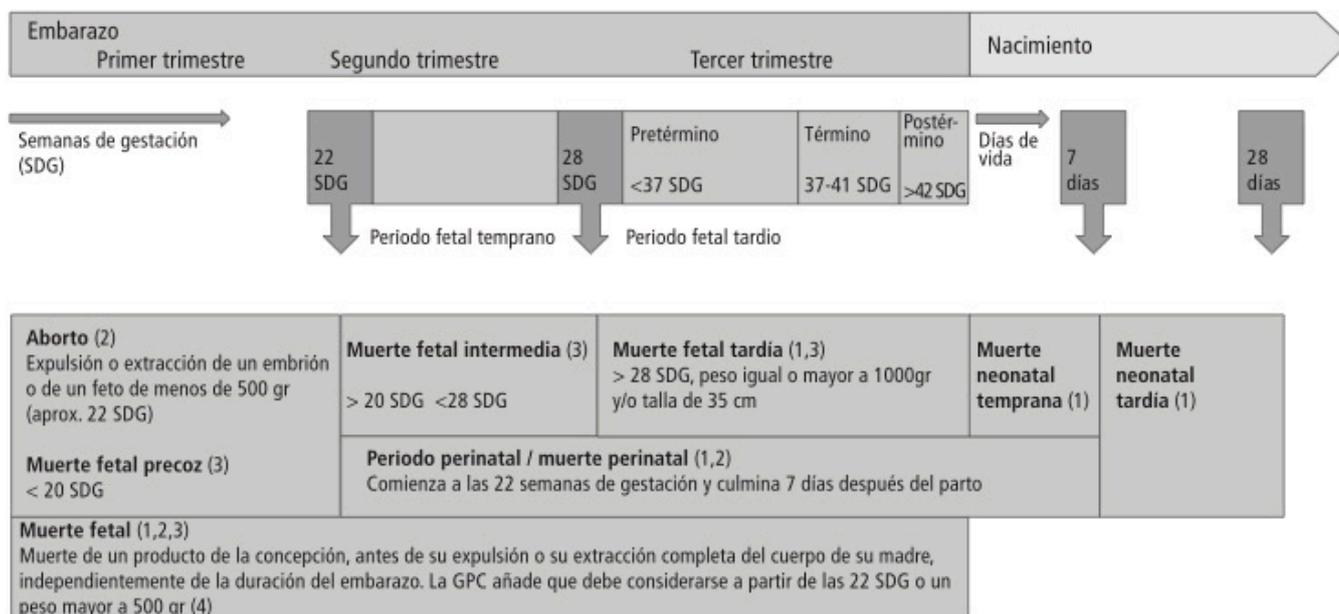
la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (mismo que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional, pero que sea absolutamente no viable. (2016, p. 13)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su reporte de estadísticas de defunciones fetales, se alinea a la definición de la CIE 10 en cuanto a defunción fetal o mortinato, y diferencia entre: *a)* defunción fetal precoz como aquella que ocurre antes de la semana 20, *b)* defunción fetal intermedia como la que sucede pasada la semana 20 de gestación, pero sin llegar a la 28, y *c)* defunción fetal tardía como la que se presenta a partir de la semana 28.

La diversidad de términos relacionados con el tema complejiza identificar investigaciones similares, pero, sobre todo, tiene una implicación importante en la manera en la que estas muertes son registradas de país en país. El hecho de partir de las 22 o 28 semanas tiene un criterio como trasfondo: la posibilidad de viabilidad extrauterina y la forma en la que las muertes fetales se certifican o no en los distintos países, con sus respectivas implicaciones en el manejo o la atención recibida en las instituciones de salud.

En esta investigación utilicé el término *muerte fetal*, haciendo alusión a aquellas pérdidas que ocurren de manera intrauterina en embarazos a partir de la semana 22 de gestación. Siendo una definición aprobada por la OMS y por la normativa mexicana, decidí emplearla debido a que no se traslapa con las muertes gestacionales tempranas (abortos) y en virtud del desarrollo fetal que suponen esas semanas el tratamiento o seguimiento médico es distinto y, por lo tanto, encierra cuestiones de trato que aquí pretendo develar.

Figura 1. Definición y clasificación de las muertes fetales en la normativa mexicana



1.- OMS/CIE10 2.- NOM-007-SSA2-2016 3.- INEGI Estadística de defunciones fetales 4.- Guía Práctica Clínica IMSS-567-12

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Lawn et al. (2011, pp. 1448-1463).

## 1. Breve historia de la investigación sobre las muertes fetales

El embarazo y las muertes fetales como una de sus inesperadas e indeseables consecuencias van ligadas a la maternidad. Aun cuando estas muertes siempre han existido, su relación con la maternidad, la manera de atenderlas en las instituciones de salud, la visibilidad social y su estudio como un evento con repercusiones de todo tipo han sufrido cambios a lo largo de la historia. A continuación presento algunas referencias a tales acontecimientos.

Son pocos los estudios que recogen la historia de cómo se experimentaban y atendían las muertes fetales. Cassidy (2020) analiza dos parteaguas con fuerte impacto en la atención y vivencia de estas pérdidas. Por una parte, el autor refiere el peso social que conllevó el hecho de que la Iglesia católica condenara, durante un largo lapso, a los no bautizados (Comisión Teológica Internacional, 2007). Este hecho imposibilitaba que estos bebés pudieran ser sepultados en tierra consagrada, obligando a que sus cuerpos quedaran en áreas destinadas a personas estigmatizadas por sus pecados; de esta manera, los nacimientos de los niños y niñas sin vida se asociaron a castigos divinos (Lovell, 1983). Por otro lado, un segundo momento que impactó principalmente en la atención a las muertes fetales se centra en la medicalización del parto, con la consecuente atención de dichos decesos dentro de los hospitales (Cassidy, 2020). Si bien ambos sucesos implicaron cambios en la visión social y de atención de las muertes fetales, existen otros hechos que es pertinente mencionar, tales como la disminución en las tasas de natalidad y la posibilidad (con sus limitantes) de la mujer a decidir sobre su maternidad. Otro factor que también ha afectado en el sentir tras una muerte fetal está asociado a la posibilidad de visualizar al feto en su vida intrauterina gracias a la tecnología (ultrasonidos). Como comentaré más adelante, estos avances tecnológicos brindan cada vez imágenes más claras y demuestran la actividad intrauterina en tiempo real, lo cual influye, de manera interesante, en la visibilización y concepción del hijo o hija desde la gestación.

Algunos autores afirman que se ha modificado la visión de las muertes fetales, ya que la construcción social de las personas inicia desde antes del nacimiento. En este sentido, se entiende que el “nacimiento social” de alguien sucede antes del parto biológico y que la tecnología médica que permite visualizar al bebé durante su vida intrauterina, los eventos sociales (*baby shower*, fiesta de revelación de sexo), la selección del nombre desde el embarazo, entre otros, son factores y ejemplos de cómo el nacimiento social antecede al biológico, lo que impacta en las experiencias y percepciones luego de una muerte fetal. Estas prácticas legitiman y recrean relaciones afectivas entre padres y madres, transformando al feto en su hijo y en persona (Felitti e Irrazábal, 2018; Gálvez, Amezcua y Salido, 2002; López García, 2011).

Se ha encontrado que mujeres que sufrieron una muerte fetal a mediados del siglo XX le dieron menor importancia debido a que, según referían, se esperaba que tuvieran un gran número de hijos, por lo que era común que se perdieran algunos de estos embarazos. Las muertes en ese entonces se normalizaban e incluso se acostumbraba realizar entierros en los patios o zonas aledañas a los hogares (Gálvez et al., 2002).

En 2003, Linda Layne emprendió en Estados Unidos una serie de investigaciones pioneras en el abordaje del tema desde una perspectiva feminista. En su libro *Motherhood loss: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America* habla de la intrincada relación de la maternidad con las muertes fetales y explica cómo, tras la muerte, se manifiestan diversos problemas en las mujeres, el primero de ellos tiene que ver con la “puesta en duda” de la realidad de que existiera un bebé, una madre, un embarazo y posteriormente un duelo. En los testimonios recabados por Layne sobresale la lucha de las mujeres por seguir siendo consideradas como madres tras la muerte de sus hijos o hijas.

La historia de la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio tiene una conexión directa con la forma en la que se han atendido y se atienden las muertes fetales dentro de las instituciones de salud.

Históricamente y a medida en que la profesión médica se fue consolidando, los nacimientos se medicalizaron, de tal manera que la atención pasó de los hogares a los hospitales. Estos cambios se acentuaron entre la primera y la segunda mitad del siglo XX y junto a otros factores impactaron en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Sin embargo, también aparecieron efectos no deseados o dañinos al otorgar poder y autoridad al médico y a la institución durante el parto, ejemplo de ello son la medicalización y estandarización de procedimientos tales como la imposición de una postura horizontal para el nacimiento, la rutinización de la sedación y la analgesia, la práctica indiscriminada y muchas veces innecesaria de las episiotomías, tactos excesivos y la exigencia de ayunos absolutos, entre otros procedimientos que llegan a poner en riesgo la vida de la mujer y del bebé (Campiglia, 2017; Hernández, Paloma y Pérez, 2014). Los partos de hijas o hijos sin vida, de igual manera, son objeto del manejo medicalizado en los hospitales; en 1944 por primera ocasión se abordó el tema al describir un duelo materno ante la muerte fetal por parte de un psiquiatra estadounidense, quien reportó el comportamiento, los síntomas y el trabajo psicológico de una mujer tras este suceso.

El modelo de atención para las muertes fetales que prevaleció en los hospitales hasta los años 70 y parte de los 80 consistía en prácticas dirigidas a que la situación pasara lo más pronto posible, así lo reflejan los estudios de Bourne (1968), quien investigó en Inglaterra los efectos psicológicos de mujeres y médicos en estos casos. Él planteó el concepto de “ángulo ciego” (*profesional blindspot*) al referirse a las actitudes y al proceder del personal de salud que manejaba la situación simulando que no había ocurrido nada, con el objetivo de contribuir a que los padres olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran otro embarazo. Cuando se registraba una muerte fetal, la atención médica consistía en sedar a la madre durante el proceso expulsivo y despertarla cuando el bebé hubiera desaparecido; la idea se basaba en que los padres, particularmente la mujer, eran incapaces de preocuparse por su hijo o hija puesto que todavía no los conocían. Asimismo, este ángulo ciego alude a la poca o nula mención de las muertes fetales en la literatura médica. Estas prácticas, en mayor o menor escala, se aplicaron hasta los años 80; sin embargo, en algunos países europeos se empezó a reconocer que tales protocolos estaban teniendo el resultado contrario en la salud mental de la pareja (Martos-López, Sánchez-Guisado y Guedes-Arbelo, 2016).

Distintos especialistas continuaron trabajando sobre el tema, algunos se abocaron a describir el impacto de la muerte en los dolientes, es decir, el duelo. En 1980 se distinguieron elementos del duelo gestacional y se consideró pertinente un manejo distinto. Algunos de estos autores y autoras catalogan ese duelo como un *duelo desautorizado*, ya que esas pérdidas no son abiertamente reconocidas ni expresadas en público y cuentan con poco apoyo de la red social (López García, 2011). Actualmente países como Inglaterra y Australia, por mencionar algunos, cuentan con protocolos que recomiendan que en las instituciones de salud se ayude a que los padres conozcan y generen recuerdos con los hijos o hijas sin vida, ya que se ha encontrado que ese proceder tiene un resultado positivo en el duelo (Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2018; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010). En México, la *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) sugiere que, de ser posible, se facilite que padres y madres conozcan a los bebés, pero al ser una sugerencia no todo el personal de salud se apega a estas recomendaciones.

Tanto la OMS como la Unicef indican que la supervivencia neonatal y la prevención de las muertes fetales no se han especificado en los Objetivos del Milenio ni en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En 2014, durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, se difundió el plan de acción mundial “Every Newborn”, el cual persigue dos metas: disminuir las muertes neonatales y acabar con las muertes fetales prevenibles. Específicamente, para 2035 todos los países deben tener una tasa de 10 muertes fetales o menos por cada mil nacimientos (The Lancet, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2014). En relación con los objetivos para

el 2030, se menciona que además de mejorar el registro y la clasificación de los casos, estas muertes deben servir como indicador de calidad de los cuidados durante el embarazo y el parto (Lawn et al., 2016).

En México las investigaciones sobre el tema son escasas, principalmente aquellas cuya mirada o enfoque es distinto al biomédico. La complejidad de las muertes fetales, la multiculturalidad del país y la visión particular que se tiene sobre la muerte hacen de su estudio un asunto relevante. Indagar sobre la experiencia de las mujeres ante una muerte fetal, su relación con la maternidad y la atención recibida en las instituciones de salud mexicanas –especialmente en las sonorenses– es trascendente por los elementos culturales que se ponen en relación. Así como Bourne desde 1968 resaltó la falta de estudios al respecto, en la actualidad en México continúa siendo un tema poco estudiado. La Agencia Informativa de Conacyt en 2018, a través de un comunicado de prensa, publicó que las muertes fetales eran una de las áreas más desatendidas de la salud pública en el país, y especialistas del Instituto Nacional de Perinatología resaltaron que estos decesos son un fenómeno complejo en el que convergen múltiples causas, estimando que uno de cada cien embarazos en México tiene un desenlace adverso (Báez, 2018).

Como se puede apreciar, han existido grandes cambios con relación a la investigación y atención de las muertes fetales. Sin embargo, en nuestro país hace falta profundizar, ya que continúan siendo pocos los estudios que exploran la atención y aún menos los que tratan sobre los aspectos sociales y culturales que se encuentran presentes en la experiencia de las mujeres ante una pérdida de este tipo.

## **2. Panorama epidemiológico de las muertes fetales**

En 2016, la OMS estimó que anualmente existían 2.6 millones de muertes fetales tardías (a partir de las 28 semanas de gestación); 10 años antes, aunque con datos limitados, el cálculo fue de 3.2 millones (Stanton et al., 2006). Cerca de 98% de estos fallecimientos ocurren en países con rentas medias o bajas, tres cuartas partes acontecen en el África subsahariana y el sudeste asiático. A nivel mundial, para el año 2019 se registró una tasa de muertes intrauterinas de 13.9 por cada 1,000 nacimientos, mientras que en el año 2000 la tasa fue de 24.7. De esta forma, aunque observamos una disminución en cuanto a las cifras, podemos también dar cuenta de que el indicador ha decaído más lentamente que las tasas de mortalidad materna o la tasa de muerte de niños menores de cinco años, razón por la que se estima que, de sostenerse esta progresión, tendrían que pasar más de 160 años para que una mujer en un país marginado alcanzara las mismas posibilidades de que su bebé naciera vivo, que las de una que habita en un país desarrollado (Blencowe et al., 2016; Lawn et al., 2016; United Nation Interagency Group for Mortality Estimation, 2020).

En el contexto de lo antes mencionado, es preciso señalar que esta cifra estimada por la OMS (2.6 millones de muertes fetales tardías) no representa la realidad del problema, ya que puede existir un subregistro, bien porque en algunos lugares no se conoce la totalidad de estos fallecimientos o porque utilizan indicadores distintos para el registro, lo que dificulta los cálculos. El reporte “A neglected tragedy” publicado por Unicef menciona la subestimación de estos datos y, por lo tanto, la manera en la que el tema queda invisible dentro de las políticas y programas de salud. En este reporte calculan que, de manera global, un embarazo de cada 72 terminará en una muerte fetal. Las diferencias entre regiones son marcadas, llegando a límites donde en Sudáfrica este lamentable desenlace se presenta en uno de cada 46 embarazos, mientras que en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda la proporción es de uno en cada 321 embarazos. En cuanto a América Latina, se estima que el indicador oscila entre uno de 126 embarazos, lo que representa 4% de las muertes fetales a nivel global. Esta disparidad entre países refleja la existencia de inequidades en salud, ya que cerca de 40% de estos decesos acontecen durante el trabajo de parto y en el parto, lo que los convierte

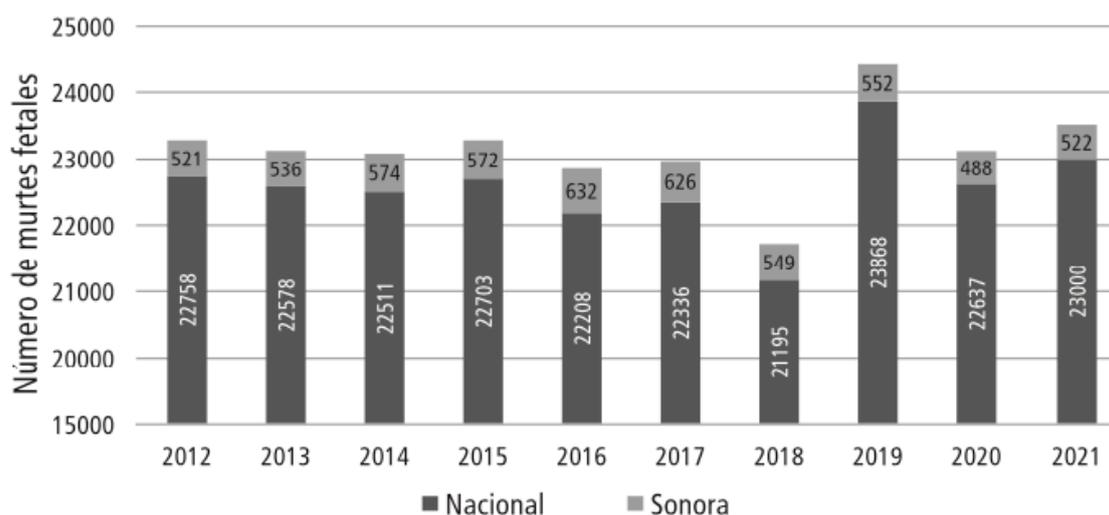
en altamente prevenibles con los cuidados y atenciones adecuadas (United Nation Interagency Group for Mortality Estimation, 2020).

En México las estadísticas de defunciones fetales se tienen desde 1932, estimándolas bajo los mismos criterios que en el resto de los fallecimientos. Fue hasta 1987 que la Secretaría de Salud comenzó a generar certificados de defunción y de muerte fetal. El INEGI empezó a documentar los registros de mortalidad a partir de 1989.

En relación con estos datos, Murguía-Peniche, Illescas-Zárate, Chico-Barba y Bhutta (2016) reportan que la tasa de mortalidad fetal en nuestro país descendió de 9.2 a 7.2 por cada 1,000 nacimientos entre los años 2000 y 2013; no obstante, vuelven a observarse desigualdades entre los estados, llegando a variar en un aumento de 3.9 fallecimientos, existiendo entidades donde las tasas alcanzan 12 por cada 1,000 nacimientos, lo que refleja la asociación de estos fallecimientos a determinantes sociales. Algo alarmante es que 51% de las muertes fetales tuvieron lugar durante el parto.

Según datos del INEGI, en 2021, a nivel nacional se reportaron 23,000 muertes fetales (cuantificadas a partir de las 12 SDG); de estas, 18,097 –es decir, 78.7%– correspondieron a intermedias y tardías (a partir de las 22 SDG) y de ellas 9,084 fueron muertes a partir de la semana 28 de gestación. En el estado de Sonora, en el mismo año, se reportaron 522; de las cuales, 291 fueron muertes intermedias y tardías. En relación con las tasas calculadas por cada mil nacidos vivos, considerando el total de muertes fetales que reporta el INEGI (a partir de la semana 12), a nivel nacional la tasa es de 11.8 y a nivel estatal de 12.3 por cada 1,000 nacimientos. Al delimitar el cálculo a partir de la semana 22, las cifras disminuyen considerablemente, quedando en 9.5 a nivel país y 6.9 a nivel entidad federativa (por cada 1,000 nacidos vivos).

Figura 2. Muertes fetales en México 2012-2021

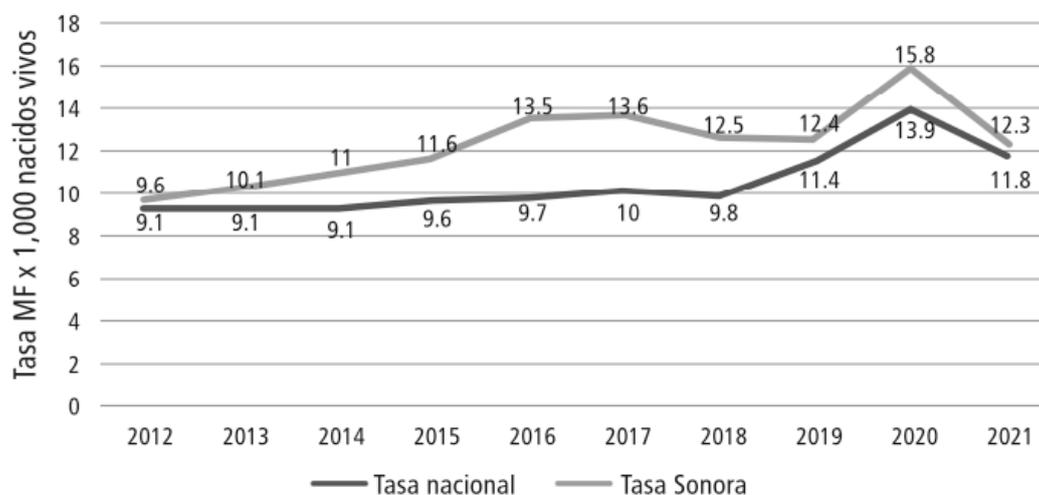


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (s. f.).

El número de muertes fetales había descendido tanto internacional como nacionalmente en las últimas décadas. En México, esta reducción puede observarse en la [Figura 2](#), donde se aprecia que en 2012 se reportaron más de 22,000 y en 2018, poco más de 21,000; sin embargo, se aprecia un incremento en los últimos tres años contabilizados. Considerando que existen cambios demográficos (cambio en natalidad), el

análisis de las tasas de mortalidad fetal arroja una imagen distinta. En la [Figura 3](#) se advierte cómo la reducción en números brutos cambió completamente su dirección, inclinándose a una tasa que se eleva en comparación con 2012. Durante el año 2020 hubo un alza de las tasas, efecto que se presentó en distintos países producto de la pandemia por SARS-CoV-2.

Figura 3. Tasas de muertes fetales en México y Sonora 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (s. f.).

Autores como Cassidy (2018) han dado cuenta de estas variaciones. Las cifras presentadas dejan entrever que el problema en México y en particular en Sonora es una situación que existe y se debe atender. Estos datos son solo la punta de un problema con raíces largas, profundas e intrincadas, pues detrás de cada número se encuentra una mujer, una familia y una comunidad que pierde un embarazo, desencadenando con esto una serie de eventos que afectan a todos estos actores dentro de una sociedad que alienta la maternidad, pero la olvida cuando fracasa.

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

### 3. Causas y consecuencias de la muerte fetal

Aun cuando el objetivo de esta investigación no está dirigido a los aspectos biomédicos de las muertes fetales, es importante explorar brevemente lo que se ha estudiado sobre el tema desde este enfoque. Además, como se verá más adelante, las causas y las enfermedades añadidas a una muerte fetal tienen impacto en la mujer y en las percepciones y valoraciones sobre la maternidad.

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

Aunado a la búsqueda de motivos o factores de riesgo, investigadores e investigadoras se han enfocado en develar la morbilidad posterior a la muerte fetal presentada principalmente por las madres. La salud mental ha sido el eje angular de algunos de estos estudios, en los que es común encontrar reportes sobre una alta incidencia de síntomas depresivos, duelos complicados y prolongados, así como sentimientos de pérdida de control. Se reporta también que hay un riesgo de siete a nueve veces mayor de experimentar depresión en el periodo posparto (Gaussia et al., 2011) y un riesgo siete veces mayor de padecer síndrome de estrés postraumático que aquellas mujeres que tuvieron un hijo o hija viva (Gold, Leon, Boggs y Sen, 2016).

En México, un estudio realizado para validar la escala de duelo perinatal encontró que las madres mexicanas más afectadas eran quienes tenían un estatus socioeconómico bajo y no contaban con el apoyo de una pareja (Mota et al., 2011). Además de lo anterior, el riesgo de problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés, tristeza y baja autoestima se incrementan en los embarazos subsecuentes (Chojenta et al., 2014).

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

#### **4. El problema a investigar**

Recapitulando, los trabajos sobre el tema posibilitan entrever la compleja problemática que envuelve a las mujeres que sufren una muerte fetal. Investigadores como Gálvez et al. (2002) y Cassidy (2020) concluyen que dichas pérdidas han sido invisibilizadas social e históricamente. Los cambios que se han visto a través de los años en cuanto a la atención a la mujer en el embarazo y el parto no han sido ajenos a las muertes fetales. Se documenta que el manejo hospitalario de las mujeres consistía en hacer la atención lo más breve posible para que ellas y sus familias pudieran enfocarse en un nuevo embarazo. En los años 80 empezó a evidenciarse que estas prácticas resultaban nocivas, principalmente para las madres, lo que precipitó la implementación de nuevos modelos de atención, pero no se ha avanzado de manera similar entre los países (Bourne, 1968; Cassidy, 2018).

La medicalización del parto ha añadido riesgos para la gestante: está documentado que las prácticas rutinarias se convierten en procedimientos peligrosos. Especialistas en México, como Freyermuth, Vega, Tinoco, y Gil (2018), Castro y Erviti (2015), Campiglia (2015) y Castro Vásquez (2008b), han registrado abusos físicos, verbales y psicológicos que sufren las mujeres dentro de las salas de maternidad, los cuales son catalogados como violencia obstétrica.

A la par de los cambios en la atención, existen otros relacionados con la construcción social de la identidad de los no nacidos. Los avances en la tecnología y la visualización del embarazo a través de festejos y rituales sociales han hecho que el vínculo y apego de las madres y sus hijos e hijas (desde la vida intrauterina) se haya modificado (Felitti y Irrazábal, 2018), lo que impacta y refuerza el mandato de género para las mujeres en relación a la maternidad.

La sociedad demanda y alienta a la mujer a ser madre, y, además, a ser buena madre. Estas normas se perciben con mayor intensidad durante el embarazo, que es cuando el imaginario de convertirse en madre empieza a solidificarse y a volverse real (Carrasco, 2001; Gil-Bello, 2018; Palomar, 2004). Al momento del embarazo se espera que la mujer replantee ciertos hábitos y prácticas de cuidado con su cuerpo para procurar el óptimo desarrollo de sus hijas e hijos. Estos cambios ocurren en combinación con proyecciones de cuidado familiar, social y, sobre todo, provenientes del campo de la salud materna. Durante la gestación, la mujer empieza a ser considerada y considerarse como madre e inicia la adaptación a ese nuevo rol. Partiendo entonces del supuesto de que la embarazada construye y refuerza su maternidad con mayor intensidad en esta etapa, podemos establecer que se genera en ella un *habitus* materno –concepto que describo en el capítulo siguiente– manifestado en prácticas, percepciones y expresiones relacionadas al hecho de ser madre.

La mayoría de las mujeres continuará con la gestación y tendrá el nacimiento de un hijo o hija viva; sin embargo, otro porcentaje verá truncado su embarazo. Tal es el caso de las muertes fetales. Ante estos eventos, la mujer no solo se enfrenta a una variación física, sino también a un fracaso ante las expectativas sociales y culturales propias de la maternidad.

Hablar de muerte fetal implica hablar de los sistemas de salud, reconociendo que el personal cuenta con poca o nula capacitación en estas situaciones; las instituciones están preparadas para la llegada de un bebé vivo, por lo tanto, atender a una mujer en esta circunstancia se torna en una crisis. Romo-Medrano (2009), Cassidy (2018) y varios autores y autoras más han explorado esta atención y sus hallazgos concuerdan con que la mujer percibe una falta de satisfacción en el trato e inconformidad con su manejo. La voz opuesta, es decir, la del personal de salud cuenta otra versión: Dias dos Santos (2004) y Pastor et al. (2011) encuentran que el referido personal percibe las muertes fetales como un fallo de la medicina y, al no saber cómo proceder, tratan a la mujer de una manera rápida y breve, lo que es interpretado por ellas como una respuesta fría y poco empática.

Tenemos entonces diversas aristas: por un lado, un sistema de salud con poca preparación para afrontar las muertes fetales y, por otro, mujeres con un *habitus* materno dentro de una sociedad que alaba la maternidad, pero que ante su interrupción invisibiliza el fallecimiento y prefiere el olvido; es por ello que en esta investigación decidí analizar cómo se percibe y de qué manera impacta la construcción social en torno a la maternidad en el caso de mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en instituciones públicas.

Derivado de lo anterior me planteé la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se percibe y de qué manera afecta la construcción social acerca de la maternidad en el caso de mujeres que tuvieron la experiencia de una muerte fetal y que fueron atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora? Formulé así la

pregunta teórica: ¿cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora?

En los siguientes capítulos pretendo dar respuesta a estas interrogantes.

## LA MIRADA TEÓRICA

Para el análisis de este trabajo retomo algunas de las nociones desarrolladas por el sociólogo Pierre Bourdieu, principalmente el concepto de habitus, el que si bien no es posible entender sin examinar el campo social, de manera inicial me limitaré a aportar elementos para la comprensión de lo que implica el habitus de las madres ante la muerte fetal. En cuanto a los estudios de género y maternidad, presento un resumen de algunos de ellos cuya intención es explicar cómo la maternidad se comprende y aborda.

Trabajé el concepto de habitus enfocándolo en el escenario particular de la maternidad, es por ello que lo llamo *habitus materno*, concepto que defino como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y, en cierta manera, dirigen sus prácticas, percepciones y expresiones durante el embarazo, parto y posparto; además, identifico que el habitus materno permea el sentir de la mujer y su identidad como madre ante una muerte fetal.

### 1. Teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu

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

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

Bourdieu y Wacquant (2005) afirman que pensar en el campo implica pensar en modos de relación, ya que puede definirse como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones.

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

En los campos sociales los actores se encuentran, juegan y se mueven, de ellos surgen los agentes dotados del habitus necesario para su buen funcionamiento.

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

como un mero efecto de una acción ejercida por agentes, sino como un efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red; es decir, que dominados y dominantes forman parte de estas redes y a su vez son dominados por el mismo campo (Bourdieu, 1997). Su límite se encuentra donde los efectos de este desaparecen. Sus dinámicas yacen en sus estructuras, en las distancias y asimetrías, y son las que definen un capital específico; en ese sentido, Bourdieu y Wacquant afirman que “un capital no existe ni funciona salvo en relación con un campo” (2005, p. 155).

Como mencioné, es en estos espacios sociales en donde los agentes dotados de habitus intervienen o actúan, por lo que Bourdieu define al habitus como:

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

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

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

El habitus nos lleva a aseverar que lo individual, lo subjetivo, es social y colectivo: es una subjetividad socializada. El habitus se manifiesta en los agentes a través de percepciones, acciones, pensamientos y expresiones. En relación con la percepción (término que guía algunas preguntas de investigación), Bourdieu – en un escrito sobre la percepción del arte– dice que es:

[un] acto de desciframiento que se ignora como tal, la “comprensión” inmediata y adecuada sólo es posible y efectiva en el caso particular en que la cifra cultural que posibilita el acto de desciframiento es dominada completa e inmediatamente por el observador (bajo la forma de competencia o de disposición cultivada) y se confunde con la cifra cultural que ha hecho posible la obra percibida. (Bourdieu, 1971, p. 45)

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

Los habitus dan sentido a la unión de las prácticas con los capitales que tiene un agente o una clase de agentes, son generadores y unificadores de las características intrínsecas y relacionales de un estilo de vida unitario. Es decir, los estilos de vida relacionados con los bienes que tiene un agente se vinculan con las prácticas que realiza, pero esta relación se encuentra influida o marcada por el habitus del mismo agente. Podríamos pensar que dentro de un mismo campo se mueven o actúan diversos tipos de agentes, las prácticas

son distintas y distintivas entre ellos. Y, como señala el autor, los habitus representan o aportan esquemas clasificatorios, principios de visión y división (Bourdieu, 1997).

Parte importante de esta investigación es que empecé por considerar como manifestaciones o representaciones del habitus prácticas, percepciones y expresiones del sentir (sentimientos).<sup>3</sup> Huerta (2008) analiza cómo los sentimientos son una construcción social y utiliza la mirada bourdiana para entenderla; la autora menciona que es claro que el ser humano es capaz de sentir y percibir, pero que esta capacidad, a pesar de ser innata, es resultado de la introyección de normas y aprendizajes. En este sentido, si los sentimientos fuesen innatos se esperaría que en todas las culturas y sociedades las personas se vieran afectadas de igual manera ante un hecho determinado. Podemos observar, entonces, cómo en particular la muerte (por ser el evento de interés en este estudio) es asumida y vivida de distintas formas en las diversas sociedades.

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

La presencia del pasado en esta suerte de falsa anticipación del porvenir que el habitus opera nunca se puede apreciar tan bien, paradójicamente, como cuando el sentido del porvenir probable resulta desmentido, y cuando las disposiciones que no se ajustan a las probabilidades objetivas en razón de un efecto de histéresis reciben sanciones negativas, debido a que el entorno al que se enfrentan está demasiado alejado de aquel al que se ajustan objetivamente. (Bourdieu, 2007, p. 101)

En el caso de las muertes fetales, el porvenir se planteaba con la llegada de un hijo o hija viva, por lo tanto, ante la pérdida ese porvenir se modifica y las sanciones negativas se aprecian en el trato que reciben de los demás y en la sensación de fracaso en la mujer. Bourdieu sostiene también que el habitus es continuo y se encuentra en un flujo constante, este habitus modificado y modificable luego retroalimentará a la estructuración del campo en un continuo proceso de cambio. Ante situaciones con relativa estabilidad social y personal, el cambio se produce gradualmente. En otras circunstancias, particularmente en casos de crisis (crisis ante una muerte fetal), el habitus debe responder a abruptos cambios de campo, evolucionando en respuesta a estos nuevos escenarios pero de formas impredecibles, dejando temporalmente en un punto indeterminado el posicionamiento del agente en el campo. La histéresis del habitus es un término técnico que ayuda a resaltar esta interrupción (Bourdieu, 2007; Hardy, 2012).

### *1.1. Campo y habitus desde la salud reproductiva*

En relación con el tema de la salud reproductiva, Roberto Castro y Joaquina Erviti han estudiado la atención médica que reciben las mujeres utilizando esta teoría. Varias de sus investigaciones se han dirigido a conocer el campo y habitus médico (Castro, 2014a, 2014b; Castro y Erviti, 2015). El autor y la autora mencionan que el campo médico está constituido por instituciones políticas que lo regulan, instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios a la población y que forman a nuevo personal de salud mediante los agentes que las operan (médicos, personal de enfermería, estudiantes), centros de investigación, medicinas subalternas como la homeopatía y la medicina tradicional, las farmacéuticas y aseguradoras, y las y los usuarios de dichos

---

<sup>3</sup> En el caso el habitus materno encontramos como manifestaciones o representaciones las prácticas realizadas durante el embarazo, parto y posparto que influyen o se relacionan con el hijo o la hija, así como los sentimientos manifestados durante todo este periodo y que, de igual manera, coadyuvan a mantener un vínculo con él o ella.

servicios, “actores con menos poder para influir en la estructura del campo, pero no por ello exentos para actuar estratégicamente en función de sus propios intereses” (Castro y Erviti, 2015, p. 45).

