

# El soporte afectivo durante el parto y fallecimiento de un bebé: experiencias de madres adolescentes

**Autores:** Flores, Norma Beatriz – Bejarano Ignacio Felipe. Facultad de Humanidades y Cs. Sociales – Universidad Nacional de Jujuy.  
flores\_norma2009@hotmail.com

## Breve Curriculum Vitae de Flores, Norma Beatriz

- Título de Grado: Licenciada en Educación para la Salud. Egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, año 2014.
- Título de Pregrado: Educador Sanitario. Egresada de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, año 2011.
- Integrante actual desde el año 2011 de la Unidad de investigación “Diversidad Sociocultural en Contextos Regionales: Pasados y Presentes” de la F.H. y C.S. – UNJu.

## Breve Curriculum Vitae de Bejarano, Ignacio Felipe

Docente en la Universidad Nacional de Jujuy. También en cátedras de Investigación de la UCASAL . Titular del Área de Investigación de UCSE DASS.



## Resumen

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia desarrollada en el marco de un proyecto de tesis que estudia las condiciones socio-demográficas y socio-afectivas de madres adolescentes jujeñas.

Se describe y analiza la vivencia socio-afectiva (durante el parto y posparto) de las madres adolescentes que han perdido por fallecimiento un/a hijo/a de menos de una semana de vida. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad, las que fueron grabadas y transcritas textualmente, con previo consentimiento de las participantes. Entre los principales resultados se destaca el valor positivo de la contención emocional por parte de la familia y el personal de salud para con la adolescente, durante el preparto, parto y posparto, como así también en la etapa recuperativa frente a la muerte de un/a hijo/a recién nacido/a.

## Palabras claves

Soporte afectivo - Madres Adolescentes - Fallecimiento de hijo/a.

## *Abstract*

*This work is part of a broader research developed in the framework of a thesis project that studies the socio-demographic and socio-emotional condition jujeñas teenage mothers.*

*It describes and analyzes the socio-affective experience (during labor and postpartum) of teenage mothers who have lost by death, a / a son / a less than a week old. In-depth interviews were used as data collection technique, which were recorded and transcribed verbatim, with the consent of the participants.*

*The main results the positive value of emotional support from family and health personnel for the teenager during the antepartum, delivery and postpartum, as well as in the recuperative stage facing the death of a / stands a son / a newborn / a..*

## *Keywords*

Emotional support - Adolescent Mothers - Death of son / daughter.





## Introducción

La cuestión del embarazo en la adolescencia y su relación con la mortalidad infantil (MI) es un tema de debate que lleva ya varias décadas. Se insistía entonces en que el embarazo adolescente tenía mayores riesgos de desarrollar patologías. Actualmente se afirma que el embarazo en la adolescencia en edades comprendidas entre 16 y 19 años no presenta un riesgo mayor de morbi-mortalidad en lxs<sup>1</sup> hijxs menores de un año, siempre y cuando existan cuidados prenatales pertinentes, apoyo psicológico y social, teniendo éste las mismas posibilidades de evolución que el de una mujer adulta. Afirmación que se valida en estudios realizados por Salazar Cutido B. et al. (2006); Gogna, M. (2005); Facchini, C. (2004). Circunstancialmente no todas las madres adolescentes tienen la posibilidad de transitar su embarazo plenamente y como quisieran, ya que en los hechos intervienen diversos factores objetivos y subjetivos como la pobreza, las barreras de acceso a los servicios de salud, la deserción escolar, la multiparidad, el acortamiento del periodo intergenésico, la carencia afectiva o falta de contención emocional y ciertas representaciones sociales que las tornan vulnerables.

El presente estudio tiene como objetivo indagar en las adolescentes jujeñas, que atravesaron la pérdida por fallecimiento de su hijx menor de una semana de vida, las vivencias socio-afectivas que ellas atravesaron durante el parto y posparto, con la finalidad de conocer el grado de contención emocional con el que contaba madre.

Conocer sobre las circunstancias que rodean el parto y el duelo de la madre por la muerte del recién nacido es acceder a una riqueza informativa que los estudios de carácter cuantitativo no alcanzan; concede la actualización de datos y el establecimiento de ciertas premisas que permitan orientar y evaluar las acciones futuras en el diseño de estrategias, en lo actitudinal y comportamental, que inciden en las practicas del cuidado de la salud.

## Metodología

Éste es un estudio de naturaleza exploratoria descriptiva y de carácter cualitativo, cuyo universo de estudio son las madres adolescentes a las que les ha sucedido el fallecimiento de un hijx con menos de una semana de vida. La muestra de este universo la constituyen siete<sup>2</sup> (de un total de diez) madres adolescentes con MI Neonatal durante el último cuatrimestre del año 2010.

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas en profundidad a las adolescentes en cuestión.

---

<sup>1</sup> A lo largo de este trabajo, para evitar las engorrosas repeticiones de hacer siempre explícita la alusión a los dos sexos se hará extensivo el uso de la letra "x" como recurso gráfico para integrar en una sola palabra las formas masculina y femenina del sustantivo, ya que este signo incluiría en su trazo las vocales a y o.

<sup>2</sup> Esto se debió a que se presentaron dificultades para la ubicación del paradero de las demás adolescentes.

Se tomó la precaución de que las visitas a la madre del/a fallecido se realizaran en un periodo posterior al sexto mes de producido el fallecimiento por respeto al dolor de la familia, sin dejar pasar mucho tiempo para que la vivencia de lo sucedido mantenga su fidelidad a la hora del relato y para no entorpecer la autopsia verbal que realiza el Comité de análisis de muertes infantiles.

Se administró a las jóvenes un consentimiento informado en el cual se explicó el propósito del estudio y la opción de participar o no. Se les comunicó que su decisión, cualquiera fuese, no tendría ninguna consecuencia, pudiendo interrumpir la entrevista en cualquier momento si así lo deseaba y/o negarse a contestar alguna/s pregunta/s.

En cada una de las entrevistas se utilizó un grabador de voz que permitió registrar lo que se decía y cómo se lo decía. Si bien al principio la presencia del grabador parecía hacerse sentir, a medida que transcurría la entrevista se logró por así decirlo una total comodidad con el mismo.

Todas las entrevistas fueron realizadas en el hogar de residencia de la madre, pero solo algunas dentro de este, ya que por ser una historia personal ciertas entrevistadas preferían que no haya gente alrededor suyo para poder contestar con libertad a las preguntas.

Para la recolección de datos secundarios se tuvo en cuenta las estadísticas sobre defunciones infantiles registradas en la provincia de Jujuy, suministradas por el Departamento de Bioestadísticas y el Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente del Ministerio de Salud de Jujuy.

## Resultados y discusión

### Durante el embarazo

Las adolescentes en el transcurso de su embarazo se vieron sumergidas en un contexto de pobreza que se expresaba en la precariedad de la vivienda, la deficiente alimentación y la carencia de obra social, entre otros. Las embarazadas en su mayoría no tenían cubiertas sus necesidades básicas. Ninguna contaba con vivienda propia, la mayoría vivía con la familia de su pareja y las demás en casa de sus padres, siendo el estado civil predominante el de concubinato o unión libre. Las parejas de las adolescentes eran también adolescentes/jóvenes.

La actividad predominante que desarrollaban era la de ama de casa, habiendo interrumpido sus estudios algunas por cuestiones del embarazo, no habiendo una correspondencia entre la escolarización de estas adolescentes y la edad cronológica de las mismas.

La mayoría de las jóvenes con embarazos inoportunos y falta de contención real o percibida por parte de los diferentes actores de su entorno, pensaron en el aborto como una



posibilidad, más allá de haberlo o no intentado y retardaron la comunicación y visibilización de su condición de embarazo. Este ocultamiento temporal del embarazo por vergüenza social, el miedo a los padres o la fantasía de poder “solucionar las cosas” hizo que las adolescentes acrecentaran la carencia de contención afectiva, experimenten sentimientos de angustia, no asistan a los controles prenatales oportunamente, no se alimenten adecuadamente y realicen actividades contrarias a su condición, transitando un embarazo expuesto a diversos factores de riesgo.

Llama la atención, que cuatro de las siete adolescentes no haya tenido complicaciones o problemas de salud durante el embarazo y sin embargo sus hijxs hayan tenido el mismo desenlace que las que sí tuvieron alguna complicación.