El *habitus* médico es definido por Castro y Erviti (2015) como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de incorporar las estructuras objetivas del campo médico. Estas predisposiciones surgen o se van creando desde la formación de los profesionales (universidades y hospitales de enseñanza) y a través de su práctica. Castro menciona que la “coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente, que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (2014a, pp. 173-174).

Desde esta misma perspectiva teórica, Castro Vásquez ha profundizado en estudios sobre salud reproductiva y la calidad de la atención en los servicios de salud, y sustenta cómo los médicos explican y justifican las fallas en la calidad asegurando que dependen del acceso a recursos como infraestructura, insumos, recursos humanos, dejando fuera lo relacionado con la calidez en el trato y el respeto a los derechos de las mujeres (Castro Vásquez, 2008b).

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

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

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

Castro Vásquez y Aranda llevan a cabo un análisis en el que operacionalizan el concepto de *habitus* en dos grandes dimensiones: como estructuras estructuradas (encarnadas) y estructuras estructurantes (modificables a través de la agencia). En tanto estructura estructurada, el *habitus* se puede encontrar encarnado en forma de disposiciones permanentes, manifestado en expresiones que explican cómo las “cosas” no pueden ser de otra manera. En el *habitus* como pacientes, estas estructuras estructuradas influyen en las interacciones con el personal de salud, que les permite aprender a jugar en el campo.<sup>4</sup> En la segunda gran dimensión (estructuras estructurantes), identificaron cómo el *habitus* es potencialmente transformativo, es

---

<sup>4</sup> Como estructura estructurada, el *habitus* de las usuarias se puede ver manifestado en el campo médico a través del aceptar, sin cuestionamiento, reglas y normas explícitas o no; ejemplo de ello es el asumir que el conocimiento médico es incuestionable y hegemónico.

decir, cómo la capacidad de agencia de los actores se manifiesta influyendo en la estructura estructurada. Un ejemplo sobre esto se observa en la toma de decisiones de las mujeres cuando acuden al servicio médico. Las autoras refieren que ambas dimensiones son difíciles de separar, ya que están intrincadas, pero expresan la habilidad del habitus para funcionar en el campo. De esta manera, el habitus se manifiesta visiblemente en las prácticas, los sentimientos, emociones y significados generados a través de las relaciones sociales que ocurren en la atención médica (Castro Vásquez y Aranda, 2020).

El campo y habitus médico descrito resulta primordial para comprender con mayor amplitud lo expresado por las mujeres entrevistadas. Este habitus internalizado se ejerce y se evidencia en diversas prácticas que documento en la presente publicación.

## 2. Maternidad y maternaje

La maternidad está ligada a creencias y significados relacionados con imaginarios sociales que se apoyan en ideas en torno a la mujer, la procreación y la crianza. Como fenómeno sociocultural complejo, la maternidad trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, ya que posee componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre. La maternidad se vive dentro del espacio social, es por ello que repercute en la experiencia individual de las mujeres y ha sido, por largo tiempo, probablemente la investidura más poderosa para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, incluso de aquellas que no tienen hijos (Molina, 2006).

Históricamente, la maternidad como concepto ha sufrido cambios. Simone de Beauvoir escribió en 1949 su libro *El segundo sexo*, el cual puede considerarse un parteaguas en los debates sobre la maternidad, pues la autora la denuncia como una manera de devaluar a la mujer, considerándola una atadura, negando el instinto maternal y situando las conductas maternas como parte de la cultura (Beauvoir, 1981).

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

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

La maternidad es un fenómeno en el que se entrelaza el plano subjetivo y la dimensión estructural con la finalidad de la reproducción social (Palomar, 2005). Si bien la reproducción humana requiere de ambos sexos, la reproducción social se asume mayoritariamente como responsabilidad de las mujeres, por lo tanto, la maternidad se torna en una experiencia subjetiva determinante en la vida de ellas. La maternidad crea una serie de mandatos sociales, normas que se encarnan en los sujetos y se asumen en las instituciones como las partes del *deber ser*, dichos mandatos se materializan en representaciones y discursos, produciendo un ideal materno. Desde la teoría de Bourdieu, estos mandatos sociales se interiorizan y se encarnan, y forman parte de las estructuras estructuradas de los habitus. Los estudios feministas han cuestionado dichos mandatos sociales

que recaen sobre las mujeres, revelando perspectivas distintas, entre ellas la desarticulación del modelo de la buena madre y la reconstrucción de la maternidad como fuente de placer y de poder femenino (Saletti, 2008, 2014; Vivas, 2019).

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

La interacción de los elementos apunta a que la maternidad no es única y singular, debido a que confluyen identidades y entornos socioculturales distintos, por lo que se expresa de diversas formas. Cada maternidad es una experiencia individual, pero a la vez colectiva, sujeta a las subjetividades de cada persona, enmarcada por una época y contexto histórico, social y cultural. Gil-Bello (2018) resalta que es necesario visibilizar la pluralidad de las distintas caras que adopta para comprender las diferentes vivencias. Palomar (2004) abunda en este sentido al sostener que, si queremos entender la maternidad, debemos examinarla desde distintos ángulos que permitan ver y asimilar estas diferencias.

Atendiendo a que la maternidad responde a una época histórica y a un contexto social y cultural, es necesario explicar cuál es el tipo que impera en la cultura mexicana, que estrictamente tiene distintas formas. En un estudio de 1998 Salazar desarrolló una investigación con madres sonorenses para comprender el significado de la maternidad en obreras de la industria maquiladora. La autora define a la maternidad como “un constructo social que se construye a partir de redes de relaciones personales, que se insertan en un mundo particular, con una cultura específica” (Salazar, 1998, p. 9). Para las mujeres entrevistadas, la maternidad constituía un factor de realización tanto para ellas como para su pareja y su familia. El ser madre se manifestaba como un privilegio, un orgullo y un logro, el tener hijos llegaba a ser un motor e impulsor de proyectos de vida, e incluso dijeron que tener hijos era necesario en una relación de pareja. El estudio de Salazar permite señalar cómo para las mujeres sonorenses de finales de siglo XX la maternidad no se cuestionaba, sino que representaba un aspecto básico en sus vidas.

Derivado de la maternidad surge el concepto de *maternaje*, el cual se refiere a la conducta materna que se aprende y es influida por la cultura, dejando de lado aspectos biológicos; por lo tanto, el maternaje tiene que ver con la dimensión sociocultural. Al igual que la maternidad, el maternaje está mediado por el contexto histórico y cultural, la historia de la madre, su personalidad y entorno familiar y social (Oberman, 2005). Debido a las capacidades biológicas de reproducción y de lactancia femenina, la maternidad se ha visto como su responsabilidad. Al referirnos al maternaje aludimos al significado psicológico e ideológico que contiene, lo cual define fuertemente la vida de las mujeres. El maternaje organiza y reproduce las características que diferencian los géneros y que generan desigualdad (Chodorow, 1978). Adrienne Rich (1986) afirma que el maternaje, entendido como experiencia, es potencialmente empoderador, al referirse a la relación de la mujer con su capacidad reproductiva y sus hijos e hijas. Sin embargo, distingue que, en contraste, la maternidad –entendida como institución dentro de una sociedad patriarcal– puede ser opresiva. El maternaje para Rich es una construcción social que se caracteriza por ser contextual y cambiante, como una práctica o una agencia, permite visualizar las prácticas maternas como eventualmente transformadoras y subversivas, con la capacidad de romper las creencias y discursos dominantes sobre la maternidad (Sancho, 2016).

El maternaje, al remitir al vínculo emocional que se establece entre la madre y los hijos e hijas, nos habla de la dimensión afectiva (Salazar, 1998), misma que se evidencia en percepciones, conductas y expresiones. Con apego al marco teórico, el maternaje es una expresión del habitus materno.

Los conceptos en los que baso la presente investigación parten de los elementos antes planteados, resaltando el concepto de habitus y maternidad, y la conjunción de ambos. Para este estudio, el habitus materno es entendido como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y que, en cierta manera, dirigen las percepciones, prácticas y expresiones durante el embarazo, parto y posparto. Otro concepto de interés en este estudio se relaciona con el maternaje como una exteriorización del habitus materno. Atendiendo al objetivo principal de esta investigación, particularmente el capítulo 7 describe cómo tras una muerte fetal se manifiesta el habitus materno y el maternaje en las mujeres que atravesaron por esa experiencia.

## LA BÚSQUEDA Y RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

En este capítulo se plantea, en primer lugar, el rompimiento epistemológico que implicó aprehender a tener una mirada crítica sobre cómo se construye la ciencia en disciplinas tan distintas como la enfermería –en la que he desarrollado mi trabajo– y las disciplinas de ciencias sociales, en particular desde los cuestionamientos formulados por algunas corrientes sociológicas y antropológicas acerca de lo que se puede conocer y, sobre todo, la importancia de la observación y el conocimiento que nace de relaciones entre quien investiga y quien es investigado; ambas personas, seres humanos con preconcepciones de las que los científicos pretendemos desprendernos o al menos avizorarlas para evitar en lo posible los sesgos que producen en la selección de indicadores o de lo que construimos como datos para analizar.

Como mirada teórica, Bourdieu me pareció sugerente al recalcar la importancia de la reflexividad desde un punto de vista con varias aristas, principalmente la que ayuda a deconstruir con esa reflexión hacia lo que conocemos por nuestra formación disciplinar como grupo, aquello que podemos enfatizar y que también deja temas sin desarrollar.

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

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

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

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

El primer ejercicio de reflexión es manifestar que al llevar a cabo esta indagación hubo aspectos que me acercaban a mis informantes, pues comparto con ellas la condición de ser mujer del mismo rango de edad y el haber vivido la experiencia de afrontar una muerte fetal, pero también otros que me alejaban, en el sentido de que desde hace años, por ejercer la profesión de enfermería, cuento con conocimientos de la práctica hospitalaria y además me desempeño como docente en espacios universitarios en donde se forma a otros profesionistas de enfermería. Desde esa postura reconozco que dicha profesión no ofrece una formación que permita a egresados y egresadas reaccionar oportunamente ante una muerte fetal, y más bien se niega o hay silencios constantes que hacen inesperada esta posibilidad en una sala de parto.

El segundo ejercicio me cuestiona como mujer y como madre, al haber sido parte de un proceso de socialización que enaltece la vida en familia y el papel de la mujer, en el que ser madre es uno de los objetivos asociados al género y en el que reconocí mi historia personal, por lo que tuve que cuidar la conexión que pudiera surgir al momento de elaborar los instrumentos de investigación y análisis, o al escuchar y leer las entrevistas.

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

Finalmente, y aun cuando para Bourdieu la parte individual no es en sí misma un tema de reflexividad completa, en este caso la ruptura de mirada que hizo posible construir el tema de estudio se refiere principalmente a la experiencia que tuve en el hospital al momento en que sufrí la muerte de mi hija en el último mes del embarazo. Esta vivencia cimbró las estructuras y explicaciones que no me permitían entender por qué no existen condiciones que reconozcan las necesidades de una persona ante la interrupción de la normalidad hospitalaria, al no concretarse el parto esperado y al sacudir con ello las bases que sostienen la valoración de la maternidad durante el embarazo.

El momento disruptivo de la muerte fetal me llevó a buscar en las ciencias sociales explicaciones sobre las relaciones sociales, que si bien no son las únicas que se dan en esta condición, ahora las puedo reconocer y nombrar como violencia obstétrica y que desde la normalización de las prácticas hospitalarias quedan invisibles a los ojos de la profesión. Lo anterior implica que al hacer visible este proceso sea posible empezar a transformar esta relación entre los profesionales de la salud y las mujeres que se atienden en los hospitales.

Hablar de temas cercanos a la muerte, o lo que significa la muerte fetal para el habitus materno, puede ser coherente; sin embargo, un reto mayor ha sido construir el andamiaje metodológico que permita analizar el impacto de esta situación y de las relaciones que se establecen en el momento de la atención misma. Una primera decisión fue optar por métodos cualitativos que permitieran documentar a través del análisis de lenguajes, nociones, sentimientos, expresiones y el sentido que tienen estos aspectos en la relación de las madres mismas con sus familiares o personas cercanas y quienes les atendieron en el hospital.

La forma de acercarme a ellas tenía que generar confianza para hablar de temas que por lo general causan dolor, o son recuerdos difíciles de asimilar, es por ello que opté por la entrevista en profundidad.

Como lo señalé previamente, la pregunta rectora del estudio fue: ¿cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora? Para responderla, diseñé un protocolo de investigación en el que se operacionalizaron los conceptos

principales, cuidando que se contuvieran los elementos indispensables para, con la información recolectada, culminar la tarea propuesta.

## 1. Tipo de estudio y operacionalización de los conceptos

Como punto de partida, reconozco que la realidad es construida socioculturalmente y que existe una interdependencia entre la investigadora o investigador y el sujeto o grupo social investigado (Denmann y Haro, 2000). La experiencia de las mujeres que han sufrido muerte fetal constituye un problema complejo, difícilmente un solo enfoque bastaría para poder develar tal complejidad; no obstante, y partiendo del objetivo de conocer cómo se manifiesta el habitus materno ante la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora, me incliné por un estudio cualitativo. El tipo de estudio en temporalidad implicó identificar algunos elementos del habitus materno que pudieran analizarse a través de la narrativa de sus caminos de atención, la descripción de las relaciones con el personal de salud y con las opciones que ofrecían en las instituciones médicas, así como los apoyos o relaciones que encontraron en sus grupos familiares o de amistad.

Un primer dilema fue asumir que no se observarían estas relaciones, sino que se reconstruirían a partir de lo que las mujeres recordaran de sus relaciones con el personal de salud y con sus familias en el momento de la atención y la etapa posterior, y las consecuencias que eso pudiera tener sobre el habitus materno.

Un desafío mayor fue tratar de describir ese habitus materno a través de temas específicos relacionados con lo que se considera ser madre, las expectativas, las prácticas, las valoraciones y los vínculos en los momentos de la atención y posteriores.

Mientras me acercaba a las primeras mujeres para entrevistarlas llegó la pandemia por COVID-19 y me obligó a plantear cambios en la forma de aplicar las entrevistas. En un segundo momento tuvieron que llevarse a cabo en una plataforma virtual; es importante reconocer que hay un cambio en la comunicación, me referiré a ello más adelante.

El alcance de la presente investigación –debido a su orientación cualitativa– conduce a comprender las experiencias de mujeres que sufrieron la muerte de su hijo o hija durante la etapa gestacional. Por ello, los resultados se acotan a espacios y momentos determinados de hospitales públicos ubicados en Hermosillo, Sonora. Lo anterior implica que los resultados no se pueden generalizar, sin embargo, en su mayoría reflejan la realidad que viven otras mujeres ante la muerte fetal.

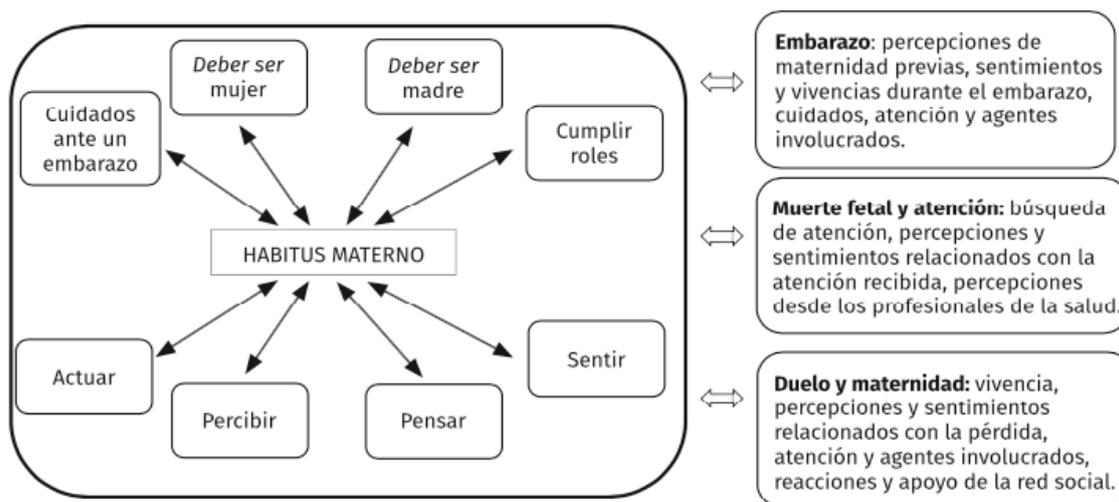
Una vez problematizado el tema y seleccionado el tipo de investigación, procedí a operacionalizar los conceptos de manera que se tradujeran en preguntas para la guía de entrevista, como el de habitus materno, maternidad, maternaje y muerte fetal. En dicha guía se incluyeron preguntas sobre datos sociodemográficos de interés.

La [Figura 4](#) ilustra cómo los conceptos “habitus” y “maternidad” ante una muerte fetal fueron concebidos y adaptados a la guía de entrevista para las madres. En ella traté de llevar un orden cronológico de la manera en la que suceden y vivencian las muertes fetales, partiendo desde el embarazo y culminando en la etapa posterior al parto, donde se vive el duelo y se manifiesta, de forma distinta, el habitus materno.

Operacionalizar conceptos complejos como lo es el habitus supuso un reto, para ello, derivado de la revisión de la literatura empecé con la construcción de la guía de entrevista. Inicialmente realizaba un cuestionamiento sobre las vivencias, sentimientos, expresiones y prácticas durante el embarazo, la atención y la experiencia de la etapa posterior; conforme fui avanzando con las entrevistas, la guía se fue enriqueciendo constantemente, si bien la crisis o la histéresis del habitus se cuestionaba al indagar sobre

sentimientos, cambios en la persona, familia, entorno, percepciones sobre la vida y su maternidad. Algo no planteado fue el cuestionamiento sobre el maternaje que se manifiesta luego de la muerte, ese hallazgo lo incluí durante las entrevistas.

Figura 4. Operacionalización de los conceptos



Fuente: Elaboración propia.

## 2. Población, tiempo y lugar del estudio

Las muertes fetales afectan o impactan en varios agentes sociales, pero opté por tomar como informantes principales a las madres, siendo ellas las que con su experiencia y vivencia brindaron información que me permitió reconstruir lo planteado.

Como lo mencioné en el capítulo 1, las muertes fetales tienen diversas formas de clasificarse y de ello depende el tipo de atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud. Con la finalidad de explorar y visibilizar el trato ante muertes fetales avanzadas decidí incluir a mujeres que la afrontaron después de la semana 22 de gestación. Busqué a quienes quisieran participar y que hubieran sido atendidas en alguna de las dos principales instituciones públicas del municipio de Hermosillo, Sonora: el Hospital Integral de la Mujer (HIMES) y las áreas de ginecología de los hospitales pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La selección de estos lugares se basó en que son los nosocomios que reciben a gran parte de la población y que, según los registros del INEGI, atienden al mayor número de mujeres con muerte fetal.

Si bien no como criterios de inclusión, consideré importantes para el análisis variables como ocupación, edad, tiempo transcurrido tras la MF, presencia de hijos previos o posteriores a la MF y la presencia de pareja o apoyo por parte del entorno social cercano.

Seleccioné a las informantes mediante la técnica bola de nieve, pues permite que el tamaño de la muestra vaya creciendo a medida que los individuos elegidos contactan a la investigadora o investigador con nuevos informantes. Con algunas de las mujeres establecí contacto a través de un grupo de ayuda mutua y efectué las entrevistas durante los años 2019 y 2020.

### **3. Técnicas de investigación.**

#### **Entrevistas en profundidad y la e-investigación**

En la presente investigación utilicé, principalmente, la técnica de la entrevista en profundidad a las mujeres, ya que facilita obtener información durante una conversación con una o varias personas, con la finalidad de desarrollar un estudio analítico de investigación. Esto implica en todo momento un proceso de comunicación en donde entrevistadora y entrevistada se pueden influir mutuamente de forma consciente e inconsciente. Durante el referido proceso se va creando una relación: la entrevistadora o entrevistador crea una situación, un tanto artificial, donde busca lo que es importante y significativo en la mente de la persona entrevistada y permite explorar sus significados, perspectivas e interpretaciones (Ruiz, 1999).

##### *3.1. Las entrevistas en profundidad. Mujeres con muerte fetal*

La búsqueda de las mujeres para ser entrevistadas tomó varios caminos, uno de ellos fue una asociación civil que brinda apoyo a mujeres tras la muerte de hijos o hijas durante el embarazo o al inicio de la vida. A otras más las localicé a través de grupos en redes sociales. Cabe mencionar que contacté a un número mayor de mujeres y las invité a participar, pero por tratarse de un tema sensible expresaron no sentirse cómodas de hablar sobre lo ocurrido, especialmente de lo relacionado con la atención recibida en los hospitales. De entrada invité a 18, de las cuales ocho aceptaron dar su testimonio.

A las seleccionadas para el estudio les solicité su consentimiento, a aquellas que aceptaron las entrevisté en profundidad, conversaciones que fueron audiograbadas. Las entrevistas las sostuvimos en el lugar en el que ellas se sintieron más cómodas; cuatro fueron entrevistadas presencialmente, en un lugar público (dos) o en sus hogares (dos). Debido a la pandemia por COVID-19 y su consecuente restricción de movilidad y encuentros sociales, en el resto de las entrevistas utilicé plataformas virtuales (tres) y llamada telefónica (una). En promedio, tuve tres sesiones con cada una de ellas, con duración de una hora o una hora y media por sesión.

Para las entrevistas seguí una narrativa cronológica, a fin de dar sentido ordenado al testimonio, lo cual facilitó que la entrevista y la narrativa fluyeran con mayor facilidad. Iniciamos desde la gestación, explorando el significado de ese embarazo en su vida, así como los cambios y adaptaciones más significativos. El momento de la atención hospitalaria fue uno de los principales enfoques, indagué cómo fue la búsqueda de atención, el momento de conocer la noticia, la comunicación entre el personal y la satisfacción con la atención recibida. Por último, intenté que reconstruyeran el periodo posterior a la MF, cuestionando específicamente acerca de los cuidados recibidos, la presencia de apoyo y redes familiares/sociales y, sobre todo, el impacto percibido sobre su maternidad. En este último punto las interrogué sobre cómo se manifestó su sentir en relación con la maternidad al poco tiempo de la muerte y cómo fue evolucionando, lo que permitió conocer cómo se expresa el habitus materno tras una muerte fetal.

Algunas características de las mujeres que participaron en las entrevistas se presentan en la [Tabla 1](#). El rango de edad fue de 25 a 38 años al momento de la entrevista y la escolaridad fluctuó entre preparatoria trunca y carrera terminada. En cuanto a la ocupación en el momento de la MF, tres de ellas mencionaron trabajar exclusivamente en el hogar, tres más afirmaron que, además del hogar, desempeñaban un trabajo complementario mas no formal (fotógrafa, vendedora de diversos artículos y diseñadora), una se encontraba estudiando y, por último, una era empleada. Respecto de hijos posteriores o previos a la muerte fetal se encontró que tres no han tenido hijos posteriores o previos y el resto sí. Cabe mencionar que las mujeres que refirieron no tener hijos (previos o posteriores) al momento de la entrevista mencionaron que se encontraban en búsqueda de un embarazo. En cuanto al hospital de atención, cuatro de ellas se atendieron en el IMSS y

cuatro en el HIMES. Las semanas de gestación al momento de la muerte oscilaron entre las 22 y las 39, y los años que habían transcurrido desde el evento fueron de dos a seis.

Tabla 1. Caracterización de las participantes en el estudio

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

\* SDG: Semanas de gestación.

\*\* GAM: Asistencia a Grupo de Ayuda Mutua.

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

Fuente: Elaboración propia.

### 3.2. La e-investigación. - Entrevistas a distancia

Ante la pandemia por COVID-19, el trabajo de campo iniciado durante 2020 se pausó de manera forzosa. De inicio, y ante la incertidumbre sobre la duración y gravedad de la contingencia, decidí trabajar con el material recolectado hasta el momento. Al pasar los meses, analicé opciones para reactivar el trabajo de campo de forma segura tanto para las informantes como para mí. Ante la necesidad de buscar alternativas orientadas a continuar recolectando información, encontré en lo que se denomina e-investigación<sup>5</sup> herramientas que posibilitaron avanzar. Internet, las redes sociales y plataformas virtuales brindan espacios en los que, con cuidados técnicos, éticos y epistemológicos, se logra adaptar la indagación a espacios virtuales (Hernán-García, Lineros-González y Ruiz-Azarola, 2020).

Una vez trazado el plan de trabajo para retomar la recolección de información, acordé con las mujeres contactarlas por teléfono o mensajes. Busqué a nuevas participantes a través de grupos (en la red sociodigital WhatsApp) que de origen reunieran principalmente a mujeres al tratar temáticas como lactancia-crianza y/o grupos escolares. Las opciones para sostener la entrevista fueron dos: de manera presencial con las medidas sanitarias necesarias (cubrebocas, careta, gel alcoholado, sana distancia) o vía virtual a través de alguna plataforma. Ambas opciones las expuse a las participantes, quienes valoraron con cuál medio se sentían más cómodas; todas eligieron la opción virtual.

<sup>5</sup> El término e-investigación se utiliza al referirse a la influencia y al uso de tecnologías de la información en la metodología de investigación.

Escogí la plataforma Zoom. De las cuatro mujeres, solo una conocía esta herramienta y a dos más las asesoré sobre su funcionamiento (descarga, instalación y manera de ingresar). Únicamente una comentó no tener acceso ni capacidad en su teléfono para la aplicación, por lo que en su caso la entrevista fue a través de llamadas telefónicas que se grabaron con la autorización correspondiente.

Realizar entrevistas a distancia suponía ciertas dudas, principalmente sobre si esta opción era la más adecuada ante un tema sensible como es la muerte fetal; sin embargo, al iniciar las conversaciones fue claro cómo los testimonios fluían. La duración era incluso más prolongada que las entrevistas realizadas presencialmente (en comparación con las cuatro entrevistas a profundidad a mujeres antes del resguardo por pandemia). Probablemente el estar frente a una pantalla, en un espacio personal, brindó confort y seguridad para compartir su experiencia.

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

#### **4. Análisis de la información**

La fuente primaria de datos fueron las entrevistas a las madres. Estas se llevaron a cabo en tres momentos, lo cual permitió que se transitara del dato a los conceptos y se realizaran modificaciones que enriquecieron los instrumentos. Tras cada entrevista las revisaba, con lo que identifiqué temáticas que emergían o bien que quedaban poco exploradas, este ir y venir del dato a la teoría hizo posible que, por dar un ejemplo, el eje de análisis de maternidad se planteara como un eje transversal, debido a la importancia e influencia que entraña este concepto cuando las mujeres pierden un hijo o hija durante la gestación.

Analicé la información sin contar con categorías previamente establecidas, pero bajo un marco teórico que buscaba identificar el contenido correspondiente al habitus materno que se pretendía explorar. En este sentido, fui creando los códigos o nodos conforme avanzaba en el análisis. Con base en la tipología establecida busqué a mujeres que cumplieran con ciertas características; la localización de las informantes y, posteriormente, la obtención de la información me ayudó a delimitar el número de las participantes; cuidé también que los conceptos tuvieran suficiente dato empírico para el análisis.

La información se transcribió, proceso que se llevó a cabo de manera simultánea al contacto con otras informantes. El análisis interpretativo –utilizado para comprender los significados asociados a alguna experiencia, en este caso la muerte fetal– fue la estrategia para examinar las narrativas recopiladas. Como herramienta de apoyo usé el software NVivo 12.

Por otra parte, la revisión y consulta de la bibliografía fue una tarea permanente durante todo el proceso de investigación, la fuente consistió en libros, capítulos de libros, artículos, normativas, guías de práctica clínica, leyes, entre otros. El acceso a los artículos científicos se hizo mediante diversas bases de datos como EBSCO, PubMed, Elsevier, SciELO, Latindex, CINAHL, Scopus, Springer, Dialnet, entre otras. Para lo anterior conté con el apoyo de las bibliotecas digitales de El Colegio de Sonora y la Universidad de Sonora. La gestión de la información en relación con el uso de referencias la hice a través del gestor bibliográfico Mendeley (acceso obtenido por la Universidad de Sonora).

#### **5. Limitaciones del estudio**

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas para su lectura e interpretación. Parte de esas limitaciones surgen por abordar un tema delicado y tabú como la muerte de una hija o hijo durante

la gestación. Debido a ello, fue una tarea compleja el encontrar mujeres que estuvieran dispuestas a brindar su testimonio.

En primer lugar, debemos considerar la influencia del grupo de apoyo; como mencioné previamente, el contacto con algunas de las madres lo logré a través de un grupo de ayuda mutua llamado “Padres del Cielo”, cuatro de las ocho mujeres han recibido asistencia en esta asociación. El pertenecer a un grupo (aun cuando el ingreso sea voluntario) supone una situación en la cual la mujer está buscando ayuda ante su duelo, podemos considerar que quienes acuden a estos grupos tienen una predisposición para hablar de lo sucedido. Procuré que las mujeres fueran entrevistadas al momento del ingreso o cuando habían acudido a pocas sesiones, con la finalidad de limitar el sesgo que pudiese implicar el asistir: dos de ellas fueron a una o dos sesiones antes de la entrevista, mientras que otra acudió recién había ocurrido la MF y dejó de ir meses después; por último, una de las participantes se ha mantenido activa desde hace tiempo dentro de la asociación. Las otras cuatro mujeres no habían tenido contacto con este tipo de apoyo.

Durante las entrevistas, el *rapport* generado entre esta entrevistadora y las madres contactadas a través del grupo de ayuda mutua se dio con mayor rapidez y naturalidad. Sin embargo, con las que no asistían a estos grupos también alcancé los objetivos.

Una segunda limitación a considerar está relacionada con el sesgo de memoria. Inicialmente establecí que no hubieran transcurrido más de dos años en la vida de las mujeres a partir de la muerte; no obstante, ante la dificultad antes expresada de encontrar quienes colaboraran, modifiqué este criterio. Los años transcurridos desde de la muerte fetal oscilaron entre dos y seis, otras mujeres (quienes decidieron no participar) contaban con un lapso menor y, en parte, esa fue una de las causas que influyó en su negativa. El que hubiera pasado un intervalo de seis años tras el evento suponía dudas en relación con el sesgo de memoria, el cual es considerado como un sesgo que surge en estudios de carácter retrospectivo en los que se investigan antecedentes de alguna circunstancia acaecida en etapas previas de la vida, donde existe una posibilidad de olvido de ciertos datos o características del evento de interés, sobre todo en mediciones exactas (por ejemplo, recordar algún dato específico) (Hernández-Avila, Garrido y Salazar-Martínez, 2000; Manterola y Otzen, 2015). En esta investigación debemos tomar en cuenta que si bien el sesgo de memoria puede estar presente, las respuestas recabadas datan de sentimientos y percepciones vividas al momento de la atención, no de datos específicos. Pero el tiempo transcurrido entre la MF y la entrevista es considerado como una limitante del estudio.

## **6. Ética de la investigación y relación investigadora-informantes**

La presente investigación fue sometida, analizada y aprobada por el Comité de Bioética del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. Con la finalidad de salvaguardar el anonimato y confidencialidad de las participantes, a todas se les dio a firmar un consentimiento informado. En dicho documento se aclaraba que en todo momento se mantendría su privacidad, expresaba también los objetivos, una breve descripción de la investigación y el derecho a retirarse en cualquier etapa del estudio. Para garantizar la privacidad, las entrevistas se realizaron únicamente conmigo y la informante. La información obtenida se manejó, desde un inicio, bajo pseudónimos con la finalidad de cuidar la identidad. De manera adicional, se incluyó la información de contactos a los cuales dirigirse en caso de dudas.

Debido a la naturaleza delicada del tema y considerando que pudiese causar estrés o malestar emocional brindar su testimonio, implementé un protocolo para actuar ante posibles crisis, para lo cual tomé varias capacitaciones relacionadas al acompañamiento que se debe dar a una mujer ante la muerte de un hijo o hija durante la gestación; dichas capacitaciones las impartió personal especializado en el tema, originario de Estados Unidos, Argentina y España. El protocolo contempló lo siguiente:

- Tras las entrevistas, a todas las mujeres les proporcioné información sobre grupos de ayuda y profesionales especialistas en la temática, por si deseaban o necesitaban acudir.
- Aunque no se presentó ninguna crisis, estaba capacitada para otorgar primeros auxilios psicológicos.
- Di seguimiento a las mujeres mediante mensajes telefónicos, en los que pregunté sobre su estado de salud emocional. Dos expresaron necesitar atención y fueron canalizadas con un psicólogo y un psiquiatra. El financiamiento de este tipo de apoyo se cubrió por medio de la asociación civil “Padres del Cielo”.

En apego a la ética es necesario declarar sobre mi posición frente al objeto de estudio, para ello retomo las palabras de Cassidy:

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

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

Por lo tanto, por mi experiencia de vida, me asumo con una conexión personal con el tema de estudio; debido a ello, durante todo el trabajo de investigación se mantuvo una vigilancia epistemológica estricta que hizo posible obtener un trabajo con la posibilidad de impactar a futuro en la mejora de la atención a las mujeres que sufren una muerte fetal.

## EL CONTEXTO Y LAS PARTICIPANTES

Este capítulo tiene como objetivo describir, a grandes rasgos, el contexto en el cual se ofrece la atención cuando una embarazada sufre muerte fetal; un segundo apartado describe brevemente la historia de las mujeres entrevistadas, a manera de marco introductorio que ayude a comprender lo que se expresa en los siguientes capítulos.

### 1. Diversos escenarios relacionados con la muerte fetal

La vivencia de una muerte fetal ocurre en varios escenarios, el campo médico es uno de ellos y es donde se brinda la atención cuando sucede; sin embargo, otros contextos influyen en la vivencia. Previa al suceso y durante la vida de las mujeres, sobre todo en el embarazo, la construcción social del *deber ser* de la madre se encuentra presente. En este sentido y con la finalidad de delimitar el estudio, partimos del embarazo, el cual transcurre dentro de núcleos familiares, cargado con mandatos y normas provenientes de distintas fuentes y actores. Particularmente el personal de salud juega un papel importante en esta etapa, ya que desde el campo médico se dicta una serie de instrucciones que la mujer debe cumplir, con la finalidad de proteger a la hija o hijo. El entorno cercano, la pareja, la familia, los amigos, los medios de comunicación, entre otros, también influyen al esperar ciertos cuidados y prácticas. Hasta este punto, la mujer y su entorno se preparan e idealizan la llegada del nuevo miembro. Cuando acontece una muerte fetal, la atención se otorga en las instituciones de salud y ahí es donde entran en juego los agentes del campo médico. Luego de egresar del hospital, las mujeres (por ser un estudio enfocado en ellas, no negando que otras personas cercanas también se duelen por la pérdida) viven sus posparto y duelo en los mismos espacios donde vivieron sus embarazos, por lo general, en su hogar.

Aun cuando diversos contextos enmarcan la muerte fetal, a continuación se presentan generalidades de las instituciones en las que las entrevistadas fueron atendidas.

#### 1.1. *Las instituciones de salud*

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

A nivel nacional y estatal, el IMSS es el sistema que abarca al mayor número de trabajadores o trabajadoras y sus familias. El acceso se obtiene a través de la condición laboral de la persona o de algún miembro de la familia. En este estudio, la mayoría de las mujeres refirieron tener cobertura mediante el trabajo de sus parejas.

Las personas que no tienen acceso a estos servicios, dada su condición laboral, por lo general son usuarias de los servicios que otorga la Secretaría de Salud. En el caso de la salud reproductiva en Hermosillo,

nos referimos al Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES). Las mujeres que fueron atendidas ahí afirmaron haber contado con el Seguro Popular.<sup>6</sup>

Ambas instituciones funcionan como hospitales-escuela, es decir, que entre el personal que brinda atención se encuentran profesionales de la salud en formación de las diversas áreas, estudiantes de enfermería e internos y residentes de ginecoobstetricia.

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

Tabla 2. Lugar de atención de las muertes fetales en Sonora, México

Institución de atención	2016	2017	2018	2019	2020
Secretaría de Salud	306	245	231	219	182
IMSS	226	268	228	236	217
ISSSTE	8	10	8	5	1
SEDENA /SEMAR	2	2	0	1	0
Privado	48	57	50	46	51
Otras instituciones	18	15	14	13	9
Hogar	20	25	13	27	20
Otro / No especificados	3	4	5	5	8
Total	631	626	549	552	488

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (s. f.).

En la [Tabla 2](#) se muestra el lugar donde las mujeres fueron atendidas por una muerte fetal en los últimos años. El total presentado no es exclusivo de muertes fetales intermedias y tardías, abarca el total de la mortalidad fetal registrada ante el INEGI. Como puede observarse, la mayoría de las MF son atendidas en las dos instituciones más grandes del estado, es decir, las pertenecientes a la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

### 1.2. Modelo de atención tradicional a las muertes fetales

El nacimiento de un hijo o hija con o sin vida es atendido en la gran mayoría de los casos –en México se estima arriba del 95%– dentro de las instituciones de salud. Para una mejor comprensión de en qué consiste la atención a las mujeres con muerte fetal es necesario describir, de manera general, cómo se atiende el nacimiento de una hija o hijo con vida en dichas instituciones públicas. En nuestro país, durante el embarazo

<sup>6</sup> Programa público que buscaba brindar protección a la población que carecía de seguridad social, garantizando el acceso a los servicios de salud.

se instruye a las mujeres a que identifiquen el inicio de un trabajo de parto, o bien, que identifiquen señales que alarmen sobre su estado de salud. Una vez que ellas inician con sintomatología propia del parto, deben acudir a los hospitales, donde serán valoradas para conocer la condición de salud general tanto de la madre como del nonato; en cuanto se confirma que ambos se encuentran bien y que el trabajo de parto inició, las mujeres son admitidas y pasan a las salas de labor; estas áreas se comparten con otras mujeres que se hallan en la misma situación, la privacidad se resume a cortinas que dividen la ubicación de las camillas. Es en estas salas donde las gestantes transcurren su trabajo de parto, vigiladas o monitorizadas por el personal de salud. En las instituciones públicas de Sonora, hasta el momento en el que escribo estas líneas, todavía no es permitido que las mujeres estén acompañadas en esta etapa. Cuando se alcanza la dilatación completa del cérvix, es decir, cuando el nacimiento es inminente, se les conduce a las salas de expulsión, donde en una camilla ginecológica y, por lo general en posición horizontal, paren a sus hijos. Tras el nacimiento, el o la bebé es presentada a la madre y posteriormente separada de ella, ya que a la primera se le someterá a otra serie de cuidados (alumbramiento de la placenta, posible revisión de cavidades, episiorrafia, etcétera) y la hija o hijo será valorado. Una vez que la madre se estabiliza pasa al área de recuperación, donde se encuentra con el hijo o hija. Este espacio es también un área común. Transcurrida una hora o más (dependiendo del estado de ambos), son trasladados a las salas de hospitalización, salas comunes donde cohabitan varias mujeres, es ahí donde ya se permite el ingreso de algún familiar para el acompañamiento. La duración en estas áreas dependerá del tipo de parto, las condiciones de salud de la madre y, en general, de su evolución. En este periodo la madre recibe información de los profesionales sobre lactancia materna, planificación familiar, cuidados del recién nacido, etcétera. Madre, recién nacido o nacida y acompañante permanecen en estas salas hasta su egreso.

La descripción previa si bien es un panorama muy global, ayuda a comprender cómo se brinda la atención a las mujeres ante una muerte fetal, debido a que el manejo es similar a cuando nace un bebé con vida. En México, la *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) menciona que tras la identificación (por medio de ultrasonidos y otras pruebas) de la muerte se pueden seguir dos caminos: manejo expectante o intervencionista, es decir, permitir que el cuerpo de la mujer inicie espontáneamente con trabajo de parto, o inducir el parto con medicamento o recurriendo a la cesárea. La Guía establece que esta decisión la debe de tomar la mujer.

En lo que respecta a los aspectos emocionales, este documento dice que se debe brindar apoyo psicológico tanto a la madre como a la familia (Secretaría de Salud, 2010). Pero, como podremos identificar en los testimonios que a continuación se presentan, a las mujeres con muerte fetal atendidas en hospitales públicos de Hermosillo, Sonora, no se les dio la oportunidad de decidir sobre su atención y el modelo con el cual fueron atendidas responde al mismo que el que se aplica a nacimientos de bebés con vida, que si en estos casos recibe grandes críticas, ante una muerte fetal sus fallas se intensifican, pues es en situaciones de crisis y ruptura cuando algunas cuestiones que llegamos a normalizar se magnifican ante nuestros ojos.

## **2. Presentación y resumen de la atención de las mujeres participantes**

Todas las madres que entrevisté comparten la característica de ser de clase media baja y tener acceso a la atención en el HIMES o en el IMSS. De las ocho, solo una contaba con trabajo formal al momento de la MF, las demás tenían servicio médico por el empleo de su pareja. Enseguida expongo un breve resumen de su atención, lo que ayudará a dar una interpretación más contextualizada de los siguientes capítulos. Las presento de acuerdo con el hospital de atención.

## *2.1. Mujeres atendidas en el HIMES*

El HIMES se encuentra ubicado en la capital del estado de Sonora, Hermosillo. En él se recibe a la población que no cuenta con otros servicios a través de algún programa de salud. Además de atender a la población de la zona de afluencia, llegan pacientes canalizadas de otras unidades de la entidad que, por su condición, requieren de una atención especializada.

### **Angélica**

Angélica, de 28 años (22 al momento de la MF), se encontraba estudiando una licenciatura cuando se embarazó sin planearlo. Debido a ello su familia la obligó a contraer matrimonio con quien era su novio, se unieron mediante casamiento civil e iniciaron vida en conjunto. Durante el embarazo acudió a consultas ginecológicas y a realizarse diversos estudios. Cuando cursaba el quinto mes de gestación percibió un dolor intenso y “como que algo se me salía”. Hablaron a la Cruz Roja y fue trasladada al HIMES, donde tras revisarla le informaron que sus membranas estaban fuera del útero y que la bebé ya no tenía latidos. La ingresaron al hospital para su atención. Angélica refiere que durante su estancia en la sala de labor, espacio donde transcurrió su trabajo de parto, se sintió abandonada y poco atendida.

Su hija nació por parto en la camilla de la sala de labor, enseguida de otras mujeres que también se encontraban de parto, ella menciona que no se cuidó su privacidad. Ingresó a quirófano a revisión de cavidad, posteriormente la llevaron a recuperación y a hospitalización, donde se vio en la necesidad de compartir espacios con otras madres y sus bebés. Obtuvo el alta del hospital relativamente rápido, por lo que salió a las horas de haber tenido a su hija, cuyo cuerpo no pudieron recuperar, dado que su peso fue de apenas 480 gramos y le dijeron que lo mínimo para poder entregársela eran 500 gramos. Durante el posparto recibió apoyo de su familia, pero principalmente de su pareja. A los pocos días volvió a la escuela y el evento quedó aparentemente en el olvido, aunque ella se sentía sumamente triste y con profundo dolor. Angélica comenta que tardó años para poder trabajar su duelo, en ese momento lo dejó en pausa. A los meses volvió a embarazarse. Señala que se desvivió en cuidados y se enfocó en el nuevo embarazo y posteriormente en su hijo. Años después inició un proyecto de fotografía y duelo para poder visibilizar a su primera hija y ayudar a otras familias. Angélica se mantiene activa dentro de un grupo de ayuda mutua. Ella expresa que considera una obligación como madre hablar y hacer presente a su primera hija.

### **Brenda**

Brenda, a sus 22 años, buscaba un embarazo; ella y su pareja ya tenían una hija, pero deseaban otro bebé. Al saber del embarazo, tanto ellos como sus familias se mostraron contentos y entusiasmados. La gestación transcurría sin complicaciones, acudió a control prenatal tanto en el sector privado como en el público. Cerca del sexto mes empezó con sangrado, por lo que la ginecóloga particular le indicó reposo y medicamentos, el sangrado cesó y ella volvió a sus actividades cotidianas. Una semana después, el sangrado se reactivó y Brenda decidió quedarse en reposo varios días. Posteriormente presentó fiebre, su mamá le indicó la necesidad de acudir a revisión médica. Buscó atención con la ginecóloga particular, quien, sin explicaciones, la envió a otro lugar para que se realizara un estudio más específico, donde le confirmaron que su bebé no tenía vida y que por tener varios días fallecido ella estaba en riesgo, lo que hacía urgente acudir al hospital. Se fue directamente al HIMES, donde tras algunas horas de espera la revisaron. Ella continuaba con sangrado y fiebre, pero no recibía atención. Tiempo después la pasaron a una camilla y la dejaron en un pasillo, donde vivió su trabajo de parto. Su bebé nació ahí, luego de que ella experimentara mucho dolor, soledad y miedo. Al sentirlo,

levantó la sabana y lo vio. Tras algunos gritos, llegaron los médicos, cortaron el cordón umbilical y se lo llevaron. Nunca lo volvió a ver y, al igual que Angélica, tampoco se lo entregaron. Ella pasó a revisión de cavidad uterina, recuperación y a la sala común en el área de hospitalización, lugar en donde permaneció unas horas antes de que la dieran de alta. Durante ese tiempo estuvo con otras mamás y sus hijos recién nacidos. Su posparto lo vivió acompañada de su pareja, mamá y hermanas. Acudió a pocas sesiones con un psicólogo, trabajó poco su duelo y se reincorporó a sus actividades por la necesidad de cuidar a su hija mayor. Tiempo después tuvo tres hijos más, ella menciona que aunque han pasado algunos años desde la muerte de su hijo, el dolor sigue presente.

### **Cecilia**

Cecilia, de 38 años, tenía dos hijas cuando se volvió a casar. Fue un matrimonio con dificultades, del cual quedó embarazada y decidió tener al bebé. Menciona que durante todo el embarazo sufrió violencia verbal y psicológica por parte de su pareja. Oriunda de Sonora, por su matrimonio se había ido a vivir a otro estado de la República, en donde se sentía sola; señala que por el bien del bebé decidió regresar con sus hijas a su estado natal. Tras ahorrar lo suficiente, volvió a escondidas de su pareja. Al llegar a Hermosillo, su familia la recibió y apoyó. La misma semana en que retornó, inició con dolores de parto. Acudió al HIMES, donde la revisaron y la mandaron de vuelta a su casa porque “no había reventado fuente”. A la hora regresó, la revisaron y ya tenía nueve centímetros de dilatación, pero no encontraron el latido fetal. Al saber esto, su reacción fue de enojo, acusó a los médicos que la habían atendido una hora antes. Debido a lo avanzado de su trabajo de parto, la ingresaron rápidamente a sala de expulsión, donde parió a su hija con “ayuda” de maniobras y procedimientos un tanto violentos. Así nació su bebé. Apenas se la mostraron, le alcanzó a tocar su piecito y se la dieron inmediatamente a la enfermera, la cual dudó en brindar los cuidados. Refiere que lo que más le dolió fue ver cómo la colocaban y sacaban en una caja. Ella, al igual que en los testimonios anteriores, pasó a recuperación y a salas comunes del hospital. Obtuvo el alta antes de lo planeado para poder asistir al funeral y sepelio de su hija. Ahí contó con apoyo de su familia. Después llegaron su pareja y su suegra, quienes la acusaron de la muerte de la bebé. Durante el tiempo posterior, menciona haber vivido momentos muy difíciles. Recibió ayuda psicológica y psiquiátrica, y señala que, al igual que Brenda, sus otras hijas fueron el motivo para seguir adelante. Cecilia comenta que después tuvo otra hija, pero que la ausencia de su hija Sofía continúa presente.

### **Daniela**

De 29 años, trabajadora independiente, al momento de la muerte de su hija se dedicaba a diversas actividades, desde la venta de joyería hasta como auxiliar de un abogado (estudió Derecho, pero todavía no contaba con su título). Daniela se embarazó a los cinco meses de casada. Menciona que tuvo control prenatal público y privado, ya que presentó diabetes gestacional. Al llegar a las últimas semanas de gestación, su ginecóloga particular le extendió una carta en la que explicaba que, a su parecer, su hija ya estaba lista para salir, pues a causa de la diabetes gestacional era una bebé con un peso mayor al esperado. No contaba con seguridad social, por lo que se atendió en el HIMES, a donde llegó y explicó lo que la ginecóloga le indicó. El médico que la atendió le dijo que “aquí el doctor soy yo y tú te vas a esperar a empezar con trabajo de parto”. Se fue a su casa y a los días inició con dolores, la revisaron y le dieron el diagnóstico de que su hija había fallecido. Ingresó al hospital y, luego de casi 24 horas en labor, los familiares presionaron para que la atendieran. Le practicaron una cesárea de urgencia. Durante la operación ella no supo si la sedaron o si se durmió del cansancio, la despertaron para que conociera a su hija por unos minutos. Pasó a recuperación y a piso, donde permaneció cerca de dos días. No alcanzó a acudir al funeral y entierro de su bebé, ya que por su condición no fue posible

darla de alta. El año posterior (que fue el documentado) acudió con psicólogos, pero desde su percepción nadie le brindó la ayuda y el seguimiento que requería. En todo momento su familia y pareja han sido su mayor apoyo.

## *2.2. Mujeres atendidas en el IMSS*

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

### **Elsa**

Elsa, a sus 22 años, trabajaba en una zapatería, cursaba su sexto mes de embarazo y tenía ya un hijo con su pareja. Esta etapa transcurría sin mayor complicación, hasta que un día, al mover una caja en su trabajo, sintió un dolor intenso y se le rompió la fuente. Pidió permiso para ir a revisión en el IMSS, donde la dejaron esperando porque, según comenta, había muchas mujeres pariendo. Esperó unas horas y acudió al baño, donde se percató de que tenía sangrado. Regresó con la señorita de la ventanilla y le señaló nuevamente la urgencia, la pasaron a revisión y tras unos minutos le dijeron: “lo siento, el producto se ahogó”. Ella no comprendía qué pasaba, y según menciona, todo pasó sin ella tener plena consciencia, es decir, la pasaron a camilla, le pusieron un suero, alcanzó a hablarle a su esposo y la ingresaron a labor, ahí tuvo lugar el trabajo de parto junto con otras mujeres. Parió sola en la sala de labor, después gritó para llamar a la ginecóloga y fue cuando acudieron a revisarla. Se dieron cuenta de que la bebé ya había nacido, cortaron el cordón y se la llevaron. Ella pedía que se la regresaran, el personal de salud le condicionó su entrega a cambio de que se calmara: “si te calmas, te traigo a tu bebé”. Así fue como la conoció y despidió. Menciona que le proporcionaron agua bendita para que la bautizara y, tras unos minutos, se la llevaron. Ingresó a quirófano a revisión y posteriormente pasó, al igual que en los casos anteriores, a recuperación y hospitalización. Ella y su familia decidieron enterrar a su hija, por lo cual solicitó el alta. Los médicos se la negaron, diciendo que debía quedarse más tiempo en observación. Al firmar el alta voluntaria perdió su derecho a incapacidad. La muerte de su hija ocurrió un jueves, el viernes salió del hospital al sepelio y el lunes regresó al trabajo. Comenta que se vio orillada a “seguir adelante” por su hijo y por necesidad, pero no le fue sencillo. En el posparto tuvo el apoyo de su familia, aunque de manera general, la vida siguió su curso y poco hablan en la esfera familiar de su hija.

### **Fátima**

Fátima, de 35 años, casada desde hace seis, menciona que “hago demasiadas cosas”, ya que además del hogar realiza diversos trabajos relacionados con el diseño gráfico y apoya a su esposo en un negocio. Tras cuatro años de matrimonio y sin buscarlo, quedó embarazada. Su pareja y familia se mostraron contentos con la noticia, la alegría se incrementó al enterarse que era un embarazo gemelar. Cerca del sexto mes de gestación presentó una complicación con la cual inició su búsqueda de atención. Al acudir con el ginecólogo particular, este se percató de que el parto había iniciado y que no había nada que hacer. Al no poder atenderse en un hospital particular, acudieron al IMSS, donde confirmaron el diagnóstico y, además, detectaron una infección alrededor de la bolsa gestacional. Sin comprender el porqué, el tratamiento fue colocarla en posición Trendelenburg (cabecera de la camilla en un nivel inferior, piernas levantadas). Así permaneció siete días, algunos en hospitalización, donde la acompañaba su mamá o su hermana y, la mayoría, en un cuartito aislado enseguida del área de labor, donde pasaba la mayor parte del tiempo sola. El trabajo de parto no se detuvo, por lo que tras una atención entorpecida por falta de personal (todo ocurrió una Semana Santa, cuando se

trabaja con el mínimo personal) y recursos, sus bebés nacieron sin vida. Refiere haber vivido un parto traumático y largo. Alcanzó a ver a sus hijos, mas no a cargarlos. La dieron de alta al día siguiente, acudió al funeral y entierro de sus hijos. El tiempo posterior lo cataloga como una “locura temporal”, comenta cómo *sobrevivió* esta etapa con apoyo de su esposo y familia. Actualmente continúan buscando un embarazo, lo cual se ha complicado, pues “quedé con muchos males” físicos y psicológicos, por lo que se encuentra en diversos tratamientos. Fátima comenta que no le ha sido fácil hablar de sus hijos, ya que percibe mucha incompreensión en su entorno.

## **Hilda**

Hilda, de 32 años, es ama de casa, el acceso al Seguro Social lo tenía por el trabajo de su esposo. Ya contaba con un hijo cuando sucedió la muerte de su hija. A diferencia de otras mamás, ella ingresó por complicaciones del embarazo (preeclamsia). Fue hospitalizada para controlarle la presión y para dar tiempo a que los medicamentos que contribuyen a la maduración de los pulmones del bebé hicieran efecto.

Hilda pasó a hospitalización, donde percibió que el monitoreo de su hija no fue el adecuado: uno de los médicos no encontró el latido fetal y de inmediato la enviaron a un ultrasonido de urgencia, donde le notificaron que su hija había fallecido y le realizaron una cesárea de emergencia. Además de lidiar con el sentimiento por la muerte de su hija, le informaron que su vida estaba en riesgo. Tras la cesárea y su estabilización, le mostraron a la bebé y poco después la pasaron a hospitalización; su familia, al percatarse de que estaba en una sala común, solicitó que la trasladaran a un espacio aislado. El alta del hospital ocurrió hasta dos días después, tiempo en el cual diversos trabajadores de la institución se presentaron para “aclarar” la situación. Menciona que incluso enviaron a una psicóloga, con la cual no se sintió cómoda, ya que el abordaje no fue el adecuado. La familia interpuso una demanda por negligencia médica, la cual no procedió. Durante todo este proceso y la etapa posterior refiere haber contado con el respaldo de su pareja y de su familia. Tiempo después se embarazó y tuvo otro bebé, al que considera una reencarnación de la hija perdida.

## **Gabriela**

Gabriela es fotógrafa y tiene 30 años, pero a sus 28 años no pensaba embarazarse. Al presentarse su primer embarazo, ella y su pareja optaron por casarse e iniciar una vida juntos. Durante la gestación padeció leves complicaciones, como dolores de cabeza o de estómago. Ella acudió a consulta particular para control prenatal. Cuando transcurría la semana 34 fue de urgencia al Seguro Social, ya que sentía algo parecido a las contracciones y como nunca las había sentido, no estaba segura de si eran o no. En la revisión, la ginecóloga le preguntó hacía cuánto que no sentía al bebé, porque este se encontraba sin vida. Ella no comprendía la situación y la médica le dijo que fuera con la ginecóloga particular para obtener otra opinión, lo que ella vio como un rayo de esperanza. Contactó a la ginecóloga, quien le dio cita para horas después. Al llegar al consultorio, el trabajo de parto estaba más activo y la doctora solo confirmó el diagnóstico; acto seguido, se percató de que su presión era demasiado alta y la envió a urgencias, no sin antes hablarles a médicos conocidos para que la atendieran bien y rápido. Al llegar, la ingresaron a quirófano para practicarle una cesárea de emergencia, previo a lo cual se le dijo que estaba muy grave y que su vida corría peligro. La cesárea fue nublosa, ya que al parecer la sedaron. No quiso conocer a su bebé, el cual fue entregado a sus familiares al día siguiente. Pasó una semana más en el nosocomio para control de la presión arterial. Después de eso, se fue por unos meses a casa de su mamá y lentamente fue retomando sus actividades. Actualmente ella y su pareja buscan otro embarazo. Gabriela ha probado varios tipos de ayuda para el manejo de su duelo, como grupos de

apoyo, psicólogas, tanatólogas, sin haber encontrado un lugar o un profesional con el cual se sienta cómoda. Refiere que en su familia se habla abiertamente de José, su hijo, y respetan su título de madre.

Al recapitular los testimonios de las mujeres surgen varios puntos de convergencia, la noticia del embarazo fue, en gran medida, el punto de partida considerado en esta investigación. La identificación de una señal de alarma y la búsqueda de atención se presentaron con algunas variantes, sobre todo en aquellas mujeres que no fueron admitidas inmediatamente en las instituciones de salud. El momento de la atención también presenta variantes, especialmente cuando la muerte del hijo o hija sucede antes o durante la hospitalización. El posparto lo viven principalmente en sus hogares, donde algunas de ellas reciben apoyo tanto de su entorno cercano como, en menor medida, de personal especialista en salud mental. Cada caso reúne características únicas que se muestran con detenimiento en los siguientes capítulos.

## EL EMBARAZO: SENTIMIENTOS, EXPECTATIVAS Y CUIDADOS

*Pues muy emocionados, lloramos;  
incluso la primera vez que escuchamos  
su corazón también lloramos.  
Todo eso que sucede, pues, algo nuevo  
para nosotros totalmente y escuchamos  
el corazoncito de Josecito y lloramos, y lo veíamos  
y era de que: “¿qué es esto?” y “¿qué es lo otro?”,  
“¡mira cómo se mueve!”, preguntando.  
Yo soy muy preguntona y le preguntaba  
a la doctora: “¿y cómo y cuánto mide?”,  
y le preguntaba mil cosas.*

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

Como referí en el apartado teórico, la maternidad y el hecho de ser madre aparece en el imaginario de la mayoría de las mujeres como un destino femenino, es fuente de nuevas experiencias y satisfacciones que conllevan un aumento en sus obligaciones y responsabilidades (Gil-Bello, 2018). Es en la etapa del embarazo cuando esta construcción se intensifica, ya que es la fase en que el imaginario se torna realidad. Durante el embarazo las experiencias y percepciones sobre la maternidad se mezclan, marcando cambios psicológicos y sociales, entre los cuales está el hecho de que las mujeres comienzan a relacionarse con sus bebés como parte de ellas, a visualizarse como madres y a formar vínculos con los hijos o hijas (Cáceres-Manrique, Molina-Marín y Ruiz-Rodríguez, 2014; Carrasco, 2001; Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal y Rodríguez-Gázquez, 2017).

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

Partiendo del supuesto de que los aspectos relacionados con la maternidad se intensifican durante el embarazo, es posible decir que su habitus materno se refuerza durante esta etapa, un refuerzo estimulado por los mandatos sociales, culturales y los elementos subjetivos de la propia mujer. Las instituciones de salud

influyen también en este reforzamiento, ya que de ellas emana un discurso que indica y espera que ciertos cambios y cuidados se realicen.

La maternidad influye en las mujeres a lo largo de su vida, pero es durante la gestación cuando ese sentir (relacionado con ser madre) se acentúa. Si bien ese deseo no es compartido por todas las mujeres, las ocho entrevistadas afirmaron que dentro de sus planes estaba el tener hijos. Aunque algunas mencionaron que sus embarazos no fueron planeados, todas aseguraron que fueron deseados. Partimos, entonces, de vivencias de mujeres que se identificaron positivamente con el embarazo.

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

## **1. “Siempre dije que quería muchos hijos”.**

### **Sentimientos previos de maternidad**

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

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

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

Lo anterior ejemplifica cómo la maternidad es aprendida del contexto. Contar o no ciertos con modelos familiares actúa como razón para buscar familias con hijos, subrayando, como mencionan algunas estudiosas del tema, la relación de la maternidad con la estructura y las normas sociales (Badinter, 1980; Palomar, 2004; Saletti, 2008).

El embarazo es el momento en que los sentimientos relacionados con la maternidad se intensifican, según expuse antes; Carrasco (2001) y Osorio-Castaño et al. (2017) sostienen que es en este tiempo cuando el imaginario se convierte en realidad, creando cambios psicológicos y sociales cuya finalidad es que la mujer se visualice como mamá y se vincule con el bebé como si este fuese una parte de ella. Respecto de esta afirmación, observé que en Fátima el embarazo cambió su vida y su visión hacia la maternidad:

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

El valor de la maternidad es un factor presente e importante en los testimonios de estas mujeres. Las expectativas de la sociedad con relación a tener hijos se hacen presentes, aunque con ciertas variaciones: algunas consideran a la maternidad como la misión con la que nace una mujer y el siguiente testimonio muestra tajantemente que la maternidad es vista como una obligación, ya que si la mujer no puede concebir tendrá la opción de adoptar y de esta manera no perder su oportunidad de maternar:

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

La obligación social de tener hijos, el ser madre, es percibida por estas mujeres como sinónimo de gran valía y significado. Salazar (1998), en su estudio con mujeres sonorenses, coincide al encontrar en sus testimonios que entienden la maternidad como un privilegio, un logro, un factor para la realización personal y de pareja/familia, así como un impulso para seguir adelante con su proyecto de vida.

Claro que sí, la maternidad es lo mejor que nos puede pasar en la vida, en cada una de sus etapas es bellísima. Sí, ser madre es lo mejor para mí, amo a mis hijos, son mi tesoro más preciado. (Brenda, comunicación personal)

Aun cuando algunas mujeres afirmaron que la maternidad es una obligación gustosa, otras detallan que debe ser deseada y, por lo tanto, no todas serán madres. Daniela y Angélica comentan cómo ellas comprenden que no todas las mujeres optarán por el camino de la maternidad y a la vez se comparan y reiteran que para ellas el ser madre es un aspecto que las completa:

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

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

El ser madre va más allá de tener hijos. Al cuestionar sobre el porqué la maternidad es importante en sus vidas, las mujeres expresaron varias razones: el poder estar acompañadas, cumplir una ilusión que tenían desde pequeñas e incluso el cambio que motiva como persona.

Los testimonios revelan cómo la maternidad encierra un gran valor y ocupa una parte relevante en sus vidas. Las entrevistadas afirmaron su deseo de ser madres e incluso hubo opiniones de que toda mujer *debe* ser madre, lo cual resalta la carga social que implica tener hijos. Es posible deducir cómo esta estructura social, conformada en parte por la familia de origen y que ofrece esquemas que se desean repetir o cambiar, va influyendo y estructurando las percepciones de estas mujeres ante el hecho de ser madres; es posible identificar, parcialmente, la estructura del habitus materno antes y durante el embarazo.

## 2. “Cuando quedé embarazada fue una alegría muy grande”.

### Planeación del embarazo y sentimientos generados

La maternidad es una condición que las mujeres entrevistadas no cuestionaron como una posibilidad y que cuidadosamente se plantearon como parte de la estructura de ser mujer. Otro de los complementos de este mandato social es tener estabilidad para el mantenimiento y cuidado de los y las descendientes. El matrimonio, en ese sentido, se presentó como un aspecto importante.

La búsqueda o aceptación del embarazo fue una constante sin discusión en las ocho mujeres. Si bien en algunos casos no fue planeado, todas aclararon que se convirtió en un estado deseado. Los problemas de fertilidad no fueron ajenos, dos comentaron que tenían años en la búsqueda de un embarazo, el cual llegó sin tratamiento para una de ellas, mientras que Fátima había empezado a tomar medicamentos:

Estábamos casi por cumplir cuatro años de casados y sin embarazo, se nos hacía raro y pues ni modo, fuimos una vez al Seguro nomás a ver qué pasaba, y me dijo la doctora: “¿están intentando embarazarse?” y mi esposo dijo: “sí”. Mi esposo era el que se estaba muriendo [por ser padre], ahora yo también, pero en ese entonces no tanto. Entonces me dijo: “¿y la regla?” y empezó hacer un chorro de preguntas y pues me dijo que al parecer tengo ovario poliquístico,<sup>7</sup> al parecer es eso, “entonces te voy a dar metformina”, me dijo, “si no te embarazas con la metformina te voy a mandar a reproducción humana”. No me acuerdo exactamente qué pasó, total que me pusieron cita. Cuando fui a la cita ya iba embarazada, entonces al parecer fue la metformina la que me ayudó a embarazarme, con la metformina bajé de peso, entonces ya no supe si fue la bajada de peso o la metformina o se alinearon los astros. (Fátima, comunicación personal)

Aun cuando los embarazos sean o se conviertan en deseados eso no significa que no coexistan con problemas en el entorno de las mujeres. El contar con apoyo por parte de su círculo directo es esperado, siendo una manifestación del cuidado y la valía que la sociedad atribuye a las embarazadas; sin embargo, problemas de violencia doméstica o de pareja no son ajenos a ellas. Cecilia fue un caso particular, pues menciona que tras cuatro años de relación con su marido llegó un embarazo, la vida en pareja se complicó y refiere haber transcurrido la gestación en un ambiente tenso, con violencia:

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

La presencia de violencia durante este periodo crea condiciones difíciles para la mujer. No obstante, Cecilia afirma que aunque no contaba con el apoyo por parte de su pareja, ella se sentía feliz; permanecer con el padre de su hija le brindaba cierta seguridad, el temor –como ella lo manifiesta– de “no la voy a

---

<sup>7</sup> El síndrome de ovario poliquístico es una afección en la cual una mujer produce y mantiene niveles elevados de hormonas, lo que se manifiesta con irregularidades en la menstruación, quistes en los ovarios (óvulos que no terminan su maduración), infertilidad, etcétera.

hacer embarazada sola” nos permite identificar cómo el habitus materno estructura a las mujeres a buscar la “seguridad” o “bienestar” de sus hijas o hijos y llega a ser superior a otras vicisitudes que pueden estar aconteciendo en su vida. El sacrificio, también señalado por Salazar (1998), se hace presente sin dudarlo. Al preguntarle a Cecilia si hubo violencia durante el embarazo, ella respondió que no de manera física, pero sí verbal:

Me dio mucha depresión en el embarazo. Más que nada por el rechazo de él hacia la niña [...] No fue planeado, pero pues estaba feliz. Pero sí, todo el tiempo él me decía “es que no es mía, yo siento que no es mía”. Y eso a mí me afectó mucho todo el embarazo y pocas veces salía [...] Te lo puedo decir así abiertamente, no hubo un día del embarazo en el que no lloré, así. Ya sea en la noche, la mañana, tarde, pero siempre. (Cecilia, comunicación personal)

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

Partiendo de la afirmación en todos los testimonios de que los embarazos fueron deseados, los sentimientos surgidos a partir de la noticia de la gravidez fueron acordes a ese anhelo. Al inicio la incredulidad emergió, seguida de alegría y felicidad. En los casos en que la búsqueda del embarazo había sido larga, los sentimientos hacia la hija o hijo fueron más acentuados: “Todos son bebés deseados, a todos los quieres si los esperas, pero siempre hay como que una en especial. Y pues, como te digo, nosotros habíamos batallado mucho” (Hilda, comunicación personal).

Me sentí muy emocionada, o sea sentía como algo nuevo en mí, no sé como qué esperaba, como cuando tienes un juguete nuevo de niña y que te emociona tener mucho un juguete nuevo, así me sentía yo, como que algo nuevo tengo en mí, algo está creciendo en mí, me veía al espejo, aunque no tuviera panza todavía, ni al caso, pero eso sentía. (Gabriela, comunicación personal)

El habitus materno se evidencia en las expresiones de felicidad al momento de la noticia, en la ilusión y el sentirse afortunadas por la llegada de un embarazo, como lo menciona Gabriela: “sentir algo nuevo en mí”. Tales manifestaciones del habitus materno se relacionan con la intensidad del sufrimiento ante la muerte de esa hija o hijo; de acuerdo con Carrasco (2001), los cambios percibidos durante el embarazo llevan a la mujer a relacionarse con el bebé como una parte de ella, lo cual ayuda a explicar el sentir ante su pérdida.

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

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

pues vueltos loquitos todos. Igual que mis hermanas, mis papás e incluso hasta mis tíos, pero como que algo, algo despertó en todos, pues era una niña muy deseada. (Daniela, comunicación personal)

Existen factores que magnifican los sentimientos y la vivencia de los embarazos, como el hecho de ser el primero o bien cuando hay una historia de problemas de fertilidad. Una situación especial la vivió Fátima, quien compartió su sentir y las reacciones de su círculo social al enterarse de que su embarazo era gemelar:

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

El habitus materno fortalece su estructura y se nutre de las respuestas positivas manifestadas por el entorno de las mujeres. La reacción del personal de salud (“son dos, suertudota”) y el observar alegría en la pareja y el resto de la familia y los amigos influyen en la manera en la que la mujer se percibe y se reafirma como madre desde la gestación. La razón por la que explico los factores que en las mujeres incrementan los sentimientos relacionados con el embarazo y las reacciones del entorno es porque, como se verá más adelante, dichos factores o condiciones actúan casi con la misma intensidad cuando acontece la muerte de la hija o hijo.

### **3. “Todo está perfecto, vienen superbién”.**

#### **Cuidados en el embarazo**

Entre los asuntos más importantes que se construyen alrededor del embarazo está el de los cuidados que debe seguir la gestante. Los cuidados cotidianos a la salud de hijas o hijos describen, principalmente, responsabilidades femeninas; pese a que esto ha ido cambiando, mucho permanece y se refleja en las atenciones de la madre durante el embarazo, de manera que cualquier tipo de problema no deja de cuestionar la eficacia de esos cuidados maternos (Murphy, 2019).

Dentro de la atención esperada por parte de los servicios de salud durante el embarazo se encuentra el control prenatal;<sup>8</sup> como parte de este programa, el personal de salud debe instruir a la mujer acerca de signos y síntomas de alarma durante la gestación (Secretaría de Salud, 2009). Las redes familiares y sociales también actúan con tal fin, no obstante, es sabido que no todas las mujeres conocen esta información (García-Regalado y Montañez-Vargas, 2012; Ramírez-Rojas y Freyermuth-Enciso, 2013).