Entre las que tuvieron complicaciones, se señalaron vómitos frecuentes, punzadas fuertes, anemia y sangrado vaginal. En lo que refiere a si consultaron a un profesional por estas situaciones, solo una embarazada lo hace, ya que las otras dos no lo creían necesario. Esto pone en duda la señal de alarma con la que cuentan las adolescentes.

## La vivencia de las adolescentes durante el pre y posparto

Al analizar los testimonios de las madres entrevistadas se develó que quienes acompañan a la adolescente al hospital principalmente son sus madres, a pesar de no estar viviendo junto a sus hijas, ellas ejercen el principal rol de apoyo y contención durante el embarazo y el parto. Las parejas por encontrarse trabajando se ven limitadas a dicha posibilidad, y acuden tardíamente. Las interacciones previas al parto tienen profundos efectos relajantes.

*“(...) por suerte me acompañó mi mamá, sino no sé qué hubiese hecho” - 19 Años*

*“Yo quería que esté él... pero se enteró tarde cuando ya di a luz” - 19 Años*

*“Los consejos que me daba mi mamá me ayudaban a estar más tranquila” - 18 Años*

En cuanto a la opinión sobre los servicios de salud recibidos durante la atención del parto, se mencionaron dos opiniones contrapuestas. La primera referencia la conformidad con los tratos recibidos.

*“No sé...me trataron bien...” - 19 Años*

*“Sí bien, yo me sentía bien... me explicaban y ayudaban” - 19 Años*

La segunda (y en mayor medida) pone hincapié en la falta de predisposición de los profesionales que asisten a la adolescente; algunas veces porque el personal no les presta atención y en otros casos porque directamente reciben ofensas y regaños si no cumplen con las órdenes impartidas durante el trabajo de parto, gritan o lloran. Se infiere que parte del equipo de salud descalifica y subestima el sufrimiento de la adolescente.

*“La enfermera no me hacía caso y me decía que deje de gritar que iba a ser peor, que para que había abierto las piernas y otras cosas...” - 17 años*

*“La doctora me retaba, porque decía que yo había hecho algo para abortar...” - 17 años*

Según Eva Giberti (1999)<sup>3</sup> la exigencia de que las mujeres *“se porten bien durante el parto”, “hagan silencio como si fuesen niñas obedientes, es resultado de la apropiación del parto por parte de la medicina”*.

La ausencia de comunicación e interacción positiva puede ser perjudicial para el proceso de parto ya que la madres al sentirse ansiosas, tensas y encima maltratadas tienden a inhibirse.

*“Me sentía peor... tenía el doble de miedo y vergüenza” - 17 Años*

*“Yo tenía ganas de gritarle que ya basta, pero me dolía mucho...” - 19 Años*

En estos casos la embarazada pierde su autonomía, siendo sometida a la voluntad de los profesionales de los hospitales.

Surge la importancia de implementar la presencia de un/a acompañante durante el trabajo de parto, que sea capaz de contenerla emocionalmente y reducir sus tensiones y miedos, sea este familiar o no.

En algunos casos el mal trato por parte del personal de los hospitales se extiende durante el periodo de internación de la adolescente luego de haber parido. Este es el caso de dos adolescentes.

*“Yo me quejaba del dolor, pero nadie me venía a ver, me decían que me levante que no sea vaga...” - 19 Años*

*“Estaba apenas por la muerte de mi bebé y el dolor que no me dejaba dormir, le pedía a la enfermera que me dé algo pero no escuchaba, me dejaban sola...” - 19 Años*

Atento a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en el campo de la obstetricia y la ginecología, en la Argentina, existe la llamada Ley de Parto Humanizado -la Ley Nacional Nº 25.929- que está sancionada, pero no reglamentada, lo cual es un obstáculo para su aplicación. De modo que el parto humanizado es un derecho claramente reconocido, pero no hay condiciones para que su cumplimiento sea garantizado a todas por igual. En este sentido pareciera que hablar de parto humanizado obedece a que el parto ha venido siendo deshumanizado, mecanizado o no respetado.