Una vez confirmada la gravidez, se espera que la madre inicie con una serie de cuidados, incluida la atención prenatal. Al respecto, todas las mujeres que compartieron su testimonio afirmaron haber asistido a este

---

<sup>8</sup> El control prenatal consta de una serie de citas médicas mensuales. En ellas, las mujeres reciben orientación sobre cuidados durante el embarazo, preparación al parto y chequeos de la salud general de la madre. Cabe aclarar que aunque la palabra control tiene connotaciones de ejercicio de poder y determinaciones en el actuar de las personas, en el contexto biomédico hace alusión a la atención prenatal.

tipo de seguimiento, cuatro de ellas lo hicieron solo con médicos particulares, dos únicamente en el servicio público (IMSS) y otras dos utilizaron ambos sistemas. Los cuidados durante el embarazo no se limitan al control prenatal biomédico, algunas refirieron que realizaron cambios en sus hábitos (dejar de fumar) y también en su trabajo. Tal como menciona Gil-Bello (2018), el ser madre viene acompañado de un aumento en las responsabilidades y obligaciones, tanto en la vida personal como laboral. El testimonio de Fátima lo resalta:

[Tras la prueba de embarazo] [...] volví a mi casa, ya no volví a trabajar, le hablé a mi tía y le dije: “¿sabes qué?, ¡estoy embarazada!, y pues ya no voy a volver a trabajar”, y los dejé con la víbora chillando.<sup>9</sup> Entonces yo fumaba, en aquellos tiempos era una de las cosas por las que más me daba miedo salir embarazada, porque tenía fumando desde los 20 años y era algo que me gustaba mucho, y todo mundo sacó el cigarro y a festejar y yo pues no podía fumar, ni para festejar pude fumarme el último. (Fátima, comunicación personal)

Elsa relata una experiencia similar:

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

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

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

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

---

<sup>9</sup> Expresión regional que se refiere el hecho de organizar alguna actividad y retirarse sin haberla concluido.

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

Las imágenes cada vez más claras en los ultrasonidos les ofrecen a las madres y padres cierta identidad de los hijos e hijas a través de los rasgos físicos, los movimientos o posiciones que se llegan a apreciar en estos estudios (Layne, 2003). Las mujeres entrevistadas expresaron cómo a través de los ultrasonidos fueron creando una imagen más real y, ante la muerte fetal, este tipo de imágenes en ocasiones son el único recuerdo tangible de sus bebés.

Figura 5. Imagen de ultrasonido estructural a las 27 semanas de gestación



Fuente: Archivo personal.

Continuando con los cuidados prenatales, la opinión acerca de la atención en los servicios públicos fue muy diversa, desde aquellas que la catalogan como mediocre hasta las que la describen como buena y adecuada. La rapidez en las consultas y la falta de información otorgada son particularidades identificadas como fallas en esa etapa:

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

Me trataron muy bien, fui a unas pláticas y pues medicamento, me dieron unas pláticas [de] lo que es el embarazo, los cuidados, los síntomas de alarma que podía tener y cuando iba a cita, pues síntoma, dolores o algo, todo eso me preguntaban [...] En las citas me trataron muy bien, fíjate, era muy amable la doctora y la doctora que me atendía en ese entonces tenía los mismos meses, las mismas semanas de gestación que yo. (Elsa, comunicación personal)

De manera general, percibieron la atención en las consultas con médicos particulares como buena; salvo algunos comentarios relacionados con el tiempo de espera, en general la apreciación fue de “buena experiencia”, “muy bueno, pero muy caro”. Sin embargo, ante la muerte de las hijas o hijos y sobre todo en casos de mamás primerizas, estas se cuestionaron si el control y el tipo de revisiones que les practicaron fueron las suficientes.

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

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

Cuando existen comorbilidades<sup>10</sup> en el embarazo se espera que las mujeres reciban una atención integral. Daniela cursó con diabetes, por lo que asistió a consultas con un internista, un nutriólogo, un ginecólogo y un endocrinólogo, siguió un control estricto en el cual la dieta y los medicamentos estaban presentes, así como un análisis cada dos semanas:

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

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

---

<sup>10</sup> Comorbilidad es un término que se utiliza cuando, ante un evento (embarazo en este caso) o alguna enfermedad, se presentan condiciones de salud añadidas. Ejemplo: embarazo y diabetes, embarazo e hipertensión arterial.

pero me dijo: ‘no pasa nada’. Yo recuerdo vagamente que me hizo un comentario algo así como que hace falta líquido, pero no pasa nada [...]” (Gabriela, comunicación personal). Estas situaciones las conflictuaron al sentir que no se les brindó la suficiente atención a estas situaciones que ahora ellas identifican como probables señales de alarma.

Un elemento importante en la narrativa, que impactó significativamente en la vivencia de la muerte del hijo o hija, fue creer que todo iba bien durante el embarazo, confianza que se sustentó en los estudios efectuados y en las valoraciones emitidas por los y las especialistas tratantes. Al no existir indicios que les hicieran pensar lo contrario, la pérdida se tornó confusa, ya que las causas no quedaban del todo claras.

En este capítulo procuré dar respuesta a la pregunta ¿cómo significan el embarazo, los cuidados y la atención recibida las mujeres ante una muerte fetal? Puedo concluir que la manera en que ellas consideraron y se expresaron de sus embarazos habla de una maternidad deseada y cuidada. Calificaron sus gestaciones como sanas, idea que, según las mujeres, fue reforzada por el personal de salud y por su entorno, y como se verá en los siguientes capítulos, el no saber que algo podría salir mal les causó confusión y sentimientos de culpa hacia ellas y hacia los sistemas de salud, los cuales, según su perspectiva, se muestran incapaces de responder a sus necesidades.

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

Las normas sociales y culturales relacionadas con la maternidad se hacen presentes y consolidan el habitus materno, el cual dirige a las mujeres en su actuar durante el embarazo. Las entrevistadas le brindaron un valor importante al tiempo que permanecieron en ese estado y aun cuando llevaron a cabo una serie de cuidados y recibieron atención durante la gestación, se enfrentaron a un conflicto por haber perdido a sus hijas o hijos, que las condujo a cuestionarse sobre los cuidados seguidos o por no haber hecho algo distinto. El habitus materno se conflictúa, sufre una histéresis al poner en duda la capacidad de las mujeres de ser madres.

## LA EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS MUERTES FETALES: VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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

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

En este capítulo presento los resultados relacionados con las experiencias y apreciaciones de la atención recibida desde la voz de las mujeres entrevistadas. Analizo y expongo los resultados según la cronología de sucesos propios de la atención a un nacimiento. En primer lugar está la identificación de alguna señal de alarma y la forma en la que comienza la atención. Un segundo apartado relata y examina las experiencias en cuanto a la percepción del trato y comunicación con el personal de salud, la forma en la que sucedieron los nacimientos de sus hijas e hijos, así como el contacto con su cuerpo. Analizo también la atención brindada en el posparto y, de manera general, el sentir que produjo la atención. Con lo anterior se evidencia cómo viven y perciben la atención durante el parto y posparto inmediato<sup>11</sup> las mujeres con muerte fetal.

Como mencioné en el capítulo anterior, durante el embarazo las madres asistieron y cumplieron con ciertos lineamientos de cuidados, entre ellos el control prenatal. La atención al nacimiento de sus hijas e hijos estuvo planeada en el ámbito hospitalario y ante el inicio de síntomas de alarma las ocho mujeres acudieron a uno de los dos nosocomios antes referidos. Lo que expongo en los siguientes apartados permite ver cómo las muertes fetales carecen de una adecuada atención dentro de las instituciones de salud. Existe una ausencia de guías y protocolos específicos en el tema, además de falta de capacitación en el personal de salud, un vacío de políticas institucionales para atender la muerte fetal y escasez de recursos (materiales y de infraestructura) dentro de los hospitales. Como se podrá observar, son numerosas las faltas y omisiones en los cuidados. La presencia de violencia obstétrica en estos casos fue clara, comenzando con fallas en la atención oportuna y adecuada, descuidos en la comunicación, así como la mínima o ausente asesoría en cuanto a procedimientos y

---

<sup>11</sup> Si bien el posparto es la etapa posterior al nacimiento, que varía en cuanto a su duración (seis a ocho semanas), en este apartado recupero las experiencias del posparto inmediato, es decir, el que transcurre en las horas o días inmediatos al nacimiento, cuando las mujeres se encuentran hospitalizadas.

manejo tanto de los cuerpos de las mujeres como de los de sus hijos o hijas. Sin duda, las muertes fetales rompen con lo esperado en las salas de maternidad y evidencian rupturas, fallas y demás faltas en el cuidado de las madres.

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

Ante un embarazo, se espera que las mujeres adquieran conocimientos provenientes de los prestadores de salud sobre cuidados y señales de alarma, tal como lo señala la *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo* (Secretaría de Salud, 2009). El entorno de las mujeres también interviene al “instruir” sobre lo que se debe o no sentir durante la gestación; sin embargo, no todas conocen e identifican estas señales (García-Regalado y Montañez-Vargas, 2012; Ramírez-Rojas y Freyermuth-Enciso, 2013).

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

Tabla 3. Signos de alarma y búsqueda de atención

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

Fuente: Elaboración propia.

Los testimonios reflejan que los síntomas relacionados con dolor (dolor intenso de cabeza, contracción) fueron los más comunes (Tabla 3), seguidos de sangrado. Las mujeres afirmaron haber sido acompañadas a buscar atención por sus parejas y/o familiares, a excepción de Elsa, quien acudió sola a Urgencias, ya que “nunca me imaginé que fuera algo grave”. El acceso a la atención no fue inmediato en todos los casos, lo cual se relaciona con el tipo de síntoma presentado; es decir, las mujeres que referían contracciones o inicio del trabajo de parto no fueron admitidas rápidamente, mientras que aquellas con sangrado o salida del saco

gestacional<sup>12</sup> fueron hospitalizadas en ese momento. Podemos analizar este hecho en el sentido de que el sangrado o la prolongación del saco gestacional a través del cuello de la matriz son signos, esto es, el personal de salud lo puede ver y medir, proporcionando datos objetivos. Por otra parte, el dolor es subjetivo y, al menos en estos casos, fue infravalorado por el personal que las atendió. Este dato refuerza lo ya planteado por otros autores acerca de que el saber médico se antepone a la voz de las mujeres, prevaleciendo como saber hegemónico (Campiglia, 2015; Castro, 2014b; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020; Castro Vásquez y Salazar, 2000; Romo-Medrano, 2009).

En relación con lo anterior, las mujeres perciben una falta de validación en cuanto a los síntomas referidos, un terreno donde la razón la tiene el personal de salud y ellas deben acatar las indicaciones, tal como lo sostienen Romo-Medrano (2009), Canevari (2011) y Balandra (2018), quienes han identificado cómo, ante pérdidas en el embarazo, el conocimiento médico se impone a lo que las mujeres refieren, minimizando o descartando los síntomas que ellas experimentan y mencionan. Así lo ejemplifica el caso de Cecilia, quien con antecedente de dos partos, llegó al hospital con contracciones, la valoraron y no la admitieron:

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

La falta de validación a lo expresado por las mujeres se deja ver a lo largo de su atención, como lo demuestra el testimonio de Cecilia. Además, es posible identificar violencia verbal por el hecho de calificarla en varias ocasiones como una “terca” por acudir al hospital.

La capacidad de identificar señales de alarma, según sostienen las mujeres, proviene de la lógica (cuando los síntomas son intensos) y de lo aprendido y señalado por el entorno, por los medios de comunicación, el personal de salud, etcétera. En relación con lo que es aprendido del entorno, ciertas creencias se hacen presentes e influyen en la detección de estos síntomas, percibir la disminución de los movimientos fetales llega a ser atribuido a la idea popular de que, por el tamaño que ocupa el bebé, se reduce el espacio intrauterino y por lo tanto es “normal o esperado” sentir menos movimientos. Otra creencia común es sentir dolor tipo cólico debido a que el bebé se mueve o acomoda. Es importante mencionar lo anterior en virtud de que estas creencias tienen un lugar al identificar señales de alarma, lo cual se presenta principalmente en mujeres primigestas y primíparas.<sup>13</sup> Por ejemplo, Gabriela a sus 34 semanas de gestación inició con dolores que no reconoció como contracciones, sus familiares fueron quienes le sugirieron acudir al hospital, ya que por la frecuencia parecían ser dolores de parto. Menciona también que había empezado a percibir una disminución en los movimientos fetales:

---

<sup>12</sup> Se llama saco gestacional al tejido que contiene al embrión o al feto.

<sup>13</sup> Se utiliza “primigesta” para aludir a la mujer que cursa su primer embarazo y “primípara” a la que experimenta su primer parto.

[...] y me dolía, sentía como un dolor, no era un cólico, era como un dolor como cuando quieres ir al baño, algo así como un dolor y ya seguía con el dolor y yo: “qué raro”, dije, “qué raro” y una noche antes recuerdo que se movía, pero no tan intensamente como cuando le hablaba su papá y se movía, pues todas las noches nos acostábamos y se movía el bebé. Dijimos: “¡qué raro! A lo mejor está dormido”, ya no se movía tanto y ya. Más tarde le dije a otra prima: “oye, ¿sabes qué?, traigo dolor de panza” [...] y me dijo: “¿cada qué tanto te pasa?”, y yo: “no, pues de volada, o sea, se me pone como durito y se me quita”. Ahí me dijo: “son contracciones, se me hace; ahí voy para allá”, y sí, vino para acá [...] y ya me llevaban y yo traía dolor. Me imagino que eran contracciones porque traía dolor, pero no era así como que gritas, no, es un dolor soportable. Y sí, me llevaron al Seguro. (Gabriela, comunicación personal)

El entorno directo, principalmente las madres de las mujeres, desempeña un papel importante al momento de determinar que algo no está bien, gracias a su propia experiencia y a su rol de cuidadoras; las madres de las embarazadas han ejercido este papel en diversas etapas previas y posteriores a la muerte de los nietos o nietas. Así, las mujeres reciben ayuda y orientación, tal como lo refiere Brenda:

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

En resumen, el reconocimiento de las señales de alarma está influenciado por varios factores: el conocimiento propio que la mujer adquiere por diversos medios, la presencia y el saber de personas clave en su entorno, así como las creencias populares en relación con lo que se puede o no sentir en el embarazo. Sin embargo, al buscar atención en las instituciones de salud, estas señales no son valoradas y en ocasiones descartadas por el personal de salud. Una vez que la situación es identificada y diagnosticada –es decir, que se les da ingreso a las mujeres en los nosocomios– inicia “el tratamiento”, para ello encontré que el momento en el cual fallece el bebé es una característica de importancia, ya que a seis de las entrevistadas se les confirmó el diagnóstico al llegar a la institución, esto es, el deceso ocurrió antes de su ingreso. Para otras dos mujeres la historia fue distinta, ya que tras hospitalizarse por una complicación, el bebé o los bebés fallecieron durante su estancia. Varias de ellas, particularmente las que se encontraban hospitalizadas en el momento de la pérdida, señalan a las instituciones y al personal de salud que las atendieron como los responsables de la muerte de sus hijos o hijas.

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

De acuerdo con los testimonios, desde que las mujeres ingresaron a urgencias o al servicio de admisión surgieron fallas en la comunicación entre personal de salud, ellas y sus familiares. De manera inicial, el

momento de informarles el diagnóstico impacta considerablemente en la manera en que califican la atención, fue común entre las participantes escuchar que las noticias se las dieron en salas o áreas donde estaban otras mujeres y sin compañía de su pareja o de familiares. Estos hechos complicaron más la situación, ya que muchas de ellas mencionaron haber necesitado o que hubiera sido favorable haber tenido la compañía de su familia en esos momentos, así lo indica el testimonio de Angélica:

**Entrevistadora:** ¿Las palabras que te dijeron fue “ya no hay signos vitales”?

**Angélica:** Sí, ya no hay signos vitales.

**Entrevistadora:** ¿No hubo ningún preámbulo? ¿No te dijeron algo más?

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

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

La falta de preparación del personal y de infraestructura en las instituciones para una adecuada atención a las muertes fetales es manifiesta. La forma de comunicarse y los espacios donde se informa a las mujeres y sus familias sobre el fallecimiento de sus hijos o hijas tienen un efecto importante en la vivencia del duelo y también en la percepción de la atención (Cassidy et al., 2018; Gopichandran et al., 2018; Romo-Medrano, 2009; Sereshti et al., 2016). Los hospitales en los cuales las mujeres se atendieron carecen de espacios específicos para transmitir este tipo de noticias y queda a criterio del personal de salud buscar un área propicia para tal fin. Cecilia explica cómo no se cuidó su privacidad, ya que al momento de darle la noticia el resto de las pacientes que esperaban ser atendidas escucharon y testificaron el momento:

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

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

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

**Entrevistadora:** ¿Ellas estaban escuchando?

**Cecilia:** Sí, las demás, las que se sientan así en la orilla, estaban escuchando [refiriéndose a las embarazadas que se encuentran en espera de ser atendidas]. Lo recuerdo muy bien porque una de las muchachas se puso mal, de que se impresionó de cómo yo me puse a gritar y todo eso, y ya me dijeron: “vamos, te vamos a poner suero para prepararte para que tengas a tu bebé”. (Cecilia, comunicación personal)

Ninguna de las mujeres estuvo acompañada en el momento del diagnóstico ni tampoco durante el internamiento, hecho que para ellas representó uno de los factores de más impacto:

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

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

En ninguno de los casos documentados expresaron poder decidir en algo sobre su atención; de esta manera, los procesos quedaron en manos de los médicos tratantes, sin considerar la opinión de las mujeres. Castro Vásquez (2008b) explica cómo la relación médico-paciente y la jerarquía que otorga mayor valor al médico se manifiesta en una limitación hacia ellas para tomar decisiones. Particularmente en los casos de muerte fetal, Romo-Medrano (2009) sostiene que en el sistema de salud mexicano el personal no escucha la voz de las mujeres, sino que consideran que necesitan ser cuidadas y controladas, negándoles la capacidad de resolver sobre su tratamiento. Elsa expone que al no comprender la jerga médica, se volvió pasiva y les dejó el control de la situación, lo cual –tal como lo expresa Camacaro (2009)– es un reflejo de cómo el protagonismo lo ostenta el personal de salud, convirtiendo a las mujeres en entes pasivos:

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

Al ingresar al nosocomio, las mujeres refirieron haber experimentado una sensación de abandono por parte del personal de salud, situación que incrementó su incertidumbre. Esa sensación la describen como un abandono físico en cuanto a que las ubicaron en esquinas o pasillos, o que dejaron su luz de cama apagada, y como un abandono de la atención respecto a que no verificaron su estado de salud, de higiene y confort, lo cual constituye expresiones de violencia obstétrica en estos casos:

Para empezar, nadie te pela, todos te ignoran. En cuanto entré yo, como a la media hora reventé fuente, reventé fuente pues toda la camilla mojada, la bata y todo, hasta el pelo traía, entonces yo le dije a una de las enfermeras: “acabo de reventar fuente”, para que me cambiara las sábanas. “Ah bueno, está bien”; ahí me dejó, duré todo el día sucia, porque no me quisieron cambiar las sábanas y yo con dolores ya. Después

le dije a uno de ellos: “¿me puedes atender?, tengo mucho dolor” y me ignoró, en eso entró otra muchacha que la pusieron al lado de mí (también con MF)[...]. Entonces estuvimos ahí un buen tiempo, yo creo que todo el día y en una de esas le dije a uno de ellos: “¿qué no nos piensas atender?” y me dijo: “es que ustedes no tienen nada, no tienen a nadie a quien salvar”. (Daniela, comunicación personal)

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

El abandono también lo percibían al comparar cómo se les prestaba más atención a quienes estaban en trabajo de parto, pero con un embarazo viable. Los testimonios dejan ver que las mujeres llegaron a temer por su vida y, al sentir que no se les brindaba atención, el miedo se incrementó. Sentirse ignoradas y desamparadas fue una de las principales causas de inconformidad con el trato recibido.

Lo expuesto hasta el momento permite ver cómo el reforzamiento del habitus materno que ellas experimentaron en el embarazo y que en muchos casos fue reafirmado por el personal de salud se encara ante una situación de crisis, de histéresis, donde no solo se deslegitima su identidad como madres, sino como personas. Específicamente, las formas de transmitir el diagnóstico distan de ser las adecuadas, Elsa comenta que a ella le informaron: “lo siento, el producto se ahogó”, comprendiendo que con “el producto” aludían a su hijo, lo que calificó como una falta de respeto. Lo anterior nos lleva a cuestionarnos por qué las mujeres que sufren una muerte fetal no pueden estar acompañadas; por qué la falta de atención y las fallas en la comunicación. Pero esta falta de atención no es exclusiva en estos casos, pues la violación a los derechos de las mujeres en los hospitales ha sido previamente evidenciada (Campiglia, 2015, 2017; Castro, 2014a; Castro Vásquez y Aranda Gallegos, 2020). Desestimar lo que las mujeres declaran al personal de salud, la ausencia de protocolos y las fallas en la comunicación son ejemplos de que los derechos de las mujeres y de sus hijas o hijos nonatos no son respetados. Muestro aquí no solo una invalidación del habitus materno de estas mujeres, sino también una transgresión a su identidad y a sus derechos humanos, manifestado en prácticas de violencia obstétrica durante su estancia en los hospitales.

## **2. “¡Puja! ¡Rápido! ¡Puja, madre...!”: el nacimiento**

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

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

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

La falta de espacios y de recursos es clara en estos testimonios. Al no tener lugares exclusivos que brinden privacidad a las mujeres, ellas tienen que “parir” en las salas de labor junto con las otras. Con el fin de esclarecer el porqué de esta situación, interrogué a personal de salud (médico y de enfermería) y ellos mencionan que son varios factores por los cuales los bebés nacen en estos espacios; primeramente, explican que al ser bebés pequeños no requieren una dilatación completa y, por lo tanto, nacen inesperadamente. Otra de las razones, y aunque la expresaron con pena, responde a la saturación de los servicios, lo cual los obliga a priorizar la atención de las mujeres con embarazo viable. La falta de instalaciones y recursos no es exclusiva de estos hospitales, lo mismo es reportado por Romo-Medrano (2009) y por Sereshti et al. (2016). La sobrecarga de los servicios conduce a problemas en cuanto a la accesibilidad y a la disposición de recursos, con las consecuentes fallas en la atención (Rouvier et al., 2013; Sachse et al., 2012):

Sí y no sé si iba bajando [refiriéndose al bebé], no sé, pero pues en realidad el bebé está muerto, no iba a bajar y me tenían ahí que puja y puja. Y que puja para que el bebé bajara, para que lo expulsara. Y sí, sí pujaba, pero me cansaba, yo no sentía que él bajara y ya venían los doctores y me aplastaban como queriéndome ayudar. Me aplastaban la panza, pero a mí me dolía, me lastimaban y ahí me dejaban otra vez y luego venían [...] Me dejaron en un pasillo [...] ahí expulse al bebé... y pues yo lo sentía que lo tenía aquí en mis piernas y por encima de la sábana lo tocaba y le estaba hablando al doctor, ya no me salía la voz, me estaba quedando ronca y le decía al doctor: “ya, doctor, ya”, pero me veía y me decía: “ahorita voy, ahorita te van a revisar, mi’ja, no te desesperes”. Y ya yo me quedaba ahí, pues yo lo tentaba, yo sabía que estaba ahí, ya me levanté la sábana y lo miré, estaba toda llena de sangre y pues él también. ¡Ah, empecé a vomitar!, estuve un rato ahí y empecé a vomitar. Cuando empecé a vomitar me trajeron un cubo para que vomitara para un lado y ahí fue cuando le dije al doctor que ya lo había expulsado y levantó la sábana y me vio y vino otro doctor y me quitó las sábanas completamente, fue cuando vi a mi bebé y ya lo agarraron y se lo llevaron [llanto]. (Brenda, comunicación personal)

El testimonio de Brenda habla de una serie de prácticas desafortunadas: el abandono en un pasillo, la falta de monitorización sobre su estado de salud, la invalidación de lo que expresaba al pedir ayuda y no recibirla, la realización de prácticas desaconsejadas por organismos internacionales como es la maniobra de Kristeller<sup>14</sup> y haber parido a su hijo sola, todo lo anterior es violencia obstétrica, lo que se traduce en una invalidación de su dignidad como persona y como madre que acaba de perder un hijo. Asimismo, el trato deshumanizado fue claro en el testimonio de Daniela, quien confirmó que no se les brinda la atención y cuidados mínimos o básicos, por el contrario, se encuentran con actitudes frívolas e hirientes por parte del personal de salud a cargo.

Algunas de las mujeres reportan que por tratarse de hospitales escuela surge la duda de si las personas que las atienden están lo suficientemente capacitadas, sobre todo en casos complejos como los que ellas afrontaron. Fátima, con embarazo gemelar de 23 semanas, tras más de 10 horas en trabajo de parto y varios

---

<sup>14</sup> La maniobra de Kristeller consiste en ejercer presión sobre el vientre de la mujer para que el bebé sea expulsado.

bloqueos (epidural), llegó a un punto de inflexión; sus hijos, que todavía se encontraban con vida, empezaron a mostrar alteraciones:

Ya cuando me desperté era un dolor espantoso que me atravesaba, haz de cuenta que me estaban partiendo en dos, total que ya viene, entonces me agarré del colchón y a pujar, horas estuve así, horas. Y les decía: “¡por favor ya! ¡Ayúdenme, hagan algo! Ya lo que sea”, ya tenía 10 horas pujando, 10 horas harta, cansada, ya cuando empecé a ver que uno de ellos tenía taquicardia, empecé a enloquecerme. “¡Ya, por favor! ¡hagan algo por mí!, ya estuvo bueno, por favor ¡ayúdenme!”, y no había nadie. “¡Doctor, por favor!” y veía que estaba una persona y le hacía así al teléfono [seña de que alguien estaba moviendo la pantalla de un celular], solo veía la mano, el teléfono y le hacía así para arriba [...] Entonces reventé fuente y todavía duré mucho tiempo más, ahora sí ahí vienen, ahora sí ya vienen, me subieron a otra camilla y me llevaron, me pusieron en la silla esa especial [cama ginecológica] y ya cuando nació, cuando yo sentí que ya nació, alguien gritó: “¡agárralo, se va a caer al piso!” Entonces fue cuando yo lo detuve, ¡imagínate!, después de tantas horas, después de parto. ¡Imagínate!, ¡agárralo, se va a caer al piso, nomás eso faltaba!, entonces ahora sí, ahora sí puja, ahí sí me ayudaron. Nació el primero y yo: “¿por qué no llora?”, pues claro que no iba a llorar, pues yo sabía que cuando nacía un bebé tenía que llorar, desde que estaba chiquita sabía eso, entonces “¿por qué no llora?”, “¡Tú puja, puja, puja!” Entonces pujaba y me acuerdo que lo ayudaban a salir, que fue lo que me debieron haber ayudado con el otro. Bueno, total que ya nació: “dime, ¿por qué no lloran?”, “¿cómo están?” y empecé a oír un sonido, “¡a la madre!”, “pásame el no sé qué y el no sé qué”. Empezaron a volverse locos y yo oía que sonaba algo, “¡pero dime por qué no lloran!” [...] y ya no me acuerdo de nada. (Fátima, comunicación personal)

Fátima explica que tras el nacimiento de sus gemelos ella presentó una hemorragia, el sonido que refiere en su relato era el de su propia sangre; debido a ese sangrado y con la finalidad de controlarlo a Fátima la sedaron brevemente. En su testimonio sobresale nuevamente el abandono y la falta de atención que sufren las mujeres con muerte fetal; solicitar ayuda en varias ocasiones y no recibirla, e incluso ver que el personal estaba ahí y sin embargo no la atendieron fue para ella uno de los aspectos más duros. Nuevamente su relato subraya la violencia obstétrica que ellas soportan.

Las actitudes frías y apáticas por parte del personal de salud se relacionan con que los espacios de ginecoobstetricia se encuentran diseñados para recibir a bebés con vida. La atención al cuerpo y el descuido a la esfera emocional ocurre también en los nacimientos “normales”, pero ante una muerte fetal esta omisión se intensifica, a las mujeres se les atiende considerando el aspecto físico y no un nacimiento como tal, lo cual minimiza la MF y desautoriza la identidad de madres y padres (Cassidy, 2020; Lee, 2012). Cecilia, quien llegó con una dilatación casi completa, pasó directamente a la sala de expulsión; comenta que ahí no hubo un trato sensible hacia su persona ni hacia su hija:

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

**Entrevistadora:** ¿Qué te decían?

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

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

**Cecilia:** Sí, te hablan golpeado, ahí siempre te van a hablar golpeado. Pero más que nada, no miden, saben muy bien que tú ya sabes que no vas a tener a tu bebé en tus brazos y aun así son groseros en el aspecto de “¡puja!, ¡rápido!”. “¡Puja, madre!” Y luego me dijo: “¡tú la tienes que sacar!, ¡tú la tienes que sacar!”, me dijo el doctor. “¡Acuérdate que ya está muerta, tú la vas a empujar, ella no se va a empujar!”, me dijo, esas fueron las palabras del doctor. (Cecilia, comunicación personal)

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

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

La sensación de abandono y falta de cuidados se acrecienta al momento del nacimiento. Las mujeres consideran “traumático” haber parido a sus hijas o hijos en salas comunes y no contar con la suficiente orientación ni ayuda. Violencia verbal y física se identifica en estos testimonios, al aplicarles procedimientos que pudieron ser dañinos para ellas, como la maniobra de Kristeller. La misma comunicación denota una falta de empatía: “acuérdate que ya está muerta”, “ustedes ya no tienen vida que salvar”, estas frases provenientes del personal de salud revelan fallas en la atención con intrincadas raíces. El decir “ya no tienen vida que salvar” nos lleva a reflexionar que quienes atienden no le brindan el mismo valor a la vida de una mujer con muerte fetal que al resto de las madres en las salas de parto. Las actitudes frías y violentas son una manifestación de la poca o nula atención y respeto que se les otorga a las mujeres y a sus hijos e hijas. ¿O es acaso que la vida de ellas no tiene valor? ¿Dónde queda la dignidad, el trato humano que se les debe dar? ¿Dónde está el respeto al nacimiento de un hijo o hija sin vida? Estas vivencias son nítido reflejo de cómo en las instituciones de salud solo se busca la resolución de un problema biomédico, es decir, un embarazo no viable, y no lo ven ni lo atienden como el nacimiento de un bebé sin vida.

### **3. “Claro que la quiero ver, pues si es mía’, ‘no, pero es que ya está muerta”’: el contacto con el hijo o hija**

El contacto con el hijo o hija fallecida es crucial para las mujeres que sufren una muerte fetal. La *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) menciona que es aconsejable que las mujeres y sus familias conozcan al o la recién nacida sin vida. Sin embargo, al tratarse de una recomendación y ante la falta de protocolos institucionales, conocer y poder pasar momentos junto con la hija o hijo depende del personal de salud que las atiende.

Cinco de las entrevistadas afirmaron haber tenido contacto con el cuerpo de su hijo o hija, el resto mencionó que en ese momento no se sintieron preparadas y decidieron no conocerlos; sin embargo, como

señalaré en el apartado de duelo, esta negación llega a tener un impacto importante en el sentimiento de culpa que posteriormente las invade. Ryninks et al. (2014) indican la trascendencia de explicar a la mujer y a la familia acerca de conocer y pasar tiempo con la hija o hijo fallecido; en ese sentido, el rol que ejerce el personal de salud es crucial, ya que de él depende ofrecer la opción y la oportunidad de que se den estos encuentros (Cassidy et al., 2018).

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

Ante la carencia de espacios y protocolos, el conocer al hijo o hija se reduce a minutos. Como ya lo mencioné, algunas mujeres afirmaron que fueron sedadas después o durante el nacimiento, lo que nubló la percepción durante ese breve lapso:

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

La posibilidad de generar recuerdos tangibles en el hospital es casi nula. Las mujeres dijeron que la institución no les entregó algún tipo de pertenencia como huellas, mechón de cabello o algo similar, por lo que al ser algo tan importante para ellas, tomaron sus brazaletes o los ultrasonidos previos como recuerdo. Fátima fue la única mujer que recibió por parte de una enfermera las huellas de los pies de sus gemelos. Al respecto, se ha documentado que fotografías (Blood y Cacciatore, 2013), huellas o mechones de cabello (Crawley et al., 2013) tienen un resultado positivo en el duelo posterior, ya que dan identidad al hijo o hija que perdieron (Camacho-Ávila et al., 2019).

La posibilidad de que el padre de los bebés o la familia los puedan conocer también depende del personal de salud que esté al frente del caso. En ese sentido, no a todos los familiares se les permitió este encuentro. De acuerdo con algunas de las historias aquí reunidas, la misma familia exigió conocerlos y fue por esa exigencia que se logró el contacto.

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

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

**Entrevistadora:** ¿Pediste cargarla?

**Cecilia:** Sí, les dije: “¿la puedo cargar?”; “¡no!”; “¿por qué?”, le dije; “¡por qué no se puede!”. Y recuerdo muy bien que estaba la enfermera, una muchachita que dijo: “Yo no la quiero agarrar”, la tenía que envolver y ella no quería, de la impresión que traía.

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

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

A dos de las mujeres se les negó la posibilidad de llevarse el cuerpo de sus hijos, en uno de los casos por no contar con el peso mínimo y en el otro no le plantearon la opción y ella de momento no lo consideró. Fue hasta después que esa omisión se transformó en sentimiento de culpabilidad. Otras de las mujeres madres aseguran que fueron el miedo y el no contar con apoyo los factores principales para decidir no ver el cuerpo de sus hijos o hijas. Angélica comenta que cuando se reunió con su esposo (estando hospitalizada durante el posparto) solicitó ver a su bebé y no se lo permitieron, esta falta de contacto la llevó meses después a indagar sobre la disposición final de su hija:

Cuando entró mi esposo por mí, que ya me iban a dar de alta, yo le dije: “¿sabes qué?, ¡quiero ver a la bebé! ¡Quiero que me la entreguen! ¡Quiero que me den algo!”, y ya fueron unos doctores y dijeron: “es que ya no te la podemos dar, ya pasó a [...]”, no me acuerdo qué palabras exactamente me dieron, pero al destino que les dan a todos los bebés. Ahí entendí que se van a desechar. Y me dijo: “es que al momento en que nació, la pielecita se le quedó pegada a las sábanas”, me dijeron, “y ya si la ves así va a ser mucho trauma para ti, no te la podemos enseñar”. Y yo, pues bueno, me quedé con eso [...]. Ya después yo me acuerdo que tenía unas amigas que trabajaban ahí, doctoras que estaban de la misma carrera [Angélica estudió unos semestres medicina], les decía: “oye, ¿no te puedes fijar en donde hacen las prácticas si mi bebé no está en un [...] en uno de los contenedores?”, así y yo decía: ¿cómo va a saber, no?, pero en mi desesperación por saber algo, claro que me tumbó el rollo, ¿no? Bueno, pero pues buscaba [llanto] si ya después ya no se podía [...]. (Angélica, comunicación personal)

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

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

El nacimiento de un bebé sin vida rompe con lo que se considera “normal”. El no contar con pautas establecidas propicia que no a todas las mujeres se les permita tener contacto con los hijos o hijas. El no poder ver o cargar a su bebé implica un dolor emocional añadido durante el duelo y se contrapone al habitus materno de las mujeres. Sin embargo, la disposición final del cuerpo de esas hijas o hijos va más allá de no validar la identidad de madres: el no entregar el cuerpo por no “cumplir” con un peso en gramos es entendido como una injusticia por las familias dolientes. Al respecto, y con la finalidad de conocer las causas de estas prácticas, busqué el sustento de esta decisión en la normativa mexicana (Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; Norma Oficial Mexicana NOM-036-SCFI-2016, Prácticas comerciales, requisitos de información y disposiciones generales en la

prestación de servicios funerarios), así como en la Ley General de Salud, específicamente, en el Reglamento en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. En la reglamentación antes mencionada no encontré datos que hablen del tema en cuestión. En el Reglamento de la Ley General de Salud localicé en el artículo 4 que “corresponde a la Secretaría emitir las normas técnicas a que se sujetará, en todo el territorio nacional, la disposición de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos” (Presidencia de la República, 1985, p. 2), el artículo 73 establece: “las disposiciones generales sobre cadáveres serán aplicadas, en su caso, a los de embriones y fetos” (Presidencia de la República, 1985, p. 16).

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

Entonces queda nuevamente a criterio del personal de salud y de los usos y costumbres en los hospitales que, ante una muerte fetal, el cuerpo sea entregado o no. Lo anterior supone una deslegitimización del habitus materno de las mujeres, al no permitirles disponer del cuerpo de sus hijas e hijos. De este hecho surge otra clase de interrogantes, tales como ¿por qué no se les entrega el cuerpo? y ¿cuáles son las causas subyacentes de no entregarlos si no pesan más de 500 g? Recalquemos que para las entrevistadas el peso no guardó conexión alguna con el hecho de percibirse como madres. Lo relacionado con el manejo y disposición del cuerpo del hijo o hija ocasionó incertidumbre, culpa y dolor añadido.

#### **4. “El tiro de gracia”: el periodo tras el nacimiento**

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

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

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

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

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

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

Es claro que la falta de espacios y protocolos imposibilita que las mujeres vivan esta etapa en un espacio de privacidad, pero hay otro elemento vinculado con las omisiones del personal de salud y de las personas que laboran en las instituciones, tiene que ver con generalizar los cuidados al dar por sentado que todas las mujeres en estas salas tienen a sus recién nacidos. El hecho de que las entrevistadas identifiquen como uno de los aspectos más lastimosos el haber estado contestando sobre su hijo o hija supone una molestia adicional, que además evidencia la poca visibilidad de estos casos; no contar con alguna identificación o pauta establecida para no cometer estos errores revela una falta de interés por cuidar la integridad de las madres en duelo.

Al estar en hospitalización, por procedimientos se debe estar acompañada en todo momento por alguna mujer, regularmente son las madres, abuelas de los bebés, o las tías las que están ahí. Aun cuando la mayoría de las mujeres afirmó que no tuvo comunicación directa con las otras personas de la sala, ciertas interacciones sucedieron, interacciones expresadas en comunicación no verbal o bien explícitas, como a continuación se expone:

Una señora sí se nos acercó, nos llevó a su bebé, que si la quería cargar, que era su nieta. Pues por supuesto, ¡yo no, no quiero! y estaba mi mamá conmigo y mi mamá muy molesta, prácticamente la corrió de ahí, ¿no?, porque yo con las cortinas cerradas y ella se metió, le valió. Me dijo: “sé que perdiste a tu bebé, ¿no quieres cargar a mi nietecita?” [...] Y yo: “no quiero”, y mi mamá: “mire, señora, le estoy diciendo que no queremos, váyase de aquí, por favor”. (Daniela, comunicación personal)

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

En países como Estados Unidos y Reino Unido, por mencionar algunos, ante una muerte fetal se siguen protocolos para realizar diversos estudios que permitan identificar la causa de la muerte, por ejemplo,

autopsias al bebé, análisis a la placenta, al cordón umbilical y estudios genéticos. Ninguna de las entrevistadas expresó que se le hayan planteado estas posibilidades, solo a Cecilia se le expuso la factibilidad de una autopsia, pero en el servicio médico privado. Estas omisiones son otro ejemplo de la poca importancia que se les otorga a las muertes fetales en estas instituciones públicas de salud.

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

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

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

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

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

**Entrevistadora:** ¿Y cómo te sentías por eso?

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

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

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

Este asunto dista mucho de ser un aspecto de atención física, no se trata solamente de aminorar las molestias o prevenir una complicación, sino que producir leche materna tras una muerte fetal tiene un impacto significativo en el sentir de las mujeres, ya que se considera un constante recordatorio del fallecimiento del hijo o

hija, incluso una de las entrevistadas se refirió a la leche materna como “lágrimas blancas”. Ante este hecho, nuevamente entra en confrontación el habitus materno con la presencia de leche y la ausencia de la hija o hijo, pues llega a ser incomprensible para la mujer que su cuerpo no distinga la situación y, aunada a la falta de asesoría, la producción de leche viene a ser una de las fases más dolorosas del duelo.

En relación con la información sobre métodos anticonceptivos, por políticas establecidas las instituciones preguntan a las mujeres sobre el método a utilizar posterior a cualquier parto. Ante una muerte fetal, esta asesoría queda a expensas del personal de salud a su cargo, esto significa que los testimonios son variados: a algunas les consultaron, a otras no, a una sin su autorización le colocaron el dispositivo intrauterino (DIU) y a dos les negaron realizarse una obstrucción tubárica.<sup>15</sup> Esta falta en el consentimiento de las mujeres lamentablemente es común en las áreas de ginecoobstetricia, Calvo, Torres y Valdez (2019) lo reportan como una manera en que se ejerce violencia obstétrica. Algunos testimonios versan sobre esta experiencia:

**Entrevistadora:** Allí en el hospital, ¿de la planificación familiar qué te dijeron?

**Brenda:** Me pusieron el dispositivo.

**Entrevistadora:** ¿Te lo pusieron ahí mismo?

**Brenda:** Sí, cuando estaba dormida.

**Entrevistadora:** ¿Ahí te preguntaron o te preguntaron antes o...?

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

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

**Entrevistadora:** ¿Pero no quisieron?

**Cecilia:** No quisieron.

**Entrevistadora:** Y entonces ¿no te sugirieron algo?

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

Existe una clara violación a los derechos humanos de las mujeres, no solamente al invalidar su decisión, sino al manejar su cuerpo sin su consentimiento. Colocar un dispositivo intrauterino y no respetar la decisión de Cecilia confirman lo que otros autores anteriormente han evidenciado: en las áreas de salud reproductiva el saber médico hegemónico se antepone a los deseos de las mujeres (Castro y Eвити, 2015; Castro Vásquez y

---

<sup>15</sup> Método definitivo de planificación familiar, consiste en cortar las trompas de Falopio para evitar futuras concepciones.

Salazar, 2000; Romo-Medrano, 2009). La actitud paternalista de hacer lo que el personal de salud cree correcto se hace evidente y atropella la determinación y la dignidad de las madres.

## **5. “Me hicieron sentir como que mi hija no valía nada”.**

### **Percepción de la atención recibida y violencia obstétrica**

Si bien todos los testimonios aquí reunidos son distintos, convergen en que las mujeres no están satisfechas con la atención recibida; en algunos, la violencia que sufrieron es clara. Esta violencia se manifestó en falta de comunicación y de privacidad, abandono, procedimientos injustificados, entre otros, lo cual infringe lo plasmado en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida sin Violencia, donde –aunque no se explicita la violencia obstétrica– se menciona que no se debe atentar física, psicológica o sexualmente contra las mujeres (Presidencia de la República, 2007). Los relatos indican que el trato en las instituciones de salud va en contra de lo estipulado en los acuerdos internacionales y en la propia normativa mexicana (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1998; Presidencia de la República, 2007).

La violencia obstétrica no es un asunto nuevo, desde hace años se ha documentado dentro de las instituciones de salud y las experiencias de mujeres que sufren MF no están exentas a ella. Dicha violencia se puede definir como los actos que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, los cuales no son consentidos y transgreden su voluntad; aquí se revela principalmente en el trato deshumanizado durante la atención del embarazo, parto y puerperio. La violencia obstétrica se manifiesta con el maltrato que sufren las mujeres dentro de las instituciones de salud al ser juzgadas, atemorizadas, humilladas o lastimadas física y psicológicamente (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2016).

El problema de violencia obstétrica es complejo y estructural, en parte la formación del personal de salud incide en estas prácticas mediante la imposición de castigos y jerarquías (Castro, 2014a); hay relaciones de poder entre el personal y las usuarias, donde el primero asume una superioridad incuestionable fundamentada en el conocimiento científico y técnico (Campiglia, 2017; Valdez et al., 2013; Valdez, Arenas, Rojas y Sánchez, 2018; Villanueva-Egan, 2010). Este problema, aunque se ha tratado desde las instituciones de salud como gerencial, engloba violación a los derechos humanos y de ciudadanía (Castro Vásquez, 2008a); en ese sentido, las mujeres son tratadas como objetos y no como sujetos de derechos, lo cual se relaciona con la introyección del modelo médico hegemónico que confiere el poder y todo el conocimiento al médico o médica (Castro Vásquez y Salazar, 2000). En esta misma línea, Castro Vásquez (2015) lo abordó en investigaciones enfocadas en la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, que dejan patente las historias de violencia institucional en la atención del parto.

Como referí previamente, la violencia obstétrica también emerge en los casos de muerte fetal. Otra de las situaciones que más causó inconformidad entre las mujeres fue el percibir, por una parte, que el personal de salud que las atendía no estaba lo suficientemente preparado para ello y, por otra, las actitudes frías e incluso crueles con las que eran tratadas. Daniela expone los dos aspectos:

Entonces me puso el ultrasonido abajo de la panza y se escuchaba el corazón, pero muy lejos, muy bajito, entonces dijo una de ellas: “ay, es que no sé si sea tu corazón o el de la bebé”. Es que me dice: “no sé si sea la aorta o es tu bebé”. Y yo: “¿cómo no vas a saber?”. “¡Espérate!” y le habló a otro: “verás, chécala tú” y dijo: “no, pues se escucha un corazón, pero pues no sé” y yo: “¿cómo no vas a saber de quién es el corazón, si el mío o de la bebé?”. (Daniela, comunicación personal)

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

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

Haz de cuenta que me pusieron, mi cabeza estaba abajo y mis piernas estaban arriba, entonces trataron de detenerlo de esa manera, el parto. Entonces duré así como siete días, casi siete días, no me pusieron sonda, así hacía pipí, pero del dos nunca hice. Así hacía pipí, cuando me llegaban a llevar el pato, porque era muy raro, o sea, me reventaba, tenía una infección, yo tenía que hacer pipí a cada ratito y no había quien me atendiera, no había alguien que me pasara algo donde hacer pipí. [...] Entonces me acuerdo que cuando estaba en piso llegaba mi hermana y me daba vergüenza, porque todo ese tiempo no me pude bañar, no me pudieron bañar, siete días sin bañarte, sin ir al baño, creo que comí dos veces, todo lo demás era por suero. Cuando me bajaban al cuartito estaba aislada del mundo entero y me acuerdo que estaba, es una tontería, pero me acuerdo en el cuartito al que me metieron apenas cabía la camilla, era bien chiquito, es donde te meten para recuperación, entonces estaba una ventana así muy larga y las persianas estaban volteadas unas para acá y otras para allá, la otra no tenía y luego me pegaba la neurosis y me daban ganas de pararme y acomodarlas. Todo el tiempo que estuve ahí, estuve acomodándolas con mi mente y cuando llegaba una persona a verme, estaba tan sola y tan desesperada... [llanto] que no importaba si era el que barría, le sacaba plástica porque estaba muy sola y estaba pasando un momento muy difícil [...] Un día llegó un doctor y me dijo: “necesito que estés consciente que los vas a perder, o sea, necesito que tú sepas que los vas a perder, sabes que los vas a perder ¿verdad? Los vas a perder, ¿ok?, ¿ok?”. Así, entonces se fue y todas mis ilusiones y todo lo que había inventado, que me agarré del 1% que tenía de esperanza pues me lo pateó cuando llegó y me dijo eso, entonces me puse a llorar y llegó el que barría y me dijo [...] [llanto] “no llores, mi’ja, ellos sienten todo, no les hagas eso” y ya no volví a llorar y pasé otros tres días más acomodando las cortinas en mi mente. Estuvo muy difícil, aparte de perderlos, estuvo muy traumática mi estancia en el Seguro. (Fátima, comunicación personal)

En esta narración se identifican diversas acciones que atentaron contra la dignidad de Fátima y la de sus hijos, manifestadas en falta de cuidados y en violencia verbal y psicológica. Es clara la manera en que las mujeres con hijos o hijas que fallecen en el vientre o que no tienen probabilidades de sobrevivencia son ignoradas o reciben menos atención; este hecho, además de ser sumamente traumático para ellas, supone una minimización de su pérdida y una desvalorización hacia los nonatos y hacia la identidad de madre de las mujeres (Cassidy, 2020), esto es, una desvalorización de su habitus materno.

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

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

Otras sugerencias que atinadamente califican como necesarias corresponden a la atención psicológica, al seguimiento al aspecto emocional y a mejoras en el tiempo y tipo de contacto con el bebé, así como la manera en la que se trata el cuerpo de los y las recién nacidas, punto acerca del cual exigen que, a pesar del peso, sean entregados a sus padres y madres:

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

Las mujeres identifican que la falta de interés en los casos de muerte fetal se debe a que el personal de salud, al tratar tantas situaciones similares, llega a ver la muerte de un bebé durante el embarazo como algo con poca o nula relevancia:

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

Lo expuesto en este capítulo revela la injusta situación a la que se enfrentan las mujeres que sufren una muerte fetal, instituciones y personal de salud no están preparados para atender estos casos de manera adecuada. Por fortuna, aunque escasamente, dentro de las narrativas se rescatan testimonios de cierto personal de salud y otros trabajadores y trabajadoras que dieron un poco más de sí, lo que fue apreciado por ellas; principalmente el personal de enfermería las alentó y consoló. Al igual que en otras situaciones que ejemplifican que depende de quién esté a cargo de la mujer poder realizar o no ciertas actividades, aquí es igual: al no haber protocolos que estipulen un proceso a seguir y de qué forma, el personal que mostró actitudes distintas lo hizo, en algunos casos, por su forma de ser o por experiencias propias. Los gestos amables no se reducen a palabras de aliento, algunas enfermeras y ginecólogas ofrecieron otro tipo de atención, como ayudar a mantener una comunicación con la familia o respetando las creencias religiosas.

Tomar en consideración el deseo de ver o no ver a su bebé, tener la amabilidad de hacer contacto con los familiares, acelerar los trámites para el alta (de modo que las mujeres pudieran asistir al funeral y sepelio de sus hijas o hijos), así como preguntar y conversar un poco con ellas son gestos que calificaron como dignos de reconocimiento. En medio de una experiencia fuerte y difícil, las madres agradecieron que durante su estadía en el hospital algún profesional de la salud mostrara interés en ellas; sin embargo, estas prácticas no deberían

ocurrir solamente por correr con la “suerte” de que las atienda alguien empático, sino que es imprescindible respetar siempre sus derechos: derecho a la información, a ser tratadas con dignidad tanto su persona como el cuerpo de su hijo o hija, cuidar sus necesidades físicas y emocionales, respetar creencias culturales y religiosas. De esta manera se estará respetando su identidad como madres y su habitus materno.

Recapitulando, la forma en la que las mujeres con muerte fetal vivieron y percibieron la atención durante parto y posparto indica que las instituciones de salud no tienen la competencia para atender acertadamente estas situaciones; aunado a lo anterior, las actitudes y tratos recibidos distan de ser apropiados. La violencia obstétrica se encontró en todos los testimonios, manifestada de diferentes formas: verbal, en el modo inadecuado de dirigirse hacia ellas o a sus hijas e hijos; estructural, al no contar con la infraestructura específica que les permitiera cursar esta dura situación con privacidad y acompañamiento; hacia su dignidad y la de sus hijos e hijas al no respetar y gestionar los momentos para su encuentro y al no entregar los cuerpos solo por no alcanzar determinados gramos de peso. El “tiro de gracia”, como lo calificó Cecilia, fue haber estado hospitalizadas en salas comunes donde cohabitaron con otras mujeres y sus recién nacidos, ver a estos bebés y escuchar su llanto fue uno de los momentos más dolorosos de su estancia hospitalaria. El no colocar una identificación o información en sus camillas las expuso a que constantemente se les cuestionara sobre el paradero de sus hijos o hijas. En términos generales, esto nos hace saber que ni la institución ni el personal de salud se encuentran capacitados ni preparados para atenderlas. Su identidad como madres de hijas e hijos fallecidos no es tomada en cuenta, al menos las mujeres no lo percibieron así. Reafirmamos una vez más que el habitus materno, construido y reforzado, llega a un punto de inflexión, a una histéresis, donde su dignidad como personas y como madres se trastoca y se violenta, y esta atención impacta en la vivencia de su duelo, según veremos en el capítulo 7.

## DUELO Y MATERNIDAD: MATERNANDO EN LA AUSENCIA

*Y yo estaba muriendo de dolor, yo no quería salir del hospital,  
no quería salir, cruzar la puerta e irme sola, con las manos vacías.*

*Yo decía: ¿cómo voy a salir de aquí?*

*Y la gente te mira y todos esperan ver al bebé que tuviste.*

*No quería salir de ahí.*

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

Diversos estudios se han abocado a explorar el duelo que se produce en los familiares (especialmente se ha investigado el sentir de la madre) tras una muerte fetal. La palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor. Es definida por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) como las “demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (RAE, 2014, s. p.). Según el *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el duelo no complicado es aquella “reacción normal ante la muerte de un ser querido” (APA, 2013, p. 398); los individuos pueden presentar síntomas de un episodio de depresión mayor como tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso.

Luego de una muerte fetal, la mujer y su familia se enfrentan a una realidad no esperada, las madres refieren la pérdida de una parte de sí mismas y perciben cambios de actitud hacia la vida, hacia las relaciones en sus grupos cercanos y redes sociales. Estas familias inician un proceso de duelo, que en la madre suele llamarse duelo materno (Días dos Santos et al., 2004). Los sentimientos de dolor tienden a intensificarse, ya que no existen rituales religiosos que legitimen, faciliten o reconforten a los padres y madres. Es común encontrar en familia y amigos que se evita hablar del tema por no querer generar más sufrimiento, entonces los padres y madres viven su experiencia en soledad. El silencio y el tabú que rodea a la muerte fetal tiene que ver con la intimidad, ya que socialmente se educa para no hablar de aspectos relacionados con la muerte, el sexo y la reproducción. Se ha documentado que el duelo gestacional implica el mismo dolor que otros duelos, sin embargo, se caracteriza por la proximidad que existe entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores y lo inesperado del suceso,<sup>16</sup> aspectos que confluyen en que la muerte fetal sea minimizada socialmente (López García, 2011).

La intensidad del duelo se encuentra influenciado por las redes sociales (familia, amigos, vecinos, sistema de salud), por el trato recibido por parte del personal de salud (Pastor Montero, 2016), por la

---

<sup>16</sup> La juventud de los padres hace alusión a que las MF ocurren durante la vida fértil de la mujer y, en muchos de los casos, en la primera gestación. Lo inesperado de la MF obedece a que estas pérdidas por lo general suceden sin tener conocimiento previo de alguna alteración en la gestación.

relación de pareja y por la carga social que representa el no cumplir con el mandato de ser madre. Las mujeres siguen algunos mecanismos para afrontarlo como aislamiento, inmersión en el trabajo, enfoque en otros hijos, búsqueda de un próximo embarazo y la religiosidad (Gopichandran et al., 2018). Recibir apoyo social reduce los niveles de ansiedad y depresión, principalmente si ese apoyo proviene de la familia (Cacciatore et al., 2009).

El seguimiento por parte de las instituciones de salud hacia la madre y su familia es escaso o nulo, dejándola al margen de sus recursos y capacidades; por lo tanto, al enlazar los factores se construye un terreno propicio para que estos duelos se intensifiquen o se vuelvan patológicos. En México no existe un protocolo para el seguimiento en el duelo tras una muerte fetal. La *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) sugiere asesoría o apoyo emocional, mas no especifica exactamente en qué deberá consistir tal asistencia.

Entonces las mujeres y sus familias se enfrentan a una realidad jamás esperada: el cuerpo de ella responde como lo haría en un posparto fisiológico, con producción de leche materna y los ajustes normales de un puerperio, solo que sin hijo y dentro de una sociedad que considera el tema como tabú (López García, 2011). Las ocho mujeres entrevistadas expresaron lo que sintieron durante la etapa posterior a la muerte de sus hijos o hijas y cuáles fueron las reacciones de su entorno cercano, en particular respecto de su habitus materno. En este capítulo presento los resultados de las vivencias del posparto sin bebé y el duelo materno, e intento describir cómo se manifiesta la maternidad en las mujeres tras una muerte fetal.

## **1. “Mi cuerpo no sirve para nada”.** **Sentimientos y cuidados posteriores**

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

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

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

El testimonio de Gabriela revela cómo existe una diferencia en la respuesta social cuando una mujer se va a su casa sin hijo. Ella explica que cuando nace un bebé todos quieren conocerlo, por lo tanto, ante la hija o hijo ausente la mujer percibe la evasión del entorno. Este hecho es señalado por investigadores e investigadoras, quienes explican que las reacciones de su red social van dirigidas a minimizar la pérdida, evitar

a los progenitores y superar lo más pronto posible lo acontecido (Heazell et al., 2012; López García, 2011; Lovell, 1983). Estas actitudes influyen en los sentimientos vividos y expresados por las madres.

Los sentimientos iniciales tras la muerte de hijos e hijas fueron señalados en su mayoría como tristeza profunda, soledad, incompreensión y dolor, los cuales manifestaban con llanto y aislamiento. La pérdida del sentido del tiempo también se hizo presente, manifestada en la narrativa como el pasar los días sin actividad o no recordar ciertos lapsos, letargo o despersonalización. Estas expresiones forman parte del duelo, en este caso del duelo materno. El problema con los casos de muerte fetal, que bien identifica Mendoza-Luján (2014), es que socialmente se tiene la premisa de que tras una vida plena viene el deceso. En este sentido, las muertes en el embarazo rompen con lo esperado, ya que estamos frente a bebés que no alcanzaron una vida extrauterina, por lo tanto, se tiende a ver estos fallecimientos como un hecho físico y al no relacionarlos con la existencia humana, la pérdida se minimiza, provocando con esta invisibilidad duelos más intensos en los padres: “Nada, nada, nada, absolutamente nada. No salía tampoco, me la pasaba encerrada en la casa, a veces viendo la tele, que ni atención le ponía o a veces sí. Entonces, pensando, pensando y no hacía nada de provecho”. (Daniela, comunicación personal)

Ante toda la estructura idealizada y construida durante la vida de las mujeres y en particular durante el embarazo sobre el habitus materno, la muerte fetal llega a asumirse como un fracaso como mujer y como madre (Brierley-Jones et al., 2014; Oviedo-Soto et al., 2009; Wonch Hill et al., 2017). Eso desata un cúmulo de sentimientos agudos, entre los cuales la culpa y el enojo tienen menciones importantes. Las ocho mujeres manifestaron haber sentido alguno de estos, ya sea hacia ellas mismas, hacia su pareja, hacia el personal de salud o hacia Dios.

Autoculparse, sobre todo al inicio del duelo, fue generalizado en las narraciones de las mujeres, además de recriminarse por no haber hecho algo distinto, por haber tenido alguna omisión en los cuidados o no haber exigido una mejor atención. Un aspecto sumamente relevante relacionado con el *deber ser* de la mujer y su habitus materno se manifiesta en el sentimiento de culpa que experimentaron por pensar que no fueron capaces (como se supone, *deben ser*) de identificar que algo estaba mal y salvar a sus hijos o hijas. Hilda y Fátima refirieron no haber podido identificar ese *instinto humano* o *maternal* que les debería haber alertado sobre la situación:

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

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

Murphy (2019) argumenta que el instinto materno aparece en las mujeres que sufrieron muerte fetal en virtud de que ellas asocian que por ser mujer y estar embarazadas surge un conocimiento instintivo. Ante la creencia de que la gestante debe identificar si algo está mal, las muertes fetales reafirman su fracaso al pensar que su instinto materno no fue capaz de alertarlas y, por lo tanto, al no proveer seguridad al hijo, su competencia como madres queda en tela de juicio. Este punto en particular sirve para visibilizar cómo la estructura estructurada del habitus se hace evidente, es decir, cuando una norma social se encarna en las mujeres (Castro y Aranda, 2020), ejemplificada en que una mujer *debe* identificar alguna señal de alarma durante el embarazo. Este hecho se manifestó en las mujeres entrevistadas, quienes aseguraron que ante esa sensación de fracaso la culpa se incrementó.

Las causas por las que ellas se sintieron culpables son diversas: alguna caída, subirse a un avión, no salir de una relación enfermiza, no entender señales relacionadas con algo que pudiese explicar la muerte sorpresiva del hijo o hija.<sup>17</sup> Recriminar al cuerpo por no haber podido culminar un embarazo también fue expresado por algunas madres:

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

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

Los testimonios de Hilda, Fátima, Angélica y Gabriela ejemplifican cómo las muertes fetales, al romper las expectativas sobre el *deber ser* de la mujer, visibilizan el carácter regulador y opresivo de lo que es considerado “normal” o “natural”, llevándolas a cuestionar su persona, su identidad como madres (Cacciatore et al., 2013; Koopmans et al., 2013) y la funcionalidad de su cuerpo (Romo-Medrano, 2009). En ese sentido, la muerte fetal constituye una amenaza para su identidad y para lo que se había estructurado como habitus materno. Murphy (2012) también identifica cómo las mujeres se señalan por la muerte del hijo o hija, es decir, se sienten culpables de su fallecimiento. Este sentimiento se incrementa, como se verá adelante, por las reacciones del entorno.

La culpa, además de dirigirla hacia ellas mismas, la apuntan en gran parte a Dios. Un conflicto interno surge al cuestionar el porqué de la muerte de los hijos e hijas cuando ellas manifestaron ser buenas personas, cumplir con los mandatos sociales que dicta el *deber ser* de una buena mujer, una buena madre; asociar este actuar con la pérdida crea choques que derivan en la culpa hacia Dios:

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

---

<sup>17</sup> Las muertes fetales, salvo aquellas donde existe un diagnóstico desde la gestación (algo que alerte que la muerte se puede presentar), llegan de manera sorpresiva al no percibir signos de alarma durante la gestación.

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

Las madres que identificaron y relacionaron negligencia u omisión médica en su cuidado y la muerte de sus hijas o hijos dirigen el enojo y la culpa hacia el personal de salud que las atendieron. Gold, Sen y Leon (2018) explican cómo la autoculpa y la culpa hacia dicho personal puede volverse una respuesta desadaptativa y crónica, por la intensidad del dolor. Hilda y Daniela confirman que su coraje se volcó hacia las y los profesionales de la salud, sobre todo al advertir que trataron de explicar o justificar lo sucedido exponiendo datos que ellas identifican como falsos o al hablar del cansancio que padecen:

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

Más que nada salí con mucho coraje del hospital, con mucha rabia, tanto a enfermeras como a doctores y hasta la fecha la tengo [...] en el acta de defunción pusieron que venía enredada en el cordón, por supuesto que en ese momento no la leí, hasta después que la leí, dije yo: ¡si no venía enredada nada! Incluso la ginecóloga particular me dijo: “van a querer limpiarse las manos y van a poner que venía enredada en el cordón o le hacía falta el líquido amniótico” [...] Y sí, dicho y hecho, pues decía que venía enredada en el cordón, que es algo que no es cierto, pero pues ya, ¿qué iba a reclamar? (Daniela, comunicación personal)

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

Los sentimientos y el dolor de estas mujeres pueden llegar a ser tan profundos e insoportables que dos de las entrevistadas dijeron haber tenido ideaciones suicidas. Aunque ninguna manifestó haber intentado acabar con su vida, sí mencionaron que esa idea pasó por su mente en varias ocasiones. Verse privadas de los hijos o hijas, o vivir los sentimientos experimentados en ese momento las orilló a albergar este tipo de pensamientos. Heazell et al. (2016) refieren que las ideaciones suicidas, la ansiedad y los ataques de pánico se llegan a presentar hasta durante cuatro años posteriores a la muerte de los hijos o hijas, encontrando como el detonante más significativo la falta de legitimidad del entorno:

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

**Entrevistadora:** ¿Sí te pasó por la cabeza?

**Fátima:** Sí, por supuesto [llanto]. Fueron momentos muy difíciles, pensaba yo: hay cosas peores y la gente lo supera, pero [...] no sé si hay algo peor. Ya analizándolo bien, no sé si haya algo peor [...]. (Fátima, comunicación personal)

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

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

Además de estos sentimientos, tras la pérdida sufrida y el egreso hospitalario, algunas de las mujeres requirieron cuidados específicos por su condición (control de presión arterial, glucosa); la mayoría (seis) decidió no irse a su hogar y quedarse en casa de sus familiares cercanos. Si bien es común en la cultura mexicana que en el periodo de posparto la mujer pase un tiempo en casa de su madre, en estos casos es notorio –a partir del testimonio de algunas de ellas– que las razones por las cuales decidieron no ir de inmediato a su hogar están influidas por la sentida necesidad de evadir los espacios donde vivieron sus embarazos. Los cuidados posteriores al parto fueron brindados principalmente por sus madres, pero también por su pareja, hermanas y tías. Mayoritariamente esos cuidados se centraron en el área física: curaciones, vendajes, medicamentos, limpieza de los espacios, atención a otros hijos y alimentación.

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

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

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

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

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

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

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

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

Otra situación que incrementa el sentir en el duelo está relacionada con la producción de leche materna. Como lo expuse en el capítulo 6, las mujeres lo catalogan como una de las reacciones corporales más dolorosas del proceso:

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

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

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

En el capítulo anterior especificué que el contacto con el cuerpo del hijo o hija fue distinto entre las mujeres: algunas pudieron ver al bebé, tocarlo, cargarlo brevemente; otras comentaron que no se les dio la oportunidad o bien que no la aceptaron en ese momento. Sanabria (2019) identificó en Argentina que las madres que no pueden disponer del cuerpo de sus hijas o hijos manifiestan dolor y angustia por las formas en que lo manejan y disponen de él:

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

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

Es posible analizar, con los datos presentados, cómo se registra una “histéresis del habitus” (Bourdieu, 2007), es decir, el habitus –estructurado en las mujeres para ser madres– se topa ante una situación no planeada, inesperada, lo que desencadena una crisis; esto lo podemos ver en las manifestaciones intensas expresadas por las mujeres en relación con los fuertes sentimientos de culpa, de ideación suicida, sintomatología de malestares diversos, episodios depresivos y ansiedad (Cacciatore et al., 2008; Cassidy, 2015). Tal como refiere Fátima al mencionar haber experimentado una especie de “locura temporal”, donde la magnitud de los sentimientos la llevó a fabricar ideas de acabar con su vida. La muerte de un hijo o hija durante la gestación es muy compleja y difícil para las mujeres, ya que se encuentran ante una crisis de su habitus materno y además ante una sensación de que su sentir no se ajusta a lo que los profesionistas de la salud y la sociedad esperan.

Aun cuando la *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único* (Secretaría de Salud, 2010) sugiere brindar acompañamiento y apoyo emocional a las madres, en los testimonios la mayoría de ellas indicó que no hubo ayuda por parte de las instituciones de salud en este sentido. Tres recibieron, durante su estancia hospitalaria, la visita de un psicólogo; sin embargo, ellas mencionan que la forma de abordarlas no fue apropiada, al percibir que el personal de salud subestimaba sus muertes:

[...] Vino una psicóloga de ahí del Seguro [...] y me empezó a decir: “tienes que ser fuerte, si quedaste bien, puedes tener hijos más adelante”, me empezó a decir del caso que hubo en ese tiempo donde hubo un autobús que no sé si se volcó o chocó, pero murieron varias personas en ese accidente [...] como que lo que pasó en esa noticia lo enfocó en mí, no me sirvió de nada sus palabras y sentí así como de qué, ¿sabes cómo lo sentí en ese momento? Lo sentí como que: ¡ándale, ya pasó, ya pasó!, así sentí yo. “¿Sabes qué?, le decía, a mí no me digas nada de eso ahorita, yo quiero tener a mi hija, yo la quiero, cuando entré aquí estaba viva, yo tenía que salir de aquí con ella en los brazos, y en cambio...”. “No, no lo tomes así, todos hicimos lo mejor posible, si te hubieran hecho la cesárea hubieras muerto tú o hubieran muerto las dos y pues no, mijita, ahorita estás aquí, tienes que aprovechar la vida” y así. (Hilda, comunicación personal)

En el Seguro no, o sea, realmente no se le dio seguimiento, porque pues me dijo la psicóloga que este tipo de casos pues no ocupaban, pues que había mucha gente que había perdido familiares quemados, etcétera, o por cáncer o así, bebés. Y me dijo que tenían un grupo donde se reunían, pero nunca me volvió a poner otra cita, nunca me hizo un procedimiento de te voy a volver a ver. Me recetaron medicamento para la depresión y nunca me lo quise tomar. (Gabriela, comunicación personal)

Estos testimonios reflejan cómo la invisibilidad del duelo materno tras una pérdida en el embarazo no es exclusiva del entorno, sino también del personal de salud mental. Las madres que recibieron este incipiente apoyo no consideraron adecuadas las maneras en las que ocurrieron los encuentros, ni la insistencia de tomar medicamentos para controlar las emociones.

Tabla 4. Atención a la salud mental y emocional de las mujeres

	<b>Terapia psicológica</b>	<b>Terapia tanatológica</b>	<b>Psiquiátrica</b>	<b>Alternativa</b>	<b>Apoyo familiar</b>
Hilda	No	No	No	Taller energía-reencarnación	Sí, mucho
Fátima	No	No	No	GAM*	Relativo, evasivo
Daniela	2 sesiones	No	No	GAM	Sí, mucho
Cecilia	Sí	No	Sí	No	Poco
Angélica	No	No	No	GAM	Aislamiento
Gabriela	Tres terapias	Sí, una sesión	No	GAM	Sí, aislamiento
Brenda	Sí, cinco sesiones	No	No	No	Sí, evasión
Elsa	No	No	No	No	Poco, evasión

\*Grupo de ayuda mutua (GAM).

Fuente: Elaboración propia.

Durante los meses posteriores algunas de las mujeres buscaron opciones para atender su duelo, ya fuese con terapias psicológicas, psiquiátricas o alternativas. Cabe destacar que no todas pidieron ayuda, algunas mencionaron que no lo consideraron necesario; mientras que para otras el gasto que suponen las terapias en la economía doméstica fue la causa de no recurrir a ese tipo de apoyo.