Es necesario tener en cuenta que el grupo de las embarazadas adolescentes constituye un grupo poblacional con características orgánicas, funcionales, sociales y emocionales que

---

<sup>3</sup> Citado en Con todo al aire 2 (2008) Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. INSGENAR – CLADEM.



exigen un cuidado diferenciado por parte del equipo que pone atención al parto.

Al respecto como afirma Facchini, C. (2004:394) “Debe asegurarse que la atención de estas jóvenes madres sea llevada a cabo, en lo posible, por un equipo con sensibilidad y experiencia en adolescentes, que respete su privacidad y pudor, que le permita estar acompañada por su pareja y/o familiar o persona que ella elija.”

## De la muerte del/a hijx y el duelo de la madre

Las muertes neonatales ocurrieron todas en hospitales públicos, donde las madres adolescentes atendieron su parto. Lxs recién nacidxs vivieron como máximo 3 días y como mínimo de 3 a 5 minutos. En cuanto a la etapa gestacional en la que se encontraban el 71,4 % no había cumplido la semana 31. Solo una madre pudo ver y sostener a su hijo con vida.

Los motivos de defunción neonatal que citan sus madres adolescentes son:

*“Era prematuro...era muy chiquito...” - 18 años*

*“No podía retener el embarazo” - 17 años*

*“Lo perdí porque me caí de una peña y nació antes de tiempo” - 18 años*

*“Tenía los intestinos salidos y tuvieron que operarlo, pero no resistió la operación”  
19 años*

*“Tenía mal formado el pulmón...” - 19 años*

*“El bebé era grande... tuvo un ataque cuando nació” - 19 Años*

*“No se... no me acuerdo” - 19 Años*

En efecto los diagnósticos según el informe de mortalidad infantil para estos casos fueron:

- Prematurez extrema: parto ocurrido antes de las 31 semanas de gestación en el que las funciones orgánicas de el/la niñx aún no están lo suficientemente desarrolladas.
- Polimarformado - Tetralogía de Fallot: caracterizada por cuatro malformaciones que dan lugar a la mezcla de sangre venosa con la sangre arterial con efectos cianotizantes. Esta enfermedad era conocida antaño como Mal Azul.
- Hernia diafragmática: Es una anomalía congénita en la cual hay una abertura anormal en el diafragma, el músculo que le ayuda a uno a respirar. Esta abertura permite que parte de los órganos abdominales (estómago, bazo, hígado e intestinos) se suban hasta la cavidad torácica cerca de los pulmones.
- RNPT: Recién nacido pre - término.
- EBPN: Extremo bajo peso al nacer (menos de 1000grs).

Cuando se indaga sobre si las adolescentes o su familia creen que se podría haber hecho algo para evitar el acontecimiento en su mayoría afirman que no saben, entre las que afirman que sí, recae la responsabilidad en el sistema de salud.



*“No se...quizás sí...” - 17 años*

*“Su papá cree que sí... porque no nos dijeron bien que tenía” - 19 Años*

*“Se demoraron mucho en atenderme, me tenían de aquí para allá...yo les decía que ya no aguantaba pero igual me tenían ahí...” - 18 Años*

La información recibida por las madres adolescentes de parte de los médicos carece de la fluidez y la sencillez necesaria para un grupo que muchas veces tiene un estilo de comunicación más pasivo, preguntan y opinan menos sobre el problema a consultar, quizás básicamente por la dificultad de relacionarse con el profesional debido a la distancia generacional y social que se da entre ambos interlocutores.

*“...me explicó, pero no le entendía, yo estaba como en blanco” - 17 Años*

*“A mí no me explico...le explico a mi mamá” - 17 Años*

*“Si me dijo algo... pero no le entendí, mi marido se enojaba porque cuando lo buscaba para preguntarle no lo encontraba. “ - 19 Años*

Según afirmaciones de las adolescentes pareciera ser que no se les explicó ni clara ni oportunamente cual habría sido el motivo o desenlace de la muerte de su hijx. Esto lleva a preguntarse si la información dada o suprimida por los médicos es igual para todas las madres en parecida situación o depende de las características personales de la usuaria, en este caso la edad o al contexto de la situación.

## Del acompañamiento durante el duelo

Según Cordero M. et. al (2004) “La muerte constituye un evento cotidiano en la medicina, sin embargo los eventos psicológicos que la acompañan y el enfrentamiento humano de ella ha sido estudiado pocas veces con rigurosidad científica.”