Las mujeres que buscaron ayuda psicológica refieren que, al igual que aquellas que recibieron atención de un o una psicólogo durante su estancia hospitalaria, los abordajes no fueron adecuados, esto refleja una probable falta de capacitación del personal de salud mental en relación con el duelo ante la muerte fetal. La percepción de falta de empatía y de desestimar su sentir se mencionó en sus testimonios. Daniela comenta que al asistir con dos psicólogos, le diagnosticaron depresión sin dar seguimiento a su caso, ella explicó que la causa de no seguir buscando este tipo de asistencia fue percibir que sus sentimientos no eran validados por los PS:

**Daniela:** Fui con psicólogo, fui con psicólogo particular, con dos. Pero siento que una de las primeras [sesiones a las] que fui me dijo que tenía depresión grave, me diagnosticó con depresión grave. Tuve dos sesiones con ella y me dijo: “te voy a mandar con un psiquiatra, te voy a hablar”, me dijo, “para darte el nombre” y me iba a poner la cita ella, “te voy a poner una cita aquí mismo con un psiquiatra, ¿estás de acuerdo?, sí, te voy a hablar para apartar la cita y la hora”. Hasta la fecha estoy esperando. Nunca me habló.

**Entrevistadora:** ¿Dos te dijeron que fueras con un psiquiatra?

**Daniela:** Sí, porque traía depresión grave, una me dijo que primero me iba a mandar con un tanatólogo [...] Ya no quise ir y ya no fui [...] Ya dejé de ir porque yo sentía como que me tiraron a loca, como de: ¡ay, vete!, entonces ya no fui. Ya no quise volver. (Daniela, comunicación personal)

Cecilia fue la única en afirmar que siguió un tratamiento psicológico y psiquiátrico hasta que la dieron de alta. En su caso, fueron sus familiares los que la motivaron a recibir esta atención. Cecilia comenta cómo el tiempo posterior lo vivió como una locura, el punto de inflexión para ella fue perder la noción temporal-espacial al extraviarse en el centro de la ciudad: “de repente desperté y no sabía ni dónde estaba”. Para ella, asistir con un psicólogo y psiquiatra fue de gran ayuda:

**Entrevistadora:** ¿Y cómo te trataste?

**Cecilia:** Pues fui, me trataron con psiquiatra y con psicólogo.

**Entrevistadora:** ¿Y cómo estuvo eso del tratamiento?, ¿fuiste mucho con el psicólogo?, ¿cómo fue la atención ahí?

**Cecilia:** Me daban pastillas para dormir y otra pastilla, no recuerdo el nombre.

**Entrevistadora:** ¿Y el psicólogo te veía?

**Cecilia:** El psicólogo, pues era hablar y hablar. Duré como siete meses yendo con él.

**Entrevistadora:** ¿Te dieron de alta o tú dejaste de ir?

**Cecilia:** No, me dieron de alta. De hecho, me dijeron que si yo tenía la necesidad de ir, podía ir a sacar cita. (Cecilia, comunicación personal)

Los grupos de ayuda mutua, en este caso el grupo “Padres del Cielo”, fue un respaldo al que recurrieron algunas de las mujeres; dijeron que en esta asociación, constituida por padres que tuvieron pérdidas similares,

encontraron empatía, ayuda y consuelo. Fátima, Daniela y Angélica expresan que haber coincidido en un espacio con personas que habían pasado por condiciones parecidas las ayudó a empezar a hablar de sus hijos o hijas, trabajar su duelo y darse cuenta de que podían salir adelante. Este grupo fue sugerido a las madres por algún familiar, por su ginecólogo o bien a través de redes sociales.

[...] a partir de que fui a “Padres del Cielo” llegué [con] mi mamá: “mamá, que esto y a una mamá esto y Sofía esto” [...]. A partir de que empecé a ir al grupo ya pude empezar a hablarlo, pues, o sea ya no lo mantenía, ya no [...] Se me facilitó el saber que había más, porque yo no conocía a más mamás [...]. (Angélica, comunicación personal)

Si bien estos grupos resultan de ayuda para muchas madres, no lo son para todas. Gabriela comenta que al inicio sí le fue de apoyo, pero tras algunas sesiones notó que escuchar el dolor y las historias de otras mujeres le causaba una sensación de intranquilidad, es por ello que decidió ya no asistir. No obstante, comenta mantenerse activa en un grupo de WhatsApp de la asociación, porque de esa manera se considera dentro de la comunidad:

Hasta que ya, pues fui saliendo poquito a poquito. Yo creo que hasta que encontré el grupo este de las mamás. Que yo creo que no te imaginas en ese momento, yo creo que piensas que eres la única y que descubres un bonche de mamás que hemos perdido bebés [...] y sí, me fue de ayuda, porque pues yo creo que al principio te sientes como sola, o sea que te acompañan, pero en realidad nadie te entiende, pues si no les ha pasado, nadie te puede entender [...] en eso siento que me ayudó, en el entender que no era la única, que había más gente como yo, que estaba pasando por lo mismo, ver a las demás cómo pudieron hacer sus vidas, que veía las que ya tenían más tiempo que nosotros y que tenían hijos y yo les mandaba mensaje personal: “oye, ¿cómo pasaste por esto?”; “oye, ¿cómo le hiciste para esto?”, a las que tenían más tiempo, ¿no? Decía yo: algún día voy a estar así [...] Pero yo creo que yo decidí no ir a las pláticas [...] porque sufro más, siento que ya me ayudó lo que me tuvo que ayudar el grupo, porque cada vez que entraba alguien nuevo como que me reavivaba y obviamente pues siempre van a ir más nuevas, van a ir mamás nuevas y te van a contar lo que pasó con sus bebés y sentía que yo no las podía ayudar, ¿me entiendes? (Gabriela, comunicación personal)

Ante las dudas y el dolor presentes tras la muerte de un hijo o hija, algunas de las madres dijeron haber explorado otras opciones para comprender su sentir o encontrar una razón al porqué de la muerte del bebé. Algunas siguieron terapias alternativas, como talleres de emociones o constelaciones; Hilda expresa que este tipo de ayuda impactó positivamente en ella, mientras que Gabriela menciona que en su caso no fue así. Como parte complementaria, algunas mujeres comentaron que escuchar canciones sobre duelo, escribir a las hijas o hijos, seguir páginas sobre duelo y dibujar contribuyó a liberar un poco su sentir. Para otras, empezar a trabajar, a socializar, aunque difícil al inicio, fue positivo para canalizar su sufrimiento.

Recapitulando, las emociones descritas en los testimonios son expresiones del habitus materno. En relación con la salud mental, no todas experimentaron la necesidad de buscar este tipo de ayuda, sin embargo, aquellas que sí lo hicieron se vieron ante una realidad confusa. No todos los profesionales de la salud mental están capacitados o son sensibles acerca de lo que representa una muerte fetal para las familias, por lo tanto, percibir esta incomprensión incrementó su frustración. La búsqueda de grupos de apoyo, en redes sociales o presencial, puede reflejar que al no encontrar respaldo en otros lugares hallan comprensión y empatía en personas que han vivenciado una situación similar. En estos espacios, las mujeres sienten la confianza de

hablar de sus hijos e hijas como *sus hijos e hijas* y referirse a sí mismas como *sus madres*. De acuerdo con Angélica, dichos espacios de contención les permiten reivindicar y reafirmar su habitus materno, aun ante una maternidad distinta.

## **2. “Soy como la papa caliente y me duele mucho eso”.**

### **Reacciones del entorno: de la empatía a la evasión**

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

Las parejas/padres de los hijos o hijas tuvieron una participación importante en el testimonio de las mujeres, pues el duelo no es exclusivo de la madre, el padre también sufre. No obstante, en algunos casos no se vivencia de la misma manera o al mismo tiempo, esto crea una especie de desfase entre la pareja y su respectiva pena.

Respecto a cómo viven los hombres estas experiencias, las investigaciones son pocas. La paternidad ha cambiado en los últimos años. Actualmente existen nuevos modelos de comportamiento paterno relacionado con el embarazo, parto y crianza; por lo tanto, la muerte de un hijo o hija, aun en la etapa gestacional, es un evento traumático que impacta psicológicamente a estos padres. A pesar de esas transformaciones, los hombres continúan viviendo sus duelos en silencio, aislados, ya que se espera que ellos sean fuertes y que cobijen a la mujer, pero se les debe brindar atención y apoyo al igual que a la pareja (Badenhorst et al., 2007; Gaussia et al., 2011; Koopmans et al., 2013b; Mota, Aldana y Gómez, 2018).

De las ocho entrevistadas, tres de ellas afirmaron estar separadas de su pareja/padre de las hijas o hijos. Elsa y Brenda mencionaron que aunque se encuentran en esta situación, no atribuyen el motivo de su separación a este hecho. No obstante, Cecilia comenta que pese a que tenían problemas previos, la muerte de su hija fue lo que marcó la ruptura.

El duelo y la relación de pareja ejemplifican bien los roles de género presentes en nuestra sociedad. El género actúa como marcador del orden social al asignar papeles socialmente contruados a hombres y a mujeres (Scott, 1996). Estos mandatos de género que dictan roles a las mujeres están relacionados con los roles maternos, hablar de maternidad es hablar de género, en este sentido estos mandatos forman parte del habitus. Las muertes fetales dejan entrever esos roles: por un lado, para la mujer es esperado y permitido por el entorno manifestar su dolor y llanto; los padres, por el otro, deben afrontar otra realidad: de ellos se espera que brinden apoyo y sean fuertes para su familia. Ahora bien, al analizar los testimonios encontramos estos roles (de madres y padres) en un mismo escenario, lo cual llega a crear ambientes de incomprensión al no percibir que le brinden la misma importancia a la muerte de los hijos o hijas.

Tener hijos previos marcó de manera importante la vivencia del duelo. Cuatro de las ocho mujeres sí tuvieron hijas o hijos antes de sufrir la muerte fetal y explicarles lo acontecido con su hermano o hermana fue sumamente difícil y doloroso. Sin embargo, también rescatan que sus hijos mayores fueron la principal razón para salir adelante. Al igual que los padres, los hermanos son otros actores que quedan a la sombra cuando se habla de muerte en la gestación.

Otros de los afectados poco visibilizados son los abuelos. La investigación acerca de cuánto les lastima la muerte fetal es un tema escasamente estudiado, Murphy y Jones (2014) explican que el rol de los abuelos se

dirige al cuidado de los padres y madres —es decir, sus hijos—, pero poco se les toma en cuenta en su papel de dolientes. Al respecto, e incidentalmente, encontramos que principalmente para las abuelas tocar el tema llega a ser doloroso. El enojo, coraje y dolor por haber perdido a su nieto o nieta influye en no querer hablar sobre ese deceso.

Una muerte fetal impacta no solamente a la madre, sino también es una gran pérdida para el padre, los hermanos, abuelas, tías, tíos, etcétera. Las reacciones del resto de los deudos influyen en el sentir de las mujeres, el avanzar en su duelo llega a ser impulsado por ver cómo el entorno sufre. Lo aquí presentado es solo un pequeño panorama de lo que significa la muerte fetal para estos actores, pues es necesaria mayor investigación en el tema.

Además de la pareja, la familia cercana y el círculo social son figuras determinantes al momento de brindar cuidado y apoyo. Las reacciones percibidas en los demás van desde un respaldo incondicional hasta la evasión, e incluso se encontraron actitudes no asertivas que llegan a responsabilizar a las madres por el destino que tuvieron sus hijos o hijas, pero la presencia de personas cercanas que también experimentaron este trance crea un lazo de empatía fuerte, el caso de Gabriela es ejemplo de ello:

El día de las madres, fíjate, sí ha sido como que la controversia de... por ejemplo, el primer día de las madres una tía que perdió un bebé me felicitó y yo me acuerdo de cuando perdió a su bebé [...] una vez vino y platicó conmigo, me dijo: “mijita, yo sé lo que se siente, te vas a ir acoplando, vas a ir entendiendo las cosas”. Y me dio mucho gusto que platicara ella así conmigo. (Gabriela, comunicación personal)

La indiferencia o evasión del tema también fue mencionada como una de las reacciones del entorno cercano, lo cual refleja el tabú social. Tratar de ocultar lo sucedido, no hablar del asunto y esconder los objetos o ropa que pertenecían a las hijas o hijos fue común, acciones que ocasionaron un malestar mayor en las madres:

[...] Mi mamá nunca me habla por teléfono, nunca va a mi casa, es como que prudente de más. Entonces me decía: “tú sabes que yo vivo aquí, enseguida de ti, cuando me necesites, aquí estoy”, pero no es como que: “¡mamá, estoy llorando, ¿puedes venir?”, o sea, ni al caso, entonces sí me hice como solitaria en exceso. (Fátima, comunicación personal)

Pues fíjate que nosotros nos cambiamos de casa y en parte fue como que ya, borrón y cuenta nueva, de parte de la familia no fue como que un ¿cómo te sientes?, como que también quedó en pausa de ellos. O sea, no fue algo que se volvió a hablar. (Angélica, comunicación personal)

La evasión provoca en las mujeres la percepción de que la pérdida de sus hijas e hijos no es tomada con la importancia que ellas le asignan. La identidad como madres, su habitus materno, entra en duda al sentir que se espera que se recuperen lo más rápido posible para intentar nuevamente un embarazo (Brierley-Jones et al., 2014). Este sentimiento se incrementa cuando algún allegado, sobre todo alguien de la familia cercana, expresa su enojo o culpa hacia la madre:

Sí, sí hubo personas que sí. Mi abuela, yo decía: “es que no fue mi culpa” y me decía: “¡sí, tú te ibas!”. Mi esposo tiene su negocio como a media hora de aquí, entonces siempre que me iba con él, se le paraban los pelos a mi abuela [...]. (Fátima, comunicación personal)

Y sí hubo gente que... hay un tío que siempre nos reímos por los comentarios que hace, pues hizo los comentarios: “Ay ¿ves?, ¿por qué no pariste particular?”, y yo no lo podía creer, es mi padrino, igual lo tomé de quien viene, ya se espera un mal comentario [...]. (Daniela, comunicación personal)

Mis tías: “es que se te pasó el parto”. Así fue cuando falleció la niña, una de mis tías y luego otra de mis tías: “es que tú la mataste, porque la ahogabas, porque no pujabas, no pujabas bien”, la que estaba ahí. (Cecilia, comunicación personal).

Los testimonios de Fátima y Cecilia, principalmente, ejemplifican que el cuidado de los hijos e hijas, incluso desde el embarazo, es una tarea asignada exclusivamente a las mujeres y ante cualquier eventualidad, la culpa recae sobre ellas. Siendo la maternidad una experiencia individual pero también colectiva, donde lo propio de la mujer se entrelaza en un medio social y cultural (Gil-Bello, 2018), se advierte en estos ejemplos – el no saber pujar o haber fallado en algún cuidado– que se remarcan los elementos culturales o prácticas sociales en los que se “supone” que existió una falla en la mujer al no cuidar su embarazo. Las mujeres se sienten sumamente lastimadas cuando encuentran esta clase de agresiones contra su identidad como madres.

Como se mencionó, las reacciones pueden ser negativas o positivas. Algunas relataron que al advertir la evasión e invisibilidad de los hijos e hijas en su contexto cercano, decidieron hablar y en cierta manera exigir que los y las tomaran en cuenta dentro de la familia. Fátima narra cómo ante la evasión por parte de su hermana, ella la obliga a tocar el tema, lo que deja ver que el silencio era causado por no quererla incomodar y causarle mayor dolor:

Entonces le dije un día: “¡es que me da mucho gusto que llores!, ¡yo pensé que era la única loca a la que le dolía, la que los mencionaba!, que ¡ellos sí pasaron por aquí, ellos sí existieron!, o sea, son tan parte de mi vida como si estuvieran aquí, pues, o sea, tú tuviste tus hijos, los pariste, están aquí, yo también los parí, pero no están aquí, pero también son parte de mi vida”, [respondió:] “¡También pienso en ellos todos los días!, aunque no los mencione por no incomodar”. Entonces me dijo muchas cosas que yo no sabía, me dijo: “perdóname por la palabra que voy a usar, pero yo no sabía que un feto podía estar tan guapo”, me dijo, “eran preciosos, no es porque sean mis sobrinos, pero son unos de los bebés más bonitos que he visto en mi vida” [...]. Entonces me sirvió mucho, le agradezco mucho que sí se haya abierto al final, porque son cosas que quiero, no tengo nada, pues, tengo unas huellitas, un dibujo que yo hice y me los imaginé así y nomás, en realidad fueron algo muy importante en mi vida, todos los días. (Fátima, comunicación personal)

El apoyo de esta red cercana es de suma importancia, Cacciatore et al. (2009) identifican que aquellas mujeres que sufren una muerte fetal y cuentan con respaldo social presentan menos problemas relacionados con ansiedad y depresión. Este respaldo se hace visible en los testimonios de Hilda y Gabriela, quienes comentan que aunque haya pasado tiempo desde la muerte de sus hijos, sus familiares continúan hablando y considerando a sus bebés como parte de la familia:

[...] Mi mamá hasta la fecha hay veces que dice: “mi Renata esto [...] Imagínate a la Renatita con estos dos [sus hijos], con los desastrosos que son [...] Tan inquietos, imagínate cómo hubiera sido la Renatita”. Han pasado 3-4 años y aun así [...]. (Hilda, comunicación personal)

Al principio como que no, cómo te digo, como que no lo contaban, pero conforme yo fui hablando de él, o sea, que yo me dirigía de José como mi hijo, que es mi hijo, no que fue, que es mi hijo, pero no está presente, como que ellas entendieron, “¡ah ok, a ella le gusta que lo mencionen y que se hable de él!” y ellas de repente, o sea, de que “no que Josecito”, lo mencionan pues, no es como que lo excluyan. (Gabriela, comunicación personal)

Al igual que con los familiares, las reacciones de los demás –es decir, de amistades, vecinos, conocidos– tienen un impacto en el duelo de la madre. Los testimonios al respecto fueron variados, sin embargo, en todos los casos se confirmó que luego de la muerte fetal el entorno social sufre cambios. Amistades desaparecen y otras aparecen. El tabú que rodea al tema de la muerte emerge y es muy evidente en algunas historias, la evasión por parte de amistades, el actuar como si nada hubiese ocurrido causa en las mujeres un dolor que se suma al ya mencionado anteriormente:

Mis amigas desaparecieron, haz de cuenta que no tenía ninguna amiga, nada, ya después llegó una y me dijo: “perdón por haber sido tan cobarde” [...] Soy como la papa caliente y me duele mucho eso, por supuesto que si somos amigas preferiría que me preguntaran todo, somos amigas. Yo creo que yo sí lo haría, pero pues uno no puede esperar que todas las personas sean como es uno. (Fátima, comunicación personal)

La evasión va más allá de hacer sentir incómoda a la mujer. Pensar que al abordar el tema se causa molestia las orilla a no hablar y por lo tanto se incrementa su aislamiento social:

[...] Hubo amistades que ya no volví a saber nada de ellas y otras sí volvieron, pero igual, no es algo que podamos platicar mucho. Hace como seis, siete meses tuvimos una reunión de amigas [...] y no se tocó el tema para nada [...], entonces estaban platicando: “no, que cuando yo tuve a mi bebé” y que no sé qué, “pesó tanto y fueron tantas horas”, y estaban platicando y si dice ella que se sobaba la panza y “¡ah! ¡Yo también cuando estaba embarazada me tocaba mucho la panza!”, dije y todas así asombradas [...]. Entonces me di cuenta que era tan incómodo para ellas que preferí mejor no volver a decir nada [...]. (Fátima, comunicación personal)

Un aspecto relevante al retomar actividades cotidianas estriba en interactuar con embarazadas o niños pequeños, lo cual llega a generar sentimientos de coraje, frustración o tristeza en las madres:

No, baby shower no. De hecho, falleció la niña y tres amigas, cuatro, que hicieron baby shower a ninguno fui. No pude ir. No me sentía preparada. Hasta la fecha no he ido a ninguno. (Daniela, comunicación personal)

Con todos, o sea, mi coraje era con todos. De hecho, a raíz de eso yo no podía ver bebés; yo veía bebés y me daba coraje, no podía cargar un bebé, veía embarazadas y hasta coraje me daba. (Cecilia, comunicación personal)

La maternidad y el duelo se encuentran altamente influidos por elementos sociales que responden al contexto cultural e histórico en el cual se desenvuelve la madre y la falta de apoyo de la comunidad la orilla a suprimir su duelo en público, incrementando el retraimiento (Heazell et al., 2012). Cecil (1996) y Lovell

(1983) refieren que al ser el nacimiento y el fallecimiento dos eventos distintos que deberían estar separados por una vida plena, al traslaparse, socialmente se invalidan. La visión y por ende las reacciones de la sociedad tienen una relación estrecha con el concepto de muerte de cada cultura. Las respuestas recuperadas de las narrativas nos reafirman la invisibilidad que socialmente se tiene de las muertes fetales y del impacto negativo que esta evasión produce sobre las madres en su habitus materno.

### 3. “Luego vas a tener otro”. La visión social de la muerte fetal

Los estudios desde la perspectiva sociocultural han documentado las experiencias de las mujeres que sufren muertes fetales y su relación con la maternidad, la cultura, la sociedad y el duelo por parte de los dolientes.

La muerte fetal no se trata únicamente de una situación biológica, sino que se combina lo psicológico y lo sociocultural. En la esfera social, el deceso y el nacimiento son vistos como eventos separados que cuando convergen en un nacimiento sin vida parecieran invalidarse, creando un tabú social; es decir, una situación moralmente inaceptable (Cacciatore, Defrain y Jones, 2008; Cacciatore, Blood y Kurker, 2018; Cassidy, 2015).

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

Socialmente existe la concepción de que tras una vida plena, fallecer es hasta cierto punto esperado. La experiencia y el conocimiento de la muerte se basa en esa premisa, sin embargo, las muertes fetales rompen con este balance, ya que estamos frente a un ser que no experimentó una vida o un ciclo vital extrauterinamente, pero es también una pérdida; no se reduce a un embarazo que ya no es viable. Por poseer una naturaleza particular, las muertes intrauterinas provocan procesos de duelo distintos, más intensos, que pueden retrasar su aceptación. El apoyo social y familiar tendrá que ser prolongado e incluyente:

El evento muerte perinatal no es una cuestión sólo de políticas públicas, tampoco es exclusivo de los círculos académicos. Es una cuestión de muerte trágica que afecta a los individuos y sus relaciones, a la sociedad y su estructura, por ende, se relaciona en lo psicoafectivo, lo religioso, lo social y cultural. Es nuestra labor tratar este evento desde los diversos enfoques para poder difundir y aplicar los apoyos para los deudos, la reestructuración del tejido grupal y restablecer la dinámica social. (Mendoza-Luján, 2014, pp. 112-113)

En relación con la cultura y las MF, Cecil (1996) publicó que en diferentes culturas se trata de manera distinta la muerte fetal, lo cual depende del concepto que se tenga de la muerte y del significado que se les otorga a los no nacidos. Cecil plantea una serie de cuestiones de interés antropológico, un conjunto de ideas sobre el cuerpo, la vida, la muerte, el comienzo de la vida, los rituales y la cultura. Los artículos se enfocan en poblaciones no occidentales como India, Jamaica, Papúa Nueva Guinea, Tanzania y Camerún, centrándose en lo que llama *etnoembriología*. Una de sus conclusiones es que las perspectivas de las mujeres y su bienestar emocional se encuentran marginados del ritual social, religioso y de la atención médica propios de cada lugar.

De acuerdo con Pollock et al. (2019), el estigma que las mujeres percibieron por parte del entorno y del personal de salud se manifestó con sentimientos de vergüenza, devaluación de la maternidad y discriminación. La culpa surge y no se dirige únicamente a las madres, también se orienta hacia el personal de salud que atendió sus casos (Gold et al., 2018).

Lovell (1983) conceptualiza como “jerarquía de tristeza” a la creencia por parte del personal de salud y de la sociedad de que a mayor edad gestacional se espera mayor sufrimiento, aunque esta idea no se apega a lo expresado por las mujeres. La autora refiere que las pérdidas tempranas del embarazo se minimizan aún más socialmente que aquellas que ocurren en una etapa tardía de la gestación, formulando una clasificación y evaluación del dolor, no a partir de lo referido por las madres y sus familias, sino por la concepción del desarrollo fetal y del vínculo padres-hijo que se hubiese desarrollado.

Los argumentos que expone Mendoza-Luján (2014) sobre cómo se visualiza y lo que significa la muerte fetal son por demás interesantes. Según apunta el antropólogo, estos sucesos de pérdida rompen con el ciclo esperado de los eventos naturales: nacer y morir no está concebido como acontecimientos simultáneos. La cultura a la que pertenece la mujer y su familia influye en gran medida en cómo se vive la muerte fetal. Cecil (1996) deja en claro que de cultura en cultura varía la forma en la que se visualizan estos eventos, existiendo sociedades en donde aspectos mágico-religiosos son factores que explican estas situaciones y que llegan a ser causa de estigma en las familias. Por último, la aportación de Lovell (1983) sobre la “jerarquía de tristeza” deja ver cómo el sentir de madres y padres es evaluado o clasificado por la sociedad y los prestadores de servicios de salud en relación con la duración del embarazo. Estos estudios permiten identificar algunos de los elementos socioculturales que rodean a las muertes fetales.

En cuanto a los resultados de la presente investigación, encontré que el dolor y el sufrimiento de los padres difícilmente, como se advierte en los testimonios, es validado por la sociedad. Investigadores e investigadoras identifican que existe un estigma en torno a la mujer y su familia (Brierley-Jones et al., 2014; Murphy, 2012; Pollock et al., 2019), manifestado en la evasión y la consecuente sensación de abandono por parte de las mujeres:

Es un duelo muy difícil porque es un duelo muy solo, es un duelo que nadie entiende más que alguien que lo haya pasado, porque fue un “no lo cargaste en tus brazos”, “no lo conociste”, “no supiste cómo era”, “luego vas a tener otro”, “no te preocupes”. Me han dicho: “¿para qué tienes su foto ahí?, o sea, es como meterle el dedo a la llaga”, “ya supéralo, ya déjalos descansar”. (Angélica, comunicación personal)

En mi familia no me tocan el tema, no sé si por lástima, no sé. En el momento sí, “ay, pobrecita, échale ganas” y ahorita no, a lo mejor porque me ven bien o para no darle lástima, o sea, no me explico yo. (Elsa, comunicación personal)

Como ya mencioné, uno de los factores que llegan a incrementar el duelo es la juventud de los padres (López García, 2011); socialmente este factor juega otro papel: para los demás, la juventud de la madre es sinónimo de fertilidad, razón por la que esperan se inicie la búsqueda de otro embarazo. En ese sentido, se confirma que las muertes fetales no son entendidas como la muerte de un hijo o hija, pareciera más bien que se está ante un proyecto que fracasó y que es necesario volver a emprender.

Lo anterior se ve reflejado en las respuestas que dieron las mujeres al preguntarles si sentían que socialmente eran consideradas como madres que perdieron a una hija o hijo. La mayoría respondió con una

rotunda negativa y atribuyen que la gente tenga esa percepción al hecho de que no conocieron a los hijos o hijas fuera del útero:

No lo han vivido [el entorno], no le toman importancia, no es un ser humano, no ha pasado por esta vida o no sé, si ya cumplió un año y ya estuvo aquí, duró 15 días, es más, si estuvo en la incubadora un día ya lo toman en cuenta; cuando los perdemos, así como los perdemos nosotros [dicen] ya supéralo, no tiene sentido, pues [...]. (Fátima, comunicación personal)

Yo digo que lo ven como algo que pasa muy rápido, algo que no contó, como que no pasó, o al menos así lo siento yo, que es como “ni vivió” como que “equis”, como que pasó nada más. No siento que le den la importancia que uno como mamá se la da, como que si no vivió, ni respiró. Yo siento que no se le da la importancia que uno le da, porque uno, aunque nazca dormida, cuenta, tiene un valor. (Daniela, comunicación personal)

La poca relevancia otorgada hacia sus hijas e hijos se extrapola al personal de salud, ya que durante la atención las mujeres notaron que no les dieron el valor que tenía para ellas, devaluando con esto su identidad como madres e impactando en su habitus materno:

La sociedad lo ve normal, como si fuera prácticamente un aborto, así lo ven. Prefieren decir que no existió. Para no hacerte, irónicamente, más daño, supuestamente. [...] Mira, está mal desde la sociedad porque no lo quieren ver como lo que es [...] un bebé falleció. En la salud, porque no te dan el proceso de que tú te despidas de tu bebé, no te hacen ver como la mamá de un bebé, la mamá que perdió un bebé, te hacen ver como que falleció y quedó en el olvido. No te ven como la mamá que va a salir con sus brazos vacíos, lo ven todo muy normal. (Cecilia, comunicación personal)

El número de semanas de gestación en las que ocurre la muerte determina la respuesta del entorno social. Angélica comenta que su dolor fue poco validado porque perdió a su hija a las 22 semanas, en comparación con una familiar cuya hija falleció a pocos días de nacida:

Para los demás no existe [...] Que no existió porque no lo vieron en físico [...] tiene que ver con la duración del embarazo, sí tiene mucho que ver como lo miran, o sea, es que yo siento que sí. Cómo te diré, si no está a término, si no nace a término, no hubo bebé, o sea, ponle tú que nació de seis meses, así duró seis horas y estuvo en incubadora o algo así, entonces sí: “ah, sí tuvo su bebé y le batalló, luchó [...]”. [...] Yo siento que no lo toman tanto en cuenta, como te comento, pues Sofía se fue de 22 semanas, ¡nadie la tomó en cuenta! Y por ejemplo, ahora mi sobrina que se fue ya de 34, a término, entonces sí: ¡ah, la bebé! ¿Sí me entiendes? No fue conocida pues, la conocen porque yo hablo de ella, pero si no, nadie la toma en cuenta. (Angélica, comunicación personal)

Ante la evasión del tema o la indiferencia por parte del círculo social, algunas mujeres sienten la necesidad de no hablar de sus hijos o hijas frente a una comunidad que parece no comprenderlas; no obstante, cuando se da la oportunidad, aprovechan para aludir a ellas y ellos:

Es que tampoco yo hago incomodar, nomás digo: “ah, cuando estaba embarazada de Sofía”, no es como que me ponga a platicar mucho, ¿sabes que se quedan extrañados de que [...] “o sea, ¿la tomas en cuenta?”. Así, ¡se sienten extrañados! [...]. (Angélica, comunicación personal)

Un ejemplo de cómo reacciona el entorno social en relación con la maternidad tras una muerte fetal se tiene en el día de las madres. Algunas mujeres mencionan cómo en su familia se volvió controversial saber si se les debe felicitar o no, principalmente a aquellas mujeres que no tenían hijos previos:

El día de las madres, fíjate, sí ha sido como que la controversia de, por ejemplo, el primer día de las madres una tía que perdió un bebé me felicitó [...] Y el día de las madres ella me felicitó y me dio gusto que me felicitara, pero a la vez sentía como que qué triste que te feliciten si no tienes a tu bebé aquí, pero pues igual eres mamá, o sea, mi esposo me felicitó, mi mamá me felicitó, pero había gente que le daba como cosa felicitarme, me abrazaban mas no me decían “feliz día de las madres”, ¿me entiendes?... o en el abrazo que yo les daba a las mamás, como que ellas también, pero nunca me decían “feliz día de las madres” porque, pues, prácticamente no es un feliz día, no es un feliz... (Gabriela, comunicación personal)

Tal vez mi familia sí me considera mamá, no sé si la demás gente, pero no creo, en mi familia sí se habla de ella como si nada, incluso el día de las madres, mi hija falleció en diciembre, pues llegué a la casa de mis papás. A duras penas, porque no quería ir, pero mi mamá qué culpa tiene y ahí voy, y me dio mucho sentimiento que recibí regalos de todos, entonces... Sí como que mi corazón se apachurró, porque todos me dieron regalo ahí en mi casa. Mi papá, mamá, mis hermanas, e incluso hasta mi cuñado llegó de: “ay, felicidades”... entonces sí me hizo sentir triste, pero bien. (Daniela, comunicación personal)

El día de las madres brinda un escenario que permite reflexionar sobre la visión social de las muertes fetales. En los testimonios compartidos encontramos situaciones en que la familia cercana identifica y mantiene el título de madre a las mujeres, sin embargo, ellas se dan cuenta de que el resto de quienes las rodean no las considera así, principalmente cuando el fallecimiento ocurre en el primer embarazo. Los testimonios de Gabriela y Daniela muestran que aunque se identifiquen como madres, las reacciones de las demás personas influyen positiva o negativamente en su sentir. Cassidy (2015) habla de cómo estas crisis pueden ocasionar una destrucción de su identidad.

Recapitulando, tras la muerte fetal las mujeres se enfrentan a una crisis en su habitus materno, la cual se intensifica por la atención recibida por parte del personal de salud en las instituciones y por la evasión o reacciones del entorno, que las llega a culpar por el deceso del hijo o hija. Estos elementos influyen en que ellas mismas lleguen a poner en tela de juicio su identidad como persona, mujer y madre, creando una *hístéresis* en su habitus materno. Ahora bien, en las mujeres entrevistadas el habitus materno no permanece en ese estado de crisis, sino que se fortaleció, lo anterior se manifiesta en que siguen considerándose madres de los hijos e hijas fallecidas y ejercen un *maternaje en la ausencia*.

#### **4. El fortalecimiento del habitus materno: maternando en la ausencia**

El fallecimiento de sus hijos o hijas fue planteado por todas las mujeres como el evento más doloroso y difícil de su vida. Como mencioné, López García (2011) analiza que la juventud de los progenitores, lo inesperado de la muerte y la minimización de esta experiencia por parte de la sociedad crea un ambiente que propicia que estos duelos se profundicen. Además de lo anterior, las entrevistadas añadieron otro factor: la atención inadecuada y violenta recibida en las instituciones de salud. El experimentar sentimientos profundos e intensos, así como los cambios en las dinámicas familiares y en el entorno social, las lleva a enfrentar una

crisis, un tipo de histéresis en su vida e identidad, principalmente en su habitus materno. Al preguntarles sobre si tras la muerte de la hija o hijo cambió en algo su actitud hacia la vida, todas respondieron que sí, en mayor o menor escala; algunas expresaron sentirse todavía en un proceso de transformación:

Después de eso no sé, de verdad está como para que te metan a un manicomio, está de verdad como para volverte loca, o sea, unas crisis, no sé si en algún momento de mi vida pueda volver a ser yo misma [...], siento que todavía necesito mucha ayuda [...]. (Fátima, comunicación personal)

[...] Entonces me dejaron de interesar muchas cosas, muchas, muchas cosas, pero aprendí a valorar muchas otras que no valoraba... como mi familia [llanto]... Siento que no le daba la importancia que tenía. Entonces cambió... cambió eso... aprendí a valorarlos y ves la vida totalmente diferente. Te cambia, no sé, te cambia todo. Ves la vida muy diferente. (Daniela, comunicación personal)

Todas las mujeres comentaron haber sentido culpa, coraje y tristeza tras la muerte de los hijos o hijas. Al respecto, algunas mencionaron sentirse culpables de lo acontecido, ya sea por no exigir un trato distinto, por haber realizado alguna actividad que consideraron de riesgo, o bien por habitar un cuerpo que no logró culminar un embarazo, esta culpa se manifestó como uno de los procesos más difíciles de aceptar y que más impacto tuvo en su habitus materno.

Sentir el fracaso en su *instinto materno* se enmarcó en los ideales sociales sobre el embarazo y la maternidad. La idea del instinto materno se asocia a que debe existir un conocimiento innato en la gestante que le debe alertar cuando algo está mal; en este sentido, la culpa se asocia al cuestionamiento de su competencia como madres (Murphy, 2019). Tras la muerte fetal, las mujeres afrontaron un conflicto interno en relación con no poder cumplir con los mandatos sociales de una buena mujer y una buena madre (Cassidy, 2020).

La mayoría de las mujeres expresó sentir depresión, tristeza profunda, crisis de ansiedad, trastornos del sueño e incluso ideaciones suicidas. Fátima menciona: “me estoy volviendo loca, decía, me quiero suicidar”, Daniela confirma que el suicidio “pasó por mi cabeza varias veces”. Ellas atribuían este sentir a la sensación de fracaso como mujeres y como madres, al abandono y maltrato en los hospitales y al encontrar un vacío de comprensión en el entorno. Estos ejemplos los identifiqué como la manifestación de la histéresis del habitus materno luego de la muerte fetal, es decir, las expresiones de la mujer ante una situación inesperada y un campo y agentes que invisibilizan la existencia y muerte del hijo o hija.

Las entrevistadas aseguraron que a pesar de lo duro y difícil de la vivencia, su identidad como madres se mantiene; es decir, el habitus materno se fortalece. Pero este ajuste no se presenta inmediatamente, por el contrario, es un proceso con altos y bajos, que lleva a la mujer a revalorar aspectos de su propia vida y a adaptarse a una realidad distinta a la planeada. Tras la crisis inicial o el punto de inflexión en lo que concierne al habitus materno, para estas mujeres existe un cambio en la forma en la que ven la vida y en la que significan la llegada y partida de sus hijos o hijas. El efecto de histéresis se empieza a materializar al ir encontrando cómo adaptarse a la situación, lo cual les permitirá seguir “funcionando” en razón del campo social. Al respecto, al cuestionarles sobre si se sentían diferentes a como eran antes de la llegada y partida de sus hijos o hijas, algunas externaron que, aunque no estén físicamente, la responsabilidad de una madre se conserva:

Sí, de hecho, siento que ya no, o sea, a pesar de la situación, siento que ya no vuelves a ser la misma persona, ¿no?, que ves muchas cosas diferentes. Y sí, me siento diferente al ser mamá de Ana. Sí hay una diferencia. A lo mejor sientes como una responsabilidad que físicamente no la tienes, pero la

tienes, o sea, no sé cómo decirte, físicamente no tienes a alguien a quien atender, a quien cambiarle los pañales, etcétera. Pero yo la siento conmigo, no sé o siento como una responsabilidad diferente, pues eres mamá de alguien y no está, pero sigues siendo mamá de alguien, aunque no esté... (Daniela, comunicación personal)

Existen cambios hacia la vida tras la pérdida, las mujeres afirmaron haber aprendido a vivir nuevamente, no superando u olvidando al hijo o hija ausente, sino adaptándose a vivir con la ausencia más presente en su vida:

Siento que con esto de Josecito sí ves las cosas de otra manera [...] Josecito para mí significa todo, todo. O sea, significa unión entre nosotros, a pesar de que sí tuvimos problemas como matrimonio, significa fortaleza, significa prueba, significa valor, significa vida a pesar de la muerte, significa no sé, muchas cosas. La tanatóloga me preguntó que cómo me sentía después de lo de Josecito, yo le dije que ¡me sentía invencible!, o sea que me sentía invencible, que me sentía como un superhéroe, que podía todo [...] siento que la pérdida de un hijo así, como dicen, no tiene nombre. Estás viuda, estás huérfana, pero estás sin hijo, ¿cómo estás? ¿Qué nombre le das? Y siento que al haber pasado por eso, siento que pasas por muchas cosas. O sea, que nada supera la muerte de tu hijo. A pesar de que puedas pasar por otras muchas muertes, pero siento que nada supera la muerte de tu hijo. Y así me siento y siento que ese valor le ha dado, y ese significado le he dado a esto y pues obviamente me siento mamá, a pesar de que no esté presente físicamente, pero yo sé que soy mamá. (Gabriela, comunicación personal)

Las declaraciones anteriores afirman que las madres, aun cuando no encuentran un campo social que concuerde con sus necesidades –es decir, ante una histéresis del habitus materno– logran fortalecer ese mismo habitus, manifestado en ejercer una maternidad distinta ante un hijo o hija que físicamente no está. Todas las mujeres confirmaron ser las madres de los hijos o hijas fallecidas, independientemente de la edad gestacional, de las reacciones del entorno, del trato en las instituciones de salud y de la invisibilidad en general que perciben de la sociedad. Ante ello podemos deducir que el habitus materno, reforzado durante el embarazo y puesto en crisis luego de la muerte fetal, encuentra un camino en la invisibilidad y se hace presente en las mujeres. Sentirse madre no se limita a ese título: ellas se sienten orgullosas, resilientes de que ante las situaciones difíciles e incomprensibles logran volver a configurar su maternidad, esto es, su habitus materno.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación radica en este último elemento, el fortalecimiento de un habitus materno hacia una hija o hijo fallecido, revelado en lo que llamo *maternaje en la ausencia*. El maternaje se ha definido como los componentes psicoafectivos que se desarrollan y que vinculan a la mujer con el hijo o hija, es una práctica o agencia que permite visualizar las conductas maternas (Chodorow, 1978; Oiberman, 2005; Salazar, 1998; Sancho, 2016). De inicio no pretendía explorar si existía un maternaje tras una muerte fetal; sin embargo, las percepciones, acciones, pensamientos y expresiones tras el fallecimiento indican que el habitus materno encuentra una manifestación en el maternaje, uno distinto pero que simboliza una conexión afectiva con el hijo o hija, lo que da como resultado un *maternaje en la ausencia*.

Ante el nacimiento, la maternidad se concreta en acción. Las mujeres inician un maternaje materializado en brindar cuidado y en mantener una relación afectiva con la hija o hijo. Luego de la muerte fetal encontramos que las mujeres manifiestan en mayor o menor escala un *maternaje en la ausencia*, es decir, expresan el vínculo con el hijo o hija fallecida, mismo que reafirma su condición de madre en una situación incomprensible como es la pérdida en el embarazo.

Las ocho mujeres entrevistadas aseguraron sentirse como las madres de los hijos o hijas que murieron. Todas consideran importante mantener su imagen en la memoria familiar, con este fin ellas y sus familias realizan una serie de actos en su memoria. Si bien no con la misma intensidad, todas mencionaron que sus hijos o hijas fueron, son y serán una parte importante de ellas mismas.

Las mujeres comentaron que se fueron dando cuenta durante la gestación de que sus hijos o hijas iban adquiriendo una identidad propia: tenían un nombre previo a su partida, solo una no alcanzó a conocer el sexo del bebé antes de la MF, pero el nombre estaba asignado. Conocer el sexo, poner un nombre, iniciar la selección de ropa y otros objetos elegidos exclusivamente para ellos o ellas influye en ir constituyéndoles a los nonatos una identidad. Este hecho lo señaló Layne (2000), quien habla de que adquirir artículos para el bebé crea en las mujeres un imaginario real de esa hija o hijo al dotarle de características únicas; luego de una MF, las madres les atribuyen estas características con mayor énfasis:

[...] El día de muertos puse sus cosas, sus juguetes, sus cobijitas, sus fotos, chocolates que les encantaban, que cada vez que comía chocolates se volvían locos en la panza, y lo puse y llegaban y las tres personas que lo vieron daban de gritos, entonces yo estoy acostumbrada a ver sus cosas, para mí no era tan así, porque yo estoy acostumbrada a ver sus cosas. (Fátima, comunicación personal)

Con la finalidad de recordarlos y hacerlos presentes, todas las mujeres afirmaron tener ciertos objetos pertenecientes a las hijas o hijos, ya sea ropa o alguna imagen de ultrasonido; quienes no poseían objetos específicos mencionaron que poco a poco han ido construyendo recuerdos, ya sea de algo material o creando algún dibujo, pintura, etcétera:

Todas sus cosas yo las tengo, todas sus ropitas, su cuna, su portabebé. Todo está en mi casa, los zapatitos, el primer biberón que le compré, la primera ropita. Todo, todo, está ahí. (Daniela, comunicación personal)

[...] De hecho agarramos un trajecito, aquí lo tengo, con el que lo íbamos a sacar del Seguro y dormimos con él, desde entonces dormimos con él, o sea, desde que pude ver sus cosas dormimos con él, bien chistoso y lo lavo, o sea, lo lavamos y lo volvemos a poner aquí... (Gabriela, comunicación personal)

Mantener algunas pertenencias para recordarlos es relevante para las mujeres y sus familias. En el caso de Daniela, la tumba tiene especial importancia, ella menciona cómo desde que su bebé falleció cada mes acude al panteón a visitarla, lo mismo en fechas especiales. Adornan su tumba constantemente con imágenes infantiles, color rosa y con la única foto que tienen de ella. Fue común encontrar en los relatos que las madres sostienen que sus hijos o hijas son parte de ellas, que forman parte de su día a día y que su recuerdo está presente siempre:

**Entrevistadora:** ¿Qué tan frecuente piensas en tus hijos?

**Fátima:** Todo el día, todos los días. Todo me recuerda a ellos. (Fátima, comunicación personal)

En mi casa se habla de ella, no crea que tenemos de que: “ay, no hables de ella, ¡no!”, en mi casa se habla de que “ay, la Anita”. Mi hermana tiene una muñeca, mi hermana ya está grande, pero tiene una muñeca que se la dieron de chiquita y mi mamá dice: “uy, esa muñeca te la iba a quitar la Anita”... y se fue enojada, con el ceño fruncido [muestra la foto de la bebé]. (Daniela, comunicación personal)

Recordar su ausencia sucede tanto en las mujeres que no tienen hijos o hijas antes o después, como en aquellas que ya los tenían o que los tuvieron luego de la pérdida:

Y sabes qué... cada vez que me pongo a recordar es como [...] yo se lo he dicho a mi esposo, el tiempo no te ayuda a olvidar, siempre, siempre lo vas a tener ahí en tu cabeza, en tu corazón, siempre lo vas a tener, pero el tiempo sí te ayuda a recuperarte, a pasar el duelo, pero a olvidar a esa persona que tal vez ahorita estuviera corriendo por aquí, por mi casa, no. (Hilda, comunicación personal)

No sé, yo estaba con la idea de que yo ya tuve un niño, para mí mi hijo siempre está presente, siempre estoy pensando en él, no es algo que, hasta ahorita, después de tantos años, lo haya superado, lo haya olvidado o lo deje de querer o deje de doler, todo es igual. Sabe, no sé, a pesar de todo el tiempo que ha pasado es igual para mí y es muy difícil ver, por ejemplo, ver a mi otro hijo, lo gracioso que es, ahora que camina y todo y yo digo, o sea, que me perdí todo eso con mi otro hijo. (Brenda, comunicación personal)

Algunas mujeres mencionaron incorporar a la hija o hijo en su día a día para mantener su memoria y lo consideran de suma importancia en su vida. Angélica refiere la trascendencia que tiene para ella que su hijo posterior sepa de la existencia de su hermana: “Fíjate que con una tarea del niño, un árbol genealógico, sacamos las fotos que tengo [en] una computadora de los ultrasonidos y todo y pusimos a la bebé en el árbol genealógico” (Angélica, comunicación personal). Por su parte, Gabriela comenta:

[...] Siempre lo recuerdo, tengo la foto de él aquí, todos los días cuando voy al trabajo me despido de él, pero ya no es tanto, obviamente sí hay dolor, yo creo que siempre va a haber dolor, pero ya no tanto el llorar. Como te digo, es más nostálgico, de que quisiera que estuviera aquí, o veo a mis amigas con bebés y cómo me gustaría que Josecito estuviera aquí, así, o cumpleaños y me lo imagino cómo estuviera. Así pues, yo creo que todas, ¿no?... (Gabriela, comunicación personal)

Cada una explicó ampliamente el dolor que le causó el deceso del hijo o hija. Algunas contaron con mayor apoyo social que otras y la atención en las instituciones no llegó a ser adecuada para ninguna, pero todas dijeron sentirse orgullosamente madres de las hijas o hijos fallecidos y consideran un deber de su maternidad mantener su memoria presente: “pues más que nada ahora que a todos lados la comento, a todos lados la hablo, ¡pues porque es parte de mí! Porque siempre, todo el día, en detallitos, no hay día que no me acuerde de ella”. (Angélica, comunicación personal)

La memoria de estas hijas o hijos encuentra un lugar especial en la narrativa de las mujeres, quienes comentan que cuando una persona les pregunta cuántos hijos tienen, ven una oportunidad y, hasta cierto punto, una obligación como madres el mencionarlos: “Yo le digo tengo tres: dos conmigo y un ángel”. (Hilda, comunicación personal)

Cuando me preguntan cuántos hijos tengo, veo la oportunidad más grande del mundo para hablar de ellos y contesto normalmente que tengo dos en el cielo, pero muchas veces me preguntan personas que yo sé que son muy duras o muy así y les digo que no, depende como vea a la gente, pero normalmente digo que sí, que tengo dos en el cielo. Y la reacción de la gente me trauma, casi siempre no saben qué decir. (Fátima, comunicación personal)

Angélica inició un proyecto especial por la memoria de su hija, además de que tiempo después de las entrevistas empezó a formar parte de la asociación civil “Padres del Cielo”. Al ser fotógrafa, comenzó a tomar fotos de duelo gestacional para aquellas mamás que, como ella, no pudieron conocer a sus hijos:

Hace mucho que seguía a Norma Grau [fotógrafa española especialista en duelo gestacional], hace mucho que la seguía y así fue como me pregunté: ¿y si empiezo a hacer lo mismo que ella? Como te digo, siempre buscaba algo que hacer para los aniversarios de Sofía, pues busco algo que hacer, cuando cumplió tres hice esas fotos, cuando cumplió cuatro las hice públicas y quise hacer como que una reunión. Siempre buscaba, busco hacer algo significativo para ella. Y ahí fue cuando empecé como que hablarlo y a platicarlo más e inició el proyecto de El legado de Sofía. (Angélica, comunicación personal)

Ya sea hablar abiertamente de los hijos e hijas, celebrar los días que consideran especiales, tener y mantener memoriales en sus casas con objetos que los representan o bien recordarlos diariamente, son actividades que llevan a cabo con la finalidad de conservar la memoria de sus hijas e hijos presentes y mantener una relación afectiva con ellos y ellas. Estas acciones tan distintas a cuando se tiene un hijo o hija con vida no dejan de ser formas de brindar cuidado y amor que reafirman su identidad como madres. Estas acciones son la expresión de que estas madres maternan y la manera en que manifiestan su *maternaje en la ausencia*.

## CONCLUSIONES

*Pero para mí, el ser mamá, siento que sí ha sido algo, o sea, siento que me ha pasado algo muy bonito a pesar en una situación trágica [...] ahora que me pasó, pues esto de ser mamá sí me gusta, o sea, sí me gusta esto de la maternidad, a pesar de que no la lleve como una mamá con su bebé...*

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

La experiencia ante la muerte fetal genera rupturas diversas en la vida de quienes la padecen. Ahora tengo una mirada que preciso explicar a fin de delimitar desde qué posición en el campo analizo este problema en sus dimensiones sociales.

En el área de la atención a la salud me ubico desde la práctica de enfermería; y en el ámbito universitario, como profesora que forma a personas que ejercerán esta profesión, enfatizando prácticas de cuidado y la atención. Finalmente, como doctora en Ciencias Sociales me encuentro con la posibilidad de revisar lo que inició como experiencia personal, a fin de retomar los aspectos sociales y culturales que pudieran abonar a un enfoque más complejo del que pudieran ir surgiendo las propuestas de atención.

Durante la investigación retomé la tradición francesa de Pierre Bourdieu con la idea de analizar el habitus materno, es decir, lo que estructura y da cimiento a la forma como nuestra sociedad vive y comprende la maternidad, y quise responder cuáles serían los cambios o rupturas que puede generar un evento como el de la muerte fetal.

Antes de la amarga experiencia de perder a mi hija Ana Paula en el último mes de embarazo, el término muerte fetal significaba para mí solo una complicación posible y temida de la gestación, pero lejana.

Luego de un breve tiempo de ejercer la enfermería en hospitales, tomé el camino profesional de formar a personal de esta área en nivel universitario, en el que he acompañado la preparación de jóvenes; en estos escenarios me tocó brindar cuidados o bien orientar e instruir a profesionistas en formación. Si bien en pocas ocasiones estuve frente a mujeres que sufrieron una muerte fetal, asumí las prácticas y el modo de atención y de operar día a día dentro de las instituciones. A posteriori veo que la formación recibida como licenciada en enfermería conforma un habitus como profesional de la salud que poco permite cambiar prácticas de atención que se diseñan para cuidar el momento del nacimiento, y que no se cuenta con formación ni capacitación para acompañar y atender lo que implica la muerte de una hija o hijo durante la gestación. La muerte fetal es una posibilidad biológica, pero cuando se presenta, la atención centrada en los aspectos biomédicos tiene otras prioridades y quedan de lado las condiciones que pueden afectar los aspectos psicológicos y sociales de la salud de estas mujeres.

Para las instituciones de salud la muerte fetal es un tema invisible o negado, de ahí que al vivir la experiencia pude percatarme de lo que significa afrontarla y como formadora de personal de enfermería sentí la obligación moral de explorar este tema, hablar de lo que no se quiere hablar, hacer visible el trato que reciben las mujeres dentro de las instituciones y las vivencias de la etapa posterior. Las madres que enfrentan una muerte fetal sufren la muerte del hijo o hija, la frustración de los planes, sueños y expectativas personales y –en palabras de Bourdieu– experimentan una tensión de fuerzas encontradas que hace patente y explícito lo que normalmente no se cuestiona sobre el habitus materno, por lo que se ven forzadas a atravesar un duelo cuando se esperaba al bebé que durante meses sintieron con vida.

La constante reflexión sobre las implicaciones de abordar un tema por las razones previas me llevaron en un primer momento a la búsqueda de acompañamiento de especialistas en psicología, y luego a la participación en un grupo de apoyo que recién surgía en la ciudad de Hermosillo. Después de un año de seguir el proceso de comprender la experiencia personal, inicié la tarea de investigación. El principal reto era retomar esta vivencia con una distancia que me permitiera comprender mejor lo que les sucede a las mujeres con lo que nombré habitus materno.

La pregunta general que orientó el estudio fue ¿cómo se manifiesta el habitus materno tras la experiencia de una muerte fetal en mujeres atendidas en los servicios públicos de Hermosillo, Sonora? Con la finalidad de dar respuesta a ella apliqué entrevistas en profundidad a ocho mujeres que sufrieron una muerte fetal. A continuación, presento las principales conclusiones del estudio.

El habitus materno lo defino como todas aquellas estructuras relacionadas con la maternidad que influyen en la mujer y que de manera particular dirigen sus prácticas, percepciones y expresiones durante el embarazo, la atención al nacimiento y el ejercicio de la maternidad en la etapa posterior. El habitus materno se va estructurando a lo largo de la vida de las mujeres, sin embargo, para este estudio me interesó conocer cómo esta estructura se intensifica o modifica en el momento del embarazo y, sobre todo, saber cómo tras una muerte fetal el habitus padece una crisis al verse en una situación no esperada ni planeada. Bourdieu refiere que cuando se dan condiciones, situaciones, hechos y cambios de gran magnitud se genera una “histéresis del habitus”, lo cual, en nuestro caso, provoca que la mujer ajuste su habitus materno para poder adaptarse a esa nueva circunstancia o entorno.

En este apartado conjunto y analizo los elementos planteados en los capítulos anteriores y expongo cómo las expectativas, el valor que le da la sociedad a la maternidad, así como la atención que reciben las mujeres en los hospitales impactan en su sentir tras la muerte fetal.

La relación mujer-madre ha hecho de la maternidad eje fundamental y fundante de la vida de las mujeres. La maternidad ha sido conceptualizada de diversas maneras, para este estudio partí de definirla como una experiencia de gran valía en las mujeres, ya que las participantes en esta investigación expresaron que el deseo de dar a luz fue y es algo de gran importancia en sus vidas. Las entrevistadas dijeron vivenciar una maternidad elegida y gustosa. Si bien este sentir está influido por elementos sociales y culturales, permite comprender lo dicho por ellas ante la muerte fetal.

Los testimonios aquí reunidos reafirman que la maternidad ha estado presente desde la infancia como un destino, una meta. La fortaleza de este mandato social se refleja en el testimonio de Hilda, quien afirma: “No es necesario estar embarazada para ser madre y sí, sí es importante, porque se supone que toda mujer nace para ser madre, ¿qué no?, las que no pueden, pueden adoptar y sentir ese amor de madre”. La maternidad se expresa, en las mujeres entrevistadas, como mandato social pero también como una experiencia positiva y gustosa.

En la maternidad confluyen preceptos sociales y culturales, cuando una mujer se encuentra embarazada estos preceptos se manifiestan y refuerzan: la mujer empieza a verse y sentirse como madre, ya que la sociedad, los sistemas de salud y los medios de comunicación, entre otros, refuerzan la imagen materna de la gravidez. Las embarazadas inician un viaje a la maternidad mucho antes del parto, entendiéndolo como un trayecto sin retorno aun cuando no se concrete; las entrevistadas afirmaron que el embarazo llegó como una noticia sorpresiva, recibida con gran alegría, y que fue una etapa de gran estima en sus vidas.

Solamente algunos embarazos fueron planeados por ellas, pero deseados por todas. Las reacciones del entorno y del personal de salud coadyuban a solidificar el habitus materno de las mujeres. La estructura familiar y los agentes presentes en el círculo cercano influyen en el sentir de ellas, pues en congruencia con la valía social que se le asigna a la maternidad, afirmaron sentirse durante el embarazo más “cuidadas” y “apapachadas” principalmente por los miembros de su familia, reforzando la importancia del embarazo y del hijo o hija.

Los testimonios permiten identificar cómo los mandatos sociales, al materializarse en un embarazo, se transforman en reacciones de apoyo para la mujer y, a su vez, ella se refuerza como madre y como persona con un valor social añadido, siendo esto una evidencia de que la sociedad aprecia la maternidad. Estas normas no escritas se interiorizan en las mujeres y forman parte de su habitus materno.

Todas aseguraron cumplir con las expectativas de cuidado y por ello sentirse buenas mujeres y madres, ejemplo de estos cuidados fueron acudir a control prenatal, realizarse estudios y cambiar ciertos estilos de vida. Estos aspectos reafirmaron su compromiso hacia el bienestar de sus hijas e hijos, pero ante la MF se manifestaron como una contradicción al sentir como una injusticia el fallecimiento, aun bajo el cumplimiento de estas normas morales y culturales.

Podemos analizar cómo las estructuras sociales en relación con la maternidad aparecen en la narrativa de las madres. El hecho de no cuestionar (en algunos casos) y afirmar que toda mujer *debe ser* madre deja ver la gran carga simbólica que representa tener hijos en nuestra sociedad. Podemos ir deduciendo que esta estructura social tiene efectos y sustenta las percepciones de estas mujeres ante el hecho de ser madres y edifica la estructura del habitus materno antes y durante el embarazo.

La muerte fetal para las entrevistadas sobrevino inesperadamente y generó fuertes sentimientos y tensiones. La intensidad de este sentir y el dolor que se vive a partir de la muerte de un hijo o hija sirve para recordar el carácter regulador y opresivo de lo que es considerado normal o natural, lo cual nos lleva a cuestionar qué significa ser buenas madres y padres, y qué significa formar una familia.

La muerte fetal en relación con la maternidad constituye una amenaza para el habitus materno, para su identidad como madre. Las mujeres en este estudio experimentaron culpa por la pérdida del hijo o hija y por sentir que no pudieron cumplir con las obligaciones de madre que van dirigidas al cuidado y a la seguridad de esa hija o hijo. La atención recibida en las instituciones de salud impacta en la histéresis generada en su habitus materno. Si bien no todas las mujeres tienen que asumir positivamente el deseo de ser madres, y consciente de que es posible no desear serlo, en esta investigación las ocho entrevistadas no cuestionaban su deseo de maternidad, pero hay múltiples circunstancias y percepciones de otro tipo de maternidades que no se documentan aquí.

Las madres incluidas en este estudio identificaron la atención hospitalaria ante la muerte fetal como sumamente significativo y relevante en su vivencia. Las ocho se atendieron en alguno de los dos principales hospitales públicos en la entidad (HIMES e IMSS). La atención recibida tuvo un fuerte impacto en el duelo y en el sentir posterior a la muerte del hijo o hija.

Como describí detalladamente en el capítulo 6, la atención brindada dista de ser adecuada, las mujeres se encuentran con escenarios no preparados para dar un trato de calidad ante una muerte fetal. La violencia obstétrica fue una de las problemáticas que más resaltaron en los testimonios, aun cuando no la identificaron o clasificaron como tal. Al comenzar a estudiar la atención de las muertes fetales en hospitales públicos esperaba que este problema emergiera, debido a que previamente se han documentado severos señalamientos al respecto durante el trabajo de parto, el parto mismo y el puerperio dentro de las salas de maternidad. No obstante, los casos específicos de violencia obstétrica ante una muerte fetal están poco documentados; debido a esta falta de claridad, la violencia obstétrica quedó inicialmente dentro del radar, pero sin ubicarla como centro de la investigación. Lamentablemente, durante las entrevistas realizadas las situaciones incómodas y lastimosas experimentadas por las mujeres en el lapso de la atención dejaron ver con claridad que existe violencia en la atención del parto y, en algunos casos, ellas percibieron y señalaron que esas acciones de violencia u omisión de cuidados fueron la causa del fallecimiento.

La violencia obstétrica se manifestó verbal, psicológica y físicamente debido a los procedimientos invasivos e injustificados a los que fueron sometidas. Los testimonios revelan injusticia y violación a sus derechos humanos. La voz de las mujeres es, casi siempre, desestimada por el personal de salud, quien antepone el conocimiento médico a lo expresado por las madres. Frases como “aquí yo soy el doctor” o “te vas a esperar a que te den dolores” ejemplifican lo anterior. El sentirse ignoradas, abandonadas y violentadas fue recurrente. La falta de privacidad durante su atención, el percibir no ser tratadas como madres y la poca o trunca comunicación son otros de los problemas referidos por las mujeres.

Los testimonios presentados son solo una pequeña parte de la experiencia durante su atención, la violencia explícita hacia sus personas y la invalidez de su maternidad se observa en el poco cuidado que se les brinda en las instituciones de salud. Consignas como “ya no tiene vida que salvar” y “usted tiene que pujar porque ella ya está muerta” conllevan un trasfondo complejo que deja entrever cómo ante el fallecimiento de la hija o hijo la atención hacia la mujer pasa a un segundo término.

Las mujeres identificaron como inadecuadas diversas prácticas de cuidado dentro de las instituciones de salud, por ejemplo colocarlas en salas comunes, no permitirles estar acompañadas, la poca o nula asesoría sobre la producción de leche materna, las fallas al momento de conocer a las hijas o hijos (cuando había la oportunidad), la nula posibilidad de crear recuerdos tangibles de ellos y ellas, entre otras.

Una de las raíces intrincadas de la problemática en la atención se relaciona con el habitus materno. Por una parte, a las mujeres desde el embarazo se les identifica y trata (entorno y personal de salud) como madres y ellas mismas interiorizan este sentir; en contraste, perciben que ante la pérdida ni su entorno ni el personal de salud que las atendió las llegaron a considerar como tal. La forma en la que dentro de las instituciones de salud se expresaron de la hija o hijo les provocó molestia y enojo, el llamarles “producto”, “óbito” o “feto” fue lastimoso, ya que no mostraba respeto.

La falta de espacios, protocolos, recursos y capacitación son reflejo del aspecto estructural de la atención a la maternidad y en situaciones críticas como una muerte fetal, se hacen visibles. En la manera en la que brinda atención la institución transmite su concepto de la mujer y del valor a la maternidad, lo que nos lleva a afirmar que, en términos generales, existe una violencia estructural hacia la atención de la muerte fetal. El habitus materno de las mujeres entra en crisis, toda vez que además del dolor propio por la muerte del hijo o hija, percibieron que no fueron tratadas como madres y que a sus bebés no se les brindó valor y respeto. Acerca de lo anterior, resulta importante lo planteado por otros investigadores e investigadoras que proponen incluir dentro de la violencia obstétrica el manejo de los cuerpos de los hijos e hijas fallecidas como una violación más a los derechos de la mujer.

La vivencia ante una muerte fetal es un hecho sumamente difícil, las madres se cuestionan sobre el cuidado o se les cuestiona al respecto, y se pone en duda si el proceso implica considerarlas como madres, todo ello contribuye a que también sea una experiencia de investigación compleja. Durante la realización de este trabajo fueron necesarios varios ajustes principalmente teóricos y metodológicos. Las muertes fetales tocan fibras sensibles en las personas involucradas. Las mujeres sufren no solamente la pérdida del embarazo y el fracaso de los planes y proyectos de vida con esa hija o hijo, padecen también una crisis en relación con su identidad como madres. Esta crisis se ve enmarcada, según lo presenté en los capítulos que conforman este libro, por una sociedad que prefiere invisibilizar estos decesos y por el inadecuado manejo de los casos dentro de las instituciones de salud.

La maternidad se volvió eje transversal del análisis, desde la infancia a las mujeres se nos instruye en el *deber ser*, el cual incluye tener hijos. Ante el embarazo, el entorno cercano y la sociedad en general alaba y cuida a las mujeres, crea expectativas de atenciones y asigna la obligación del cuidado del hijo o hija, desde el vientre, a la mujer. Durante el control prenatal, las mujeres son llamadas “madres”; a los hijos o hijas no se les llama “producto o embrión”, se les llama “bebés” y los ultrasonidos, cada vez más nítidos y reales, facilitan imágenes en las que se aprecian detalles de la morfología de ese nuevo ser. En el caso de las mujeres que participaron en este estudio, fue significativo que refirieron haber tenido embarazos saludables y todas dijeron cumplir con los mandatos de cuidado.

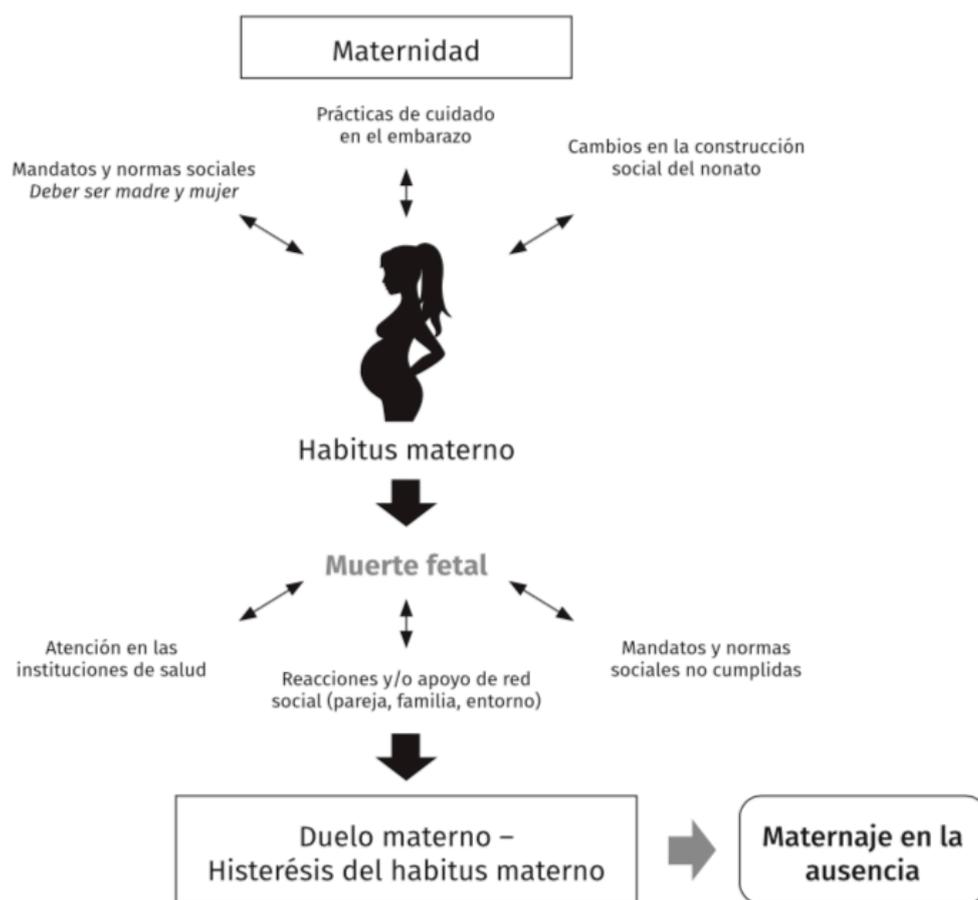
Cuando ocurre la muerte fetal, las mujeres no sólo experimentan cambios biológicos y psicológicos propios de un posparto, sino también en lo que se espera de ellas en cuanto a mujeres-madres, afrontan tensiones en lo que implica el habitus materno, en su identidad asociada a la maternidad, en las valoraciones sobre sus cuidados, el silencio y el cuestionamiento implícito y explícito de definir la situación de la muerte fetal como lo que es. En términos de Bourdieu, se crea una “histéresis del habitus”, es decir, una crisis que tensa polos opuestos de significados socialmente compartidos, condición que es una metáfora para analizar dicha tensión en un gran cambio que implica el dolor ante la muerte y el cuestionamiento silencioso de elementos relacionados con el habitus materno como es el cuidado a los hijos o hijas aun antes de nacer. El campo médico, con sus diversos escenarios, continúa funcionando para el habitus materno previamente estructurado. Las mujeres y sus familias se topan con una disrupción al hallar sistemas que al parecer solo resultan aptos para atender y recibir a un bebé con vida; no obstante, se tienen que adaptar a las condiciones preestructuradas de ese campo. Es aquí donde el bebé ya no se llama “bebé”, se llama “producto”, “embrión” u “óbito”, lo cual no concuerda con la forma en la que vivenciaron sus embarazos.

La atención brindada en las instituciones no es adecuada. Es obvia la falta de capacitación, infraestructura y protocolos que debieran existir para dar un trato digno a las mujeres y sus familias frente a una muerte fetal. Para el personal de salud estos decesos suponen una falla en la medicina. A nadie le gusta, nadie está conforme con la atención otorgada, sin embargo, las carencias continúan estando presentes, por lo tanto, es necesario que se generen condiciones de mejora, lo que implica un compromiso desde las escuelas formadoras y desde las propias instituciones para lograr un cambio. Médicos, médicas, enfermeros y enfermeras tenemos un deber moral hacia las mujeres, pero no solamente es necesario evidenciar la violencia que se ejerce en los nosocomios, sino también como sociedad estamos en deuda con las familias que han sufrido una muerte fetal.

El trato hacia el cuerpo de los hijos e hijas refleja singularmente la manera en la que se brinda atención a las mujeres y a sus familias: el contacto se resume a minutos y queda a criterio del personal de salud tratante; la entrega del cuerpo está sujeta a que alcance 500 gramos, de no ser así no puede ser entregado a las madres y padres.