Una muerte infantil es una pérdida traumática, a menudo, súbita e inesperada, que a veces fuerza a las familias a integrar las experiencias casi simultáneas del nacimiento y la muerte. Para Vergara M. (2004:37) “el ciclo vital de los mamíferos superiores y de muchas otras especies contempla la muerte de los padres al llegar a la adultez. Sin embargo, en el ser humano la muerte de un hijo al inicio de la vida es una gran ruptura en el proceso natural de la vida debido a que se escapa de las expectativas y programa biológico.”

El fallecimiento de un/a hijx como un hecho intensamente doloroso y traumático, los sentimientos de culpa, se ponen de manifiesto en algunos comentarios.

*“No lo podía creer...estaba re mal...su papá todavía piensa en eso... ” - 19 Años*

*“No tenía ganas de nada... solo quería mi bebe conmigo” - 18 Años*

*“sentí que me arrancaban el corazón (...) a veces parece que lo escucho llorar” - 17 años*





*“Me dijeron que si me hubiese controlado más eso no me hubiese pasado” - 19 años*

Se generan malestares y abatimientos en las madres cuando se enteran que los miembros del equipo de salud tratan sin cuidado a los bebés fallecidos. Dos adolescentes cuentan del maltrato que se les da a los cuerpos de sus hijos:

El primer caso hace referencia a que la madre de la adolescente vio como uno de los dos bebés que había llegado muerto dentro de la panza al hospital, se encontraba tirado en un tacho de basura. A lo cual la familia de la adolescente reclamo y pidió que le entregasen el cuerpo.

*“Mi mamá vio cuando el otro bebé estaba tirado en la basura... ella se enojó y lo pidió...”*

19 Años

El otro caso hace referencia a que no le permitieron a la adolescente retirar el cuerpo del fallecido supuestamente por ser “muy chiquito” y normas de la institución.

*“No me lo quisieron entregar (...) era muy chiquito y por cosas del hospital (...) no lo pude enterrar” - 18 Años*

Es necesario en este caso tener presente que el hecho de no entregar el cuerpo a la madre puede hacer que el duelo sea aún más difícil o un “duelo no resuelto”. La madre adolescente debe tener la posibilidad de elegir ver o estar con el/la niñx el tiempo que desee, guardar un recuerdo, despedirse, enterrarlo según sus creencias culturales y religiosas, o en caso contrario no ver ni tocar a su hijx muertx si así lo prefiriera.

Respecto al cuidado de la adolescente tras la muerte de su hijx, las entrevistadas demuestran que los profesionales sanitarios pueden hacer que ellas se sientan apoyadas o abandonadas.

*“Comentar con la enfermera lo que me había pasado me sirvió de ayuda” - 18 Años*

*“Algunas ni te hablan...y te hacen sentir mal otras te apoyan” - 17 Años*

*“Son unas insensibles, no se dan cuenta que vos estas sufriendo” - 19 Años*

Cabe hacer mención que las adolescentes frente a los hechos que les desagradan asumen una posición pasiva, ya que la posibilidad de reclamar sus derechos y exigir una buena atención no se efectúa. Ninguna revela haber reclamado sobre las situaciones hostiles. Para Sacchi M. (1997) la experiencia y trayectoria individual por un lado y la personalidad por el otro tienen un peso relativo importante en el establecimiento del vínculo con el sistema de salud, ya sea demandando o exigiendo lo que se considera un derecho, o bien sometiéndose a recibir pasivamente lo que quieren ofrecerle.

Esta situación de pasividad también tiene quizás que ver con lo que Bordieu P. (1997) denomina capital cultural, que es esa forma particular de mirar el mundo y de

representarse un lugar dentro de él. Este capital cultural origina disposiciones a actuar, reaccionar, interpretar y demandar aquello que corresponda. Teniendo en cuenta la corta edad de las adolescentes y la condición social de la que provienen, cabría indagar en qué medida se está cultivando ese capital cultural si muchas de ellas no asisten a la escuela, tienen redes sociales reducidas y todavía dependen de sus progenitores.