El periodo posterior es un lapso de dolor e incomprensión. El habitus implica procesos estructurados que ajustan y estructuran situaciones e identidades, un ejemplo es que ante una muerte se siguen rituales importantes en cada sociedad, pero tratándose de muerte fetal no se viven con claridad o no es posible realizarlos, en virtud de la falta de pautas definidas; la tensión conlleva crisis, depresiones y falta de acompañamiento institucional o social adecuado, de ahí que se hayan mencionado ataques de ansiedad, depresión, ideación suicida y otras condiciones en los testimonios. Si no se encuentra apoyo surgen crisis severas, pero fue claro que la ayuda recibida de la red social cercana fue fundamental para que las madres sobrevivieran esta etapa; cuando esto no sucedió, los procesos se agravaron y profundizaron. La evasión del entorno y en algunos casos la culpabilidad hacia la mujer intensificaron los sentimientos de dolor que ellas experimentaron.

Figura 6. Maternidad y muerte fetal



Fuente: Elaboración propia.

Tenemos, entonces, un habitus materno en crisis, un habitus que se enfrenta a una histerésis. No obstante, las mujeres que colaboraron en esta investigación ratificaron su maternidad: todas afirmaron ser y sentirse como las madres de las hijas o hijos fallecidos e incluso expresaron la necesidad de mantener un vínculo afectivo con ellos y ellas, el cual preserva su memoria y refuerza su rol de madres. Estas prácticas son las que llamamos maternaje en la ausencia.

Tras una muerte fetal, el habitus materno de las entrevistadas sufrió una transformación intensa, una ampliación y fortalecimiento de su identidad como madres, de la cual emerge una maternidad invisible,

olvidada por la sociedad, pero nunca por estas mujeres, manifestada en un maternaje particular, uno que trabaja constantemente en mantener presentes a las hijas e hijos a pesar de su ausencia. Como proceso social y cultural este estudio deja en claro que es necesario cambiar los protocolos de atención en las instituciones de salud, pero también que es importante hablar del tema tal y como se hace en otras situaciones: antes, durante y después del suceso, incluir el acompañamiento en grupos de apoyo o en la práctica profesional del personal de salud mental. En conclusión, nos sumamos a lo que expone Layne (2003, p. 239), quien invita a que se continúe investigando y divulgando información al respecto, ya que “es tiempo de mover las muertes fetales de un espacio privado de vergüenza a un espacio público de solidaridad”.

## RECOMENDACIONES

A continuación enlisto una serie de sugerencias, producto del análisis de los testimonios recabados en esta investigación.

Para futuros abordajes:

- Continuar con indagaciones sobre el tema en las que se incluya a otros actores, como los padres, abuelos, abuelas, hermanas, hermanos y la sociedad en general.
- Profundizar en temas como el manejo de leche materna tras la muerte fetal, la violencia obstétrica ante este suceso y percepciones de la sociedad en general sobre la muerte fetal.
- Investigar acerca de la situación legal-laboral en cuanto a incapacidad por maternidad en estos casos.
- Realizar investigaciones que permitan la observación directa de estos casos.
- Analizar lo concerniente al habitus del personal de enfermería y el habitus médico ante la muerte fetal.

Para la sociedad en general:

- Ampliar la visibilidad social de estas muertes, con la finalidad de romper con el tabú y la evasión que les rodea.
- Respetar la maternidad de las mujeres tras la muerte fetal.
- Luchar por el respeto a los derechos de las mujeres en las salas de maternidad, especialmente en los casos de muerte fetal.

Para las instituciones de salud y personal de salud:

- Mejorar la atención para todas las mujeres, en particular para quienes sufren una muerte fetal, con la finalidad de erradicar la violencia obstétrica.
- Crear espacios exclusivos para que la mujer y su familia puedan recibir atención en privacidad y con acompañamiento.
- Instaurar protocolos de atención para las mujeres con muerte fetal que abarquen atención a la salud emocional y el manejo del cuerpo del hijo o hija.
- Hacer que la comunicación entre el personal de salud, las mujeres y sus familias sea clara y con calidez.
- Respetar los derechos de las mujeres a decidir sobre su atención y a obtener información.

- Dar seguimiento a las mujeres tras una muerte fetal que incluya asesoría sobre leche materna, planificación familiar, salud emocional (profesionales de la salud mental), grupos de ayuda mutua y que se busquen las causas de la muerte del hijo o hija.
- Brindar capacitación sobre el tema al personal de salud desde las escuelas formadoras y mediante la capacitación continua que reciben en los hospitales.

## EPÍLOGO

El trabajar un tema tan sensible, delicado y personal como las muertes fetales fue un gran reto, un reto que asumí con gusto y compromiso. Me permito este espacio para compartir, de forma general, el seguimiento a algunas de las mujeres entrevistadas y el trabajo directo con las instituciones de salud.

De las ocho mujeres que aceptaron participar, cuatro no tenían contacto con la asociación “Padres del Cielo”, a ellas se les informó e invitó a acudir si así lo deseaban. Una de ellas aceptó y desde ese momento participa de algunas de las actividades de esa asociación.

A dos de las mamás que manifestaron necesitar ayuda se les consiguió apoyo psicológico y psiquiátrico (debido a depresión severa e intento de suicidio). Actualmente refieren sentirse mucho mejor y que las terapias les han sido de gran ayuda. Cabe destacar que se mantuvo una comunicación constante con ellas. La asistencia otorgada se logró, por una parte, gracias a la asociación “Padres del Cielo” y, por otra, a la red de contactos y conexiones entre profesionales de la salud.

En cuanto a los hijos o hijas posteriores, las tres mujeres que no tenían hijas o hijos terrenales dijeron estar en la búsqueda de un embarazo; dos de ellas lo tienen ya, mientras que Gabriela continúa en el proceso. Particularmente, Fátima fue sometida a una cirugía por daños que le quedaron en su matriz a raíz del parto de sus gemelos y posteriormente logró embarazarse.

En relación con las instituciones, trabajé estrechamente con personal de enfermería del HIMES, y en conjunto con alumnas de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería de la Universidad de Sonora nos ocupamos de diseñar un protocolo de atención para los casos de muerte perinatal. El documento se concretó en 2021. Durante agosto de ese mismo año ofrecí capacitación sobre el protocolo al personal de enfermería de la institución, con una participación de alrededor de 90 enfermeros y enfermeras. La asociación “Padres del Cielo” apoya con la donación de cajas del recuerdo (cajas que contienen diversos elementos para crear recuerdos al momento de la muerte fetal). El protocolo se empezó a implementar durante septiembre de 2021. Ese documento se adaptó para tres hospitales particulares donde se han brindado pláticas y conferencias. La capacitación por mi parte continúa y continuará para todo profesional interesado.

Gracias al apoyo de la diputada estatal Rosa Elena Trujillo, durante 2022 fue posible impulsar un proyecto de ley que contempla la obligatoriedad de protocolos y la consecuente mejora en la atención de muertes fetales; como parte de estas actividades de política pública se logró declarar oficialmente por parte del H. Congreso del Estado de Sonora el 15 de octubre como Día estatal de la concientización sobre la muerte fetal, neonatal e infantil. En octubre de 2023 se celebró un parlamento abierto donde se expuso la iniciativa de ley a tomadores de decisiones y diputados de la comisión de Salud, ahí se planteó que esta iniciativa de ley se analizaría y en su caso se aprobaría por el pleno del Congreso del Estado.

El trabajo ha sido arduo, pero muy satisfactorio. Como mujer, enfermera y maestra me siento sumamente agradecida y conmovida por los alcances de este estudio. Agradezco infinitamente a todas las personas que han puesto de su parte para que la atención mejore, para que sea más humana y que toda mujer y su familia que sufran de una muerte fetal puedan transitar esta dolorosa experiencia de una manera distinta.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Recuperada de <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Aranda, P. (2010). *Los motivos de la "desidia". Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el pánico y el cáncer cervicouterino*. El Colegio de Sonora.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., y Hughes, P. (2007). Perinatal death and fathers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(4), 193. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01674820701535340>
- Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós Pomaire [1a ed.].
- Báez, C. (2018). Muerte perinatal en México. Instituto Nacional de Perinatología. Recuperado de [https://www.facebook.com/inper.mx/posts/muerte-perinatal-en-m%C3%A9xicociudad-de-m%C3%A9xico-5-de-julio-de-2018-agencia-informativ/2125970007435912/?locale=es\\_LA](https://www.facebook.com/inper.mx/posts/muerte-perinatal-en-m%C3%A9xicociudad-de-m%C3%A9xico-5-de-julio-de-2018-agencia-informativ/2125970007435912/?locale=es_LA)
- Balandra, J. (2018). *La muerte en el vientre. Estudio antropológico de la muerte fetal en México* (tesis de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia
- Beuvoir, S. de. (1981). *El segundo sexo*. Siglo XX [1a ed.].
- Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F. B., Say, L., Chou, D., Mathers, C., Hogan, D., Shiekh, S., Qureshi, Z. U., You, D., y Lawn, J. E. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 4(2), e98-e108. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2)
- Blood, C., y Cacciatore, J. (2013). Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. *Death Studies*, 38(4), 224–233. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.788584>
- Bourdieu, P. (1971). Elementos de una teoría sociológica de la percepción artística. En J. Szabón (ed.), *Sociología del arte* (pp. 43-80). Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Anagrama [1a ed.].
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI [1a ed.].
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103-112.
- Brierley-Jones, L., Crawley, R., Lomax, S., y Ayers, S. (2014). Stillbirth and Stigma: The Spoiling and Repair of Multiple Social Identities. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 70(2), 143-168. Recuperado de <https://doi.org/10.2190/om.70.2.a>

- Cacciatore, J., Defrain, J., y Jones, K. (2008). When a baby dies: Ambiguity and stillbirth. *Marriage and Family Review*, 44(4), 439-454. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01494920802454017>
- Cacciatore, J., Schnebly, S., y Froen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community*, 17(2), 167-176. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x>
- Cacciatore, J., Froen, J. F., y Killian, M. (2013). Condemning Self, Condemning Other: Blame and Mental Health in Women Suffering Stillbirth. *Journal of mental health counseling*, 35(4), 342-359.
- Cacciatore, J., Blood, C., y Kurker, S. (2018). From “silent birth” to voices heard: Volunteering, meaning, and posttraumatic growth after stillbirth. *Illness Crisis and Loss*, 26(1), 23-39. <https://doi.org/10.1177/1054137317740799>
- Cáceres-Manrique, F. de M., Molina-Marín, G., y Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidade: Um processo com diferentes nuances e construção de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316–326. Recuperado de <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.4>
- Calvo, O., Torres, M., y Valdez, R. (2019). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 46(1), 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200224>
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 147-162. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137419>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., y Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-12. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>
- Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El cotidiano*, 191, 79-86.
- Campiglia, M. (2017). *La institucionalización del parto. El vínculo roto* (tesis doctoral). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco Edita [1a ed].
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 82, 43-70. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/27820584>
- Cassidy, P. (2015). Cuerpo y ontología: La muerte perinatal y su duelo en el panorama tecno-científico del sistema sanitario. *Teknokultura*, 12(2), 285-316. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/rev.tk.2015.v12.n2.49668>
- Cassidy, P. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-13. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1630-z>
- Cassidy, P. (2020). *Good mothers-bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

- Cassidy, P., Cassidy, J., Olza, I., Martín Ancel, A., Jort, S., Sánchez, D., Claramunt, A., Pi-Sunyer, M. T., Bianco, G., y Martínez, P. (2018). *Informe Umamanita-Calidad de la Atención Sanitaria en casos de Muerte Intrauterina*. Umamanita Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>
- Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R. (2014b). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), 339-351.
- Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED*, 19(1), 37-24.
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Autónoma de México [1a ed.].
- Castro Vásquez, M. del C. (2008a). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. El Colegio de Sonora.
- Castro Vásquez, M. del C. (2008b). Habitus médico en la calidad de la atención de patologías mamarias. En M. Ramírez, M. Jiménez, M. Heredia y W. Moguel (eds.), *Investigación y salud 3. Las ciencias de la salud en el marco de los procesos de cambio y globalización* (pp. 169-184). Universidad Autónoma de Yucatán.
- Castro Vásquez, M. del C. (2011). Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(2), 231-259. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2011.2.28673>
- Castro Vásquez, M. del C. (2015). Violencia institucional en la atención de la salud reproductiva. Dos estudios en Sonora. En M. Zúñiga (coord.), *Estudios sobre violencia en Sonora* (pp. 207-235). El Colegio de Sonora.
- Castro Vásquez, M. del C., y Aranda Gallegos, P. (2020). Mexican women and decision making in health: The practical sense. En X. Bada y L. Rivera-Sánchez (eds.), *The Oxford Handbook of the Sociology of Latin America* (pp. 641-656). Oxford Academic. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190926557.013.38>
- Castro Vásquez, M. del C., y Salazar, G. (2000). *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio*. El Colegio de Sonora.
- Cecil, R. (1996). *The anthropology of pregnancy loss comparative studies in miscarriage stillbirth and neonatal death*. Berg Publishers.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. University of California Press. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0959353502012001001>
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., y Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>

- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (2016). *¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?* Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es#:~:text=>
- Comisión Teológica Internacional. (2007). *La esperanza de salvación para los niños que mueren sin bautismo*. El Vaticano. Recuperado de [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/cti\\_documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070419\\_un-baptised-infants\\_sp.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_sp.html)
- Crawley, R., Lomax, S., y Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 195-207.
- Denmann, C., y Haro, J. A. (2000). Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En C. Denmann y J. A. Haro (eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 9-55). El Colegio de Sonora.
- Dias dos Santos, A. L., Pedroso, C., y Ogura, K. (2004). Histories of fetal losses told by women: research qualitative study. *Rev Saúde Pública*, 38(2), 1-8.
- Felitti, K., y Irrazábal, G. (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires. *Revista de Estudios Sociales*, 64(3), 125-137. Recuperado de <https://doi.org/10.7440/res64.2018.10>
- Freyermuth-Enciso, G., Vega, M., Tinoco, A., y Gil, G. (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Fustamante Núñez, C. F., y Urquiaga-Sanchez, T. (2017). Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. *Rev. Cuerpo méd HNAAA*, 10(4), 192-197.
- Futado Eraso, S., Marín Fernández, B., y Escalada Hernández, P. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 465-471.
- Gálvez, A., Amezcua, M., y Salido, M. P. (2002). La construcción social de los sentimientos. *Index de Enfermería*, 11(39), 29-35.
- García-Regalado, J., y Montañez-Vargas, M. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del IMSS*, 50(6), 651-657.
- Gaussia, K., Moran, A., Ali, M., Ryder, D., Fisher, C., y Koblinsky, M. (2011). Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: perspective from a low income country. *BMC Public Health*, 11(451), 1-9.
- Gil-Bello, R. M. (2018). El imaginario de la maternidad durante el embarazo. *Matronas Profesion*, 19(1), 4-10.
- Golan, A., y Leichtentritt, R. D. (2016). Meaning Reconstruction among Women following Stillbirth: A Loss Fraught with Ambiguity and Doubt. *Health and Social Work*, 41(3), 147-154. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw007>
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., y Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263-269. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>

- Gold, K. J., Sen, A., y Leon, I. (2018). Whose fault is it anyway? Guilt, blame, and death attribution by mothers after stillbirth or infant death. *Illness Crisis and Loss*, 26(1), 40-57. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1054137317740800>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 13.
- Gopichandran, V., Subramaniam, S., y Kalsingh, M. J. (2018). Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India - a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-14. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1742-0>
- Hardy, C. (2012). Hysteresis. En M. Grenfell (ed.), *Pierre Bourdieu: Key Concepts* (pp. 126-146). Acumen Publishing [2a ed.].
- Heazell, A., McLaughlin, M.-J., Schmidt, E., Cox, P., Flenady, V., Khong, T., y Downe, S. (2012). A difficult conversation? the views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(8), 987-997. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x>
- Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Saraki, H. E. T., Storey, C., ... Downe, S. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Hernán-García, M., Lineros-González, C., y Ruiz-Azarola, A. (2020). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*, 1(1), 4. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
- Hernández-Avila, M., Garrido, F., y Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de Mexico*, 42(5), 438-446. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n5/438-446/es>
- Hernández, J. M., Paloma, G. y Pérez, E. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXIX(2), 327-348. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/rntp.2014.02.004>
- Huerta, A. (2008). La construcción social de los sentimientos desde Pierre Bourdieu. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, III(5), 1-11.
- Huerta, O., Pérez, S., García, A., Jiménez, M., y Sandoval, L. (2017). Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. *Revista CONAMED*, 22(1), 5-11.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (sf). Mortalidad fetal. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.aspx?s=est&c=11143&proy=mortfet\\_mf](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.aspx?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf)
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., y Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), 105-107. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>

- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Froen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., y Cousens, S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587-603. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Layne, L. (2000). He was a real baby with baby things. A Material culture analysis of personhood, parenthood and pregnancy loss. *Journal of material culture*, 5(3), 321-345.
- Layne, L. (2003). *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. Routledge [1a ed.].
- Lee, C. (2012). "She was a person, she was here": The experience of late pregnancy loss in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 62-76. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.661849>
- López García, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 31(109), 053-070. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
- Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science and Medicine*, 17(11), 755-761. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90264-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90264-2)
- Lovell, A. (1997). Death at the Beginning of live. En D. Field, J. Hockey y N. Small (eds.), *Death, Gender and Ethnicity* (p. 248). Routledge. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203138441>
- Manterola, C., y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156-1164.
- Martos-López, I. M., Sánchez-Guisado, M. D. M., y Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. Recuperado de <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- Maternity and Neonatal Clinical Guideline. (2023). *Stillbirth care*. Queensland Health. Recuperado de <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
- Mendoza-Luján, J. E. (2014). Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 108-113.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones en el concepto de maternidad. *Psyche*, 15(2), 93-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715209>
- Mota, C., Aldana, E., y Gómez, M. (2018). El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Alternativas en Psicología*, 21(38), 43.
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E., y Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en muertes mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.
- Murguía-Peniche, T., Illescas-Zárate, D., Chico-Barba, G., y Bhutta, Z. (2016). An ecological study of stillbirths in Mexico from 2000 to 2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 322-330A. Recuperado de <https://doi.org/10.2471/BLT.15.154922>
- Murphy, S. (2012). Reclaiming a moral identity: Stillbirth, stigma and "moral mothers". *Midwifery*, 28(4), 476-480. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.005>

- Murphy, S. (2019). "I'd failed to produce a baby and I'd failed to notice when the baby was in distress": The social construction of bereaved motherhood. *Women's Studies International Forum*, 74(August 2018), 35-41. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.02.009>
- Murphy, S., y Jones, K. S. (2014). By the way knowledge: Grandparents, stillbirth and neonatal death. *Human Fertility*, 17(3), 210-213. Recuperado de <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.930190>
- Oberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5(0), 115. Recuperado de <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.456>
- Oladapo, O. T., y Fawole, B. (2012). Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005937.pub3>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Every newborn: An action plan to end Preventable deaths. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Osorio-Castaño, J. H., Carvajal-Carrascal, G., y Rodríguez-Gázquez, M. (2017). Preparation for motherhood during pregnancy: A concept analysis. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 35(3), 295-303. Recuperado de <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a06>
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., y Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista mexicana de pediatría*, 76(5), 215-219.
- Palomar, C. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Debate feminista*, 30, 12-34.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de estudios de género La ventana*, 22, 35-67.
- Panduro, G., Vázquez, M., Pérez, J., y Castro, J. (2006). Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 74(11), 573-579.
- Pastor Montero, S. M. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa (tesis doctoral). Universidad de Alicante.
- Pastor, S. M., Romero, J. M., Hueso, C., Lillo, M., Vacas, A. G., y Rodríguez, M. B. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000600018>
- Pollock, D., Pearson, E., Cooper, M., Ziaian, T., Foord, C., y Warland, J. (2019). Voices of the unheard: A qualitative survey exploring bereaved parents experiences of stillbirth stigma. *Women and Birth*, 33(2), 165-174.
- Presidencia de la República. (1985). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de organos, tejidos y cadáveres de seres humanos*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MCSOTCSH.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MCSOTCSH.pdf)
- Presidencia de la República. (2007). *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Presidencia de la República. (2024 [1984]). *Ley general de salud*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)

- Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco). (2016). *El embarazo. La espera tiene un costo*. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/profeco/articulos/el-embarazo-la-espera-tiene-un-costo-34555?idiom=es>
- Real Academia Española (RAE). (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/duelo>
- Ramírez-Rojas, G., y Freyermuth-Enciso, G. (2013). Atención de emergencias obstétricas a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional. Entrevistas a usuarias beneficiadas. *Rev CONAMED*, 18, 100-104.
- Rangel, T. (2016). La función de las tecnologías de visualización en la experiencia hospitalaria: el caso del embarazo. *Revista San Gregorio*, 13, 70-78.
- Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Norton & Company [2a ed.].
- Rojas, E., Salas, K., Oviedo, G., y Plenzyk, G. (2006). Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(1), 26-30.
- Romero Gutiérrez, G., Martínez Ceja, C. A., Ponce Ponce De León, A. L., y Ábrego Olvira, E. (2004). Factores de riesgo y muerte fetal anteparto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 72(3), 109-115. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(08\)73043-0](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(08)73043-0)
- Romo-Medrano, K. (2009). *Missing Bodies: Experiences of Pregnancy Loss in a Public Hospital in Mexico City* (tesis de maestría). Universidad de Amsterdam.
- Rouvier, M., González-Block, M., Sesia, P., y Becerril-Montekio, V. (2013). Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 55(2), 185-192.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline 55*. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- Ruiz, J. I. (1999). La entrevista. En J. I. Ruiz (ed.), *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 165-189). Universidad de Deusto [4a ed.].
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., y Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-11. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., y Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Rev CONAMED*, 17(1), 4-15.
- Salazar, G. (1998). *Significado de la maternidad en obreras de la maquila: un estudio exploratorio en Nogales, Sonora*. El Colegio de Sonora.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183.
- Saletti, L. (2014). Múltiples feminismos y discursos sobre las maternidades. En *XVI Seminario de autoformación RED-CAPS* (p. 16). Red de profesionales sanitarias. CAPS.
- Sanabria, C. (2019). *La mujer y el nasciturus*. Temperley [1a ed.].
- Sancho, M. (2016). Maternajes, feminismos y paces. *Forum de Recerca*, 21, 55-69.
- Scott, J. W. (1999). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Navarro y C. Stimpson (comps.), *Sexualidad, género y roles sexuales* (pp. 37-75). Fondo de Cultura Económica.

- Secretaría de Salud. (2005). *Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud*. *Diario Oficial* de la Federación. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=2093165&fecha=28/09/2005#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2093165&fecha=28/09/2005#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2009). *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*. México
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único*. México.
- Secretaría de Salud. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. *Diario Oficial* de la Federación. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
- Secretaría de Salud. (2015). *Guía de práctica clínica de enfermería Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención*. México.
- Secretaría de Salud. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. *Diario Oficial* de la Federación. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0)
- Secretaría de Economía. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-036-SCFI-2016, Prácticas comerciales, requisitos de información y disposiciones generales en la prestación de servicios funerarios*. *Diario Oficial* de la Federación. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6315/seeco11\\_C/seeco11\\_C.html](https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6315/seeco11_C/seeco11_C.html)
- Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Ahmadi, F., Bakhtiari, M., y Zayeri, F. (2016). Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers after Perinatal Loss. *Electronic Physician*, 8(2), 2006-2017.
- Stanton, C., Lawn, J. E., Rahman, H., Wilczynska-Ketende, K., y Hill, K. (2006). Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet*, 367(9521), 1487-1494. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68586-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68586-3)
- The Lancet. (2016). *Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles*. En *The Lancet*. Recuperado de <https://www.stillbirthalliance.org/wp-content/uploads/2019/10/ExecSum-Stillbirths-Spanish-v-5-lowresolution.pdf>
- Tubert, S. (ed). (1996). *Figuras de la madre*. Universidad de Valencia.
- Umamanita y El parto es nuestro. (2016). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Recuperado de [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/epen\\_y\\_umamanita\\_-\\_guia\\_para\\_la\\_atencion\\_a\\_la\\_muerte\\_perinatal\\_y\\_neonatal.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/epen_y_umamanita_-_guia_para_la_atencion_a_la_muerte_perinatal_y_neonatal.pdf)
- United Nation Interagency Group for Mortality Estimation. (2020). *A neglected tragedy. The global burden of stillbirths*. Recuperado de <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>
- Valdez, R., Arenas, L., Rojas, A., y Sánchez, M. (2018). "If we're here, it's only because we have no money". Discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 51(1), 26-31.
- Van der Sijpt, E. (2010). Marginal matters: Pregnancy loss as a social event. *Social Science and Medicine*, 71(10), 1773-1779. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.055>

- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15(3), 147-151.
- Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Capitan Swing [2a ed.].
- Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., y Henriksen, T. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: Prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(7), 882-885. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x>
- Wonch Hill, P., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., y Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226-235.

## ANEXOS

### Anexo 1. Guía de entrevista mujeres con MF

#### GUÍA ENTREVISTA MUJERES CON MF

**Datos sociodemográficos:**

Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Religión \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ SDG al momento de la pérdida \_\_\_\_\_  
 Nombre del hijo/hija \_\_\_\_\_

#	Tema	PROBABLES PREGUNTAS
1	<p><b>Embarazo</b></p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>¿Cómo se dio cuenta del embarazo?</p> <p>¿Qué sentimientos despertó en usted el embarazo?</p> <p>¿Cómo se fue sintiendo durante el embarazo?</p> <p>¿Qué hizo para prepararse para la llegada del bebé (compra de cosas para el bebé, <i>baby shower</i>, revelación de sexo, cursos de preparación)?</p> <p>¿Quién participó y cómo en esta preparación?</p> <p>¿Llevó control prenatal?, ¿me puede platicar cómo fue el trato?, ¿cómo se sintió en esas citas?</p> <p>¿Este embarazo fue deseado?, ¿planeado?</p>

2	<p><b>Atención a la muerte fetal</b></p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>¿Cómo fue que se dio cuenta de que algo estaba mal?</p> <p>¿Alguien le animó a ir al servicio de salud?</p> <p>¿Cómo inició la búsqueda de atención cuando sintió que algo estaba mal?</p> <p>¿A dónde acudió? ¿Por qué allí y no a otra parte?</p> <p>¿Quién la acompañó?</p> <p>¿Cómo la atendieron al llegar al hospital?</p> <p>¿En qué momento le informaron que el bebé no vivía / de la pérdida gestacional?</p> <p>¿Quién le notificó?</p> <p>¿Quién estaba con usted en el momento en que le dieron la noticia?</p> <p>En el momento del diagnóstico, ¿cuál fue su reacción?</p> <p>¿Y la de quienes le estaban acompañando? (reacción de los acompañantes al momento de la noticia)</p> <p>A partir de que le dan el diagnóstico, ¿me podría platicar cómo fue la atención?, ¿le brindaron información?, ¿esta información fue clara y suficiente?</p> <p>¿Le dieron opciones del tratamiento (inducción, espera al inicio de trabajo de parto, cesárea)?</p> <p>¿Usted decidió qué hacer cuando le explicaron las opciones?</p> <p>¿Me puede platicar cómo nació su bebé?, ¿cómo fue el parto o la cesárea?, ¿cómo fue el trato?</p> <p>¿Le dieron la opción de ver al bebé?</p> <p>Si nadie le ofreció ver al bebé, ¿usted lo solicitó?</p> <p>¿Conserva algún recuerdo?</p> <p>¿Qué pensó usted que había pasado?</p> <p>¿Qué explicación le dieron?</p> <p>¿Cómo fue su experiencia con la atención médica recibida?</p> <p>¿Cómo fue la relación con los profesionales de la salud?</p> <p>¿Estuvo acompañada?</p> <p>Si fue la pareja la acompañante, ¿cuál fue su reacción?</p> <p>¿Qué hizo o cuál fue su ayuda?</p> <p>Si fueron otros familiares (mamá, hermana, cuñada, etc.), ¿qué hicieron o cuál fue su ayuda?</p> <p>¿Alguien del personal se acercó para platicar con usted sobre algún tema que no fuera médico?</p> <p>¿Recuerda algo en especial del lugar en el que se encontraba?</p>
---	--	---

2	<p><b>Atención a la muerte fetal</b></p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>¿Cuánto tiempo estuvo usted en el hospital?</p> <p>¿Cómo se sintió en ese tiempo de hospitalización (posparto)?</p> <p>¿Cómo fue el tiempo que estuvo en hospitalización? ¿Cómo era la sala?</p> <p>¿Tuvo alguna interacción con las otras pacientes de la sala?, ¿cómo fue?</p> <p>¿Cómo se sintió por estar en una sala con otras mujeres con bebés?</p> <p>¿Cómo describiría el trato recibido por parte de los profesionales de la salud que la atendieron?</p> <p>Los médicos que la atendieron, ¿fueron sensibles a su condición?</p> <p>¿Cómo fue el trato por parte del personal de enfermería?</p> <p>¿Fueron sensibles?</p> <p>¿Qué otros profesionales de la salud se involucraron en su cuidado y cómo fue su trato?</p> <p>¿Hubo trato en relación con el aspecto emocional?</p> <p>¿Los médicos y las enfermeras contestaron todas sus dudas?</p> <p>¿Le hablaron sobre la lactancia?, ¿en qué consistió la asesoría?</p> <p>¿Le hablaron de planificación familiar o del tiempo que debía esperar para buscar un nuevo embarazo?, ¿quién lo hizo y en qué consistió esta información?</p> <p>En relación al cuerpo de su bebé, ¿le hablaron sobre la posibilidad de realizar estudios como autopsia, análisis de placenta y/o cordón umbilical?</p> <p>¿Les entregaron el cuerpo de su bebé? En caso de no hacerlo, ¿les dieron alguna explicación al respecto?</p> <p>En general:</p> <p>¿Está conforme con la atención recibida?</p> <p>¿Por qué sí o por qué no?</p> <p>¿Considera que se podía haber hecho algo más?</p> <p>¿Considera que se podía haber hecho algo diferente?</p> <p>¿Cómo le gustaría que la hubieran tratado?</p> <p>¿Siente que el hospital está preparado para atender casos como el suyo?, ¿por qué?</p>
---	--	---

3	<p><b>Posparto</b></p> <p>Prácticas</p> <p>Representaciones (percepciones / apreciaciones)</p>	<p>¿Me podría platicar cómo fue cuando salió del hospital? ¿Cómo fue su llegada a casa?</p> <p>¿Quién estuvo acompañándola en este periodo?</p> <p>¿Qué hicieron con las cosas de su bebé?</p> <p>¿Hubo algún ritual para su bebé? ¿pudo estar presente? ¿Me puede platicar sobre eso?</p> <p>¿Cómo fue su posparto (fisiológico, dolor, leche materna, recuperación física)?</p> <p>¿Presentó síntomas de enfermedad en este periodo (posparto)?</p> <p>¿Cómo las trató? (enfermedades en el posparto)</p> <p>¿Buscó ayuda de profesionales?</p> <p>¿Quiénes y cómo le ayudaron?</p> <p>En relación a los sentimientos tras la pérdida, ¿qué fue lo que hizo para que estos sentimientos se calmaran? ¿Alguien le ayudó y cómo?</p> <p>¿Cómo respondió su familia a la muerte del bebé?</p> <p>Si había una pareja presente, ¿cómo reaccionó?</p> <p>¿Cómo reaccionaron sus padres?, ¿sus suegros?</p> <p>¿Tuvo algún tipo de apoyo social durante esta etapa?</p> <p>En caso de haber recibido apoyo de algún grupo o profesional, ¿le fue fácil y accesible encontrarlos?</p> <p>¿Buscó ayuda en internet (foros, blogs)? ¿Me podría platicar de ello?</p> <p>¿Qué otras herramientas siente que le ayudaron en esos momentos (libros, canciones, red social)?</p> <p>Si en el momento de la pérdida estaba trabajando, ¿cómo reaccionaron en su trabajo?, ¿tuvo algún tipo de problema en cuanto a permisos por incapacidad?</p>
---	--	--

4	<b>Maternidad</b> Prácticas Representaciones (percepciones / apreciaciones)	¿Considera que la maternidad es esencial en la vida de una mujer? ¿Por qué es importante para una mujer convertirse en madre? ¿Cuáles son las expectativas sobre la maternidad durante el embarazo? ¿Estas expectativas afectaron o influyeron en cómo se sintió tras la muerte de su bebé? ¿Cuál fue el sentimiento inmediato tras la pérdida? ¿Antes había sentido un sentimiento similar por algún otro incidente? ¿Me puede describir el sentimiento? ¿Se sintió enojada?, ¿con usted o con alguien más? ¿Sintió culpa o culpó a alguien? ¿Por qué? ¿Piensa que pudo haber prevenido esto? ¿Se preguntó “por qué a mí”? ¿Culpa a Dios? ¿Cómo reaccionaron sus amigos ante esta pérdida? ¿Fueron empáticos? ¿Hablaron con usted? ¿La evadieron? ¿Siente que ellos la culparon? ¿Estos sentimientos o emociones afectaron su vida diaria? ¿Afectaron sus relaciones? ¿Le preocupaba lo que pensaban los otros de usted? ¿Estas emociones afectaron o afectan su trabajo? Tras la pérdida, ¿pudo participar en eventos sociales como cumpleaños, <i>baby shower</i> ? ¿Siente que usted se aisló de los demás? ¿Conocía a alguien que hubiera pasado por una experiencia como la suya? ¿Y qué pensó cuando la conoció? ¿En alguna ocasión las personas hablaron de manera negativa de su bebé? ¿Siente que ellos la consideran como madre de ese hijo/hija?
4	<b>Maternidad</b> Prácticas Representaciones (percepciones / apreciaciones)	En general: ¿Qué significó para usted la pérdida de su hijo? ¿Siente que hubo cambios en cuanto a su actitud hacia la vida? ¿Hubo cambios en la dinámica de su familia? ¿Qué significado le dio la pérdida del bebé en el contexto de su vida? Tras esta pérdida, ¿usted se sigue sintiendo como madre de ese bebé?, ¿por qué? ¿Qué tan frecuentemente piensa en su hijo/hija? Si ya le tocó algún aniversario, ¿cómo lo vivió?, ¿realizó alguna celebración en su honor?, ¿tiene algún espacio en su casa en su honor?, ¿me puede platicar en qué consiste? ¿Cómo cree que ve la sociedad la muerte de un bebé en el vientre? ¿Por qué? ¿Cómo se siente en este momento?

## Anexo 2. Consentimiento informado



EL COLEGIO  
DE SONORA

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hermosillo, Sonora.

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado "Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal (MF) en Hermosillo, Sonora".

El objetivo del estudio es analizar cómo se estructura la maternidad y de qué manera se afecta a partir de la experiencia de una muerte fetal tardía, de su atención médica y del acompañamiento del entorno social significativo en mujeres atendidas en servicios públicos de Hermosillo, Sonora.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista donde me preguntarán acerca de mis conocimientos, percepciones y experiencias relacionadas al tema.

La Investigadora Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda relacionada con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente y se me ha explicado que no se revelará mi identidad en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo 1 (nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Testigo 2 (nombre y firma)

Investigadora:

Abril de 2024  
(edición impresa)

Abril de 2024  
(edición electrónica)

Cuidado de la edición:  
Martha Ordaz

Corrección de estilo:  
Andrea López Monroy

Diseño de portada:  
Héctor López

Compuedición:  
Cristophe Barrera Ortega

Edición en formato digital:  
Ave Editorial ([www.aveeditorial.com](http://www.aveeditorial.com))

Departamento de Difusión Cultural de  
El Colegio de Sonora