En contraste con las actitudes que molestan a las adolescentes existen comentarios o acciones por parte de los profesionales sanitarios que mejoran su experiencia en el hospital. Destacándose el apoyo emocional y la atención a las necesidades físicas de la madre.

*“Me prestó atención cuando lo necesitaba... hablábamos de mi bebé...” - 19 Años*

*“Permitía que mi familia se quede un rato más, les hablaba sobre cómo me tenían que cuidar... que me apoyen...” - 17 Años*

*“Me ayudaba a peinarme, me daba la mano para ir al baño...” - 18 Años*

*“A veces se quedaba un rato más conmigo que con las otras...” - 19 Años*

El equipo de la salud al estar en primera línea para ofrecer consuelo y apoyo a las familias en duelo, para ayudar a los padres a despedirse de su bebé fallecido y para enseñarles sobre el proceso de duelo, necesitan formación específica en la atención al proceso de duelo como parte de su enseñanza de residentes, de su formación continua y de su modelo curricular. Por lo que resulta necesario que el equipo de salud en su formación profesional se prepare para ayudar a las madres, padres a enfrentar esta situación. Reprimir el dolor es una opción, pero el desahogo es necesario en esas ocasiones. De lo contrario una forma de superar la muerte de hijx quizás sea su reemplazo por uno nuevo como sucedió con el caso de dos adolescentes en este estudio que se encuentran nuevamente embarazadas.

Los síntomas de ansiedad y depresión son comunes durante los primeros meses, y, aunque los síntomas depresivos son generalmente transitorios entre el 15% y 30% de los pacientes puede desarrollar depresión y requerir de fármacos. Cordero M. et al. (2004:11) Muchas veces la capacidad de sobreponerse al hecho doloroso lleva a solicitar tiempo y espacio, y en ocasiones el acompañamiento de los demás, probablemente más que nunca.

En este sentido pareciera ser que los fenómenos de estrés emocional intensos pueden converger en complicaciones para el rol social, la vida de la pareja y los vínculos sociales inmediatos. Un acompañamiento psicológico adecuado es fundamental para que el individuo retome su equilibrio emocional y vuelva a la normalidad.

*“No quería ver a nadie...” - 19 Años*

*“Me sentía sola (...) no quería estar sola” - 17 Años*

*“Sé que llora, pero a mí no me lo muestra para no hacerme sentir mal” - 19 Años*

Cada historia de superación es única, su superación reside en no quedar detenidos en el



*"El peor duelo, es sin duda, el duelo solitario. Nadie, puede resolver en soledad su renacimiento, luego del derrumbe emocional provocado por la muerte de un hijo. "*

lugar en que nos ha dejado el mismísimo derrumbe emocional, y poder seguir proyectando una vida hacia el futuro. Se podría decir que quienes tengan un para qué vivir, superarán los obstáculos y continuarán pudiendo proyectar sus vidas.

El peor duelo, es sin duda, el duelo solitario. Nadie, puede resolver en soledad su renacimiento, luego del derrumbe emocional provocado por la muerte de un hijo. Para ello será necesario pedir y aceptar ayuda. Puede ser la propia pareja, un amigx, un/a terapeuta, un sacerdote o alguien que haya vivido una similar experiencia de vida, y aquí se ubica y se subraya, la inefable ayuda que puede brindar a la doliente, el grupo de pares.

*"Cuando me paso eso, quienes estuvieron siempre fueron mis amigas de barrio, ellas venían me charlaban, salíamos un rato a dar vueltas" - 19 Años*

*"Pensé que sola podía... pero mi mamá me dijo que salga, que no me quede encerrada...yo salía iba con mis tías y se me pasaba" - 19 Años*

*"Necesitaba a mis amigas más que a nadie" - 17 Años*

El duelo debe ser un proceso activo encaminado a la búsqueda de sentido a un nuevo proyecto de vida, con actitud responsable y solidaria en el grupo de pares en el que participe, y en libertad de elegir sus respuestas de modo singular.

En algunos casos la muerte de un hijo o hija es una circunstancia que marca un antes y un después en la vida de la madre y la familia tanto en el sentido positivo como en el negativo.

## En la actualidad

Actualmente encontramos adolescentes que tienen nuevos proyectos de vida, en el los que ansían retomar sus estudios y trabajar para mejorar su condición social. Otras que corren con menos suerte continúan en situaciones de vulnerabilidad.

*"Trabajo a veces en el mercado vendiendo verdura, quiero estudiar pero no puedo porque estoy embarazada" - 19 Años*

*"Estoy estudiando, ahora termino el cuarto año (...) mis profesoras me felicitan porque soy una de las que más estudia." - 19 Años*

*"Con mi marido ahora hemos agarrado un lote, queremos construir para los chicos, para el año me voy a inscribir para ir a la escuela" - 19 Años*

*"(...) por un tiempo no quise hacer nada, no comía y me la pasaba llorando, las chicas venían pero no quería hacer nada. Recién ahora me estoy recuperando (...) tengo que ver por mi otro hijo" - 20 Años*

*"Con él nos separamos...vivíamos peleando y echándonos la culpa de todo. Él me manda plata igual para la otra nena, sigo viviendo en la casa de sus papás por la nena pero ya no estamos juntos" - 19 Años*

*Él quiere que tengamos otro, pero yo ya no quiero...no quiero ni que me toque" - 18 Años*



*“Me embaracé porque quería otro bebe” - 18 Años*

En este sentido se hace necesario realizar un acompañamiento a las madres adolescentes que pierden un hijo menor de un año por fallecimiento teniendo como base la creencia de que las adversidades que se presentan en la vida de un ser humano representan una oportunidad para su fortalecimiento y posterior crecimiento.

## Conclusiones

El control del embarazo resulta tardío e insuficiente en cuanto a su frecuencia, lo que explica la incidencia de muertes infantiles en el periodo neonatal, siendo prematuridad extrema, polimalformación, hernia diafragmática, EBPN las causas. No obstante la mayoría de los casos analizados manifestaron no haber tenido complicaciones o problemas de salud durante el embarazo.

Las que tuvieron complicaciones señalan vómitos frecuentes, punzadas fuertes, anemia y sangrado vaginal, ante éstas situaciones las adolescentes igual no concurren a la consulta médica, lo que pone en evidencia la baja percepción de señal de alarma.

Todavía existen barreras al acceso de los servicios de salud por mal trato del personal, evidenciado en la falla de comunicación e información por la dificultad de relacionarse que tienen los profesionales de salud debido a la distancia generacional y social que se da entre ambos interlocutores. Por ello las madres adolescentes tipifican que en el trance en el que ocurrió la muerte no se les explicó clara y oportunamente el problema de salud, su proceso y/o desenlace; considerando las madres adolescentes que la MI ocurre por fallas en la atención en el sistema de salud. Fallas de atención que reconocen previas al parto, considerando que el personal no les presta la debida atención, y más tarde, transfiriéndoles un sentimiento de abandono y de incompreensión del proceso de duelo, perspectiva que no forma parte de la atención en los servicios de salud perinatales.

La contención socio-afectiva juega un papel importante en las adolescentes a la hora de mantener y cuidar sus embarazos, transitar la etapa recuperativa frente a la muerte de un/a hijx y generar proyectos de vida más saludables; siendo necesario promover la inserción e reinserción de las adolescentes en redes de apoyo que le posibiliten, a éstas, mejorar el vínculo con el sistema educativo, sanitario, laboral, cultural y productivo.



## Bibliografía

- Bourdieu, Pierre (1997). Capital Cultural, Escuela y Espacio Social. Siglo XXI. Mexico.
- Cordero, M. et al. (2004) Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev. Chilena de pediatría. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000100011&script=sci_arttext)
- Facchini, C. (2004) Introducción al tema embarazo adolescente. En Pasqualini, D.; Llorens A. (Comp.) (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS – Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Gogna, M. (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES. Buenos Aires, Argentina.
- Sacchi M. (1997) Mortalidad infantil, un nombre, un rostro, una familia. Universidad de Buenos Aires - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.
- Salazar Cutido B. et al. (2006) Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_3\\_06/san07306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm)
- Vergara, M. (2004) Estudio cuantitativo depresión post parto. Tesis para optar al título de Psiquiatría. Tesis de la especialidad. Facultad de Medicina Psiquiatría. Universidad de Santiago. Santiago de Chile.