



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO .CLAVE: 8723



TESIS

“DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL, ÓBITO FETAL Y
ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA EN ENERO
A MAYO 2016”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ARELLANO BOTELLO NAYELI MARÍA

No. DE CUENTA: 412505562

RAMÍREZ RODRÍGUEZ MONSERRAT

No. DE CUENTA: 411525228

ASESOR:

L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN A 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C
CORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO .CLAVE: 8723



TESIS

“DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL, ÓBITO FETAL Y
ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA EN ENERO
A MAYO 2016”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ARELLANO BOTELLO NAYELI MARÍA

No. DE CUENTA: 412505562

RAMÍREZ RODRÍGUEZ MONSERRAT

No. DE CUENTA: 411525228

ASESOR:

L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN A 2016

DEDICATORIAS

ARELLANO BOTELLO NAYELI MARÍA

A mi familia que me apoyo moral y económicamente durante mi carrera.

A mis abuelos Josefina y Rodolfo Botello, quien por ellos y sus consejos he llegado a concluir mi carrera y no dejarme rendir por ningún obstáculo.

A mis tíos Gerardo, Concepción, Rubén, Ana Bertha y Espiridion Botello quienes siempre me apoyaron desde el inicio de mi carrera hasta hoy moral, y económicamente.

En especial con todo mi amor y cariño dedico esta tesis a mi mamá Roselia Botello Camarillo quien me apoyó alentándome para continuar durante los momentos en los que estaba a punto de rendirme. Gracias por su amor incondicional y el gran sacrificio que ha hecho por mí, quien hizo todo lo posible para que lograra mis sueños. Ella ha sido mi mayor motivación para poder llegar al lugar en el que me encuentro ahora.

A todos ellos dedico esta tesis. A ellos que siempre creyeron en mí.

Hoy hacen que me sienta afortunada al tener la oportunidad de ejercer algo que me hace feliz.

RAMÍREZ RODRÍGUEZ MONSERRAT

A mi familia por su apoyo moral durante mi carrera.

A mi mamá Ma. Luisa Rodríguez en especial dedico esta tesis con amor; gracias por su apoyo moral, económico, por sus consejos y sabiduría de la vida que me impulso a seguir adelante durante mis estudios, ha sido un gran apoyo y ejemplo de la vida para ser una guerrera ante las adversidades que se presenten, estoy muy agradecida por todo su esfuerzo que ha hecho para que me realizara en la vida profesionalmente.

A Fernando Alonso, una persona importante en mi vida, el cual me apoyo mucho en mi carrera, me alentó a seguir adelante, gracias por tu apoyo incondicional, por tus palabras de aliento, por tus consejos, gracias por llegar a mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Jesucristo, nuestro Señor, por enseñarnos el camino correcto de la vida, guiándonos cada día con su santo espíritu.

A nuestros padres por su interés y confianza que siempre depositaron en nosotras. Sin ellos no habría sido posible cumplir esta gran meta que fue terminar nuestro trabajo de tesis.

A la Escuela de Enfermería de Zamora A.C., por habernos abierto las puertas a este inmenso mundo del conocimiento y experiencias vividas; así como nuestro reconocimiento por la labor que realizan en la formación de enfermeras (os) de calidad que son el futuro de nuestro país.

Con admiración y respeto a nuestros profesores, por los consejos y apoyo que nos brindaron en la elaboración de este trabajo de investigación; especialmente a nuestro profesor de seminario de tesis: Médico Especialista: Juan Manuel Aguiñiga Ramírez, quien nos apoyó dedicándonos tiempo y atención para nuestro trabajo.

De manera muy especial, a la directora LEO. Ignacia Escalera Mora quien día con día mantiene la escuela en total organización y disciplina, lo cual fue factible para la realización de nuestro trabajo al otorgar tiempo y espacio en la biblioteca para poder buscar información apropiada.

Gracias a todos los que nos ayudaron a cumplir una meta más.

ÍNDICE

Contenido

AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN.....	8
RESUMEN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
MARCO TEÓRICO.....	14
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS FRENTE A LA MUERTE DEL RECIÉN NACIDO	21
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y RESULTADOS ESPERADOS	22
.....	22
INSTRUMENTO A UTILIZAR:.....	23
ESTUDIO RELACIONADO.....	26
OBJETIVOS	27
HIPÓTESIS	28
JUSTIFICACIÓN.....	29
TIPO DE DISEÑO	32
TIPO DE ESTUDIO.....	32
MUESTRA	33
VARIABLES.....	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
RECURSOS.....	37
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIÓN.....	42

RECOMENDACIONES.....	43
ANEXO 1 ESCALA DE DUELO PERINATAL.....	44
GLOSARIO.....	51
ABREVIATURAS.....	53
CRITERIOS.....	54
CRONOGRAMA	55
Referencias	57

INTRODUCCIÓN

El duelo es el proceso de adaptación que sigue la pérdida, sea esta simbólica o física (Rando, 1991), y comprende tanto las repercusiones directas de la pérdida como las acciones que se emprenden para manejar estas consecuencias. El duelo es la respuesta natural de adaptación (influenciada por el entorno sociocultural) de los seres humanos ante cualquier pérdida significativa. Aun siendo una respuesta que influye el dolor, el duelo no es una enfermedad, ni siquiera debe ser considerado como negativo, pues la experiencia refleja que puede suponer un proceso positivo de reorganización de la vida.

Algunos autores (Riches., 2003) (P. Turton, 2002) han descrito la muerte perinatal como una experiencia traumática que elimina la capacidad de reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres hacia sus otros hijos. La pérdida de un hijo al inicio de la vida constituye uno de los estresores emocionales más intensos que puede experimentar una mujer.

La pérdida de gestaciones, sobre todo si sucede con repetición, es considerada uno de los principales factores desencadenantes de duelo en la vida adulta (Flórez, 2002). Las pérdidas tardías de la gestación se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas, dado que los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo (García & Yagüe, 1999).

La muerte de un hijo es devastadora para los padres, experimentan una pena que es penetrante, intensa, compleja y

constante. Se acompaña además por una multitud de pérdidas secundarias, incluyendo la pérdida de esperanzas y de sueños, la pérdida de la experiencia de criar un niño y la pérdida del sentido de seguridad en el mundo (Montesinos, Román, & Muñoz, 2013). Desde la perspectiva parental, el duelo es un proceso emocionalmente difícil para los padres, que deben enfrentarse al ver truncadas sus esperanzas y sueños construidos durante el embarazo y comprender que no tendrán la oportunidad de disfrutar el futuro en compañía de su hijo (Kamei, Torres, & Kimelman, 2013).

Por lo que a través del presente trabajo el objetivo es identificar las reacciones del duelo materno ante la pérdida por muerte perinatal, óbito fetal y aborto en el Hospital General de Zamora, Michoacán durante enero a mayo 2016 y así responder a las siguientes interrogantes; ¿Cuál es el impacto en el duelo que sufren las madres por pérdida de muerte perinatal, óbito fetal o aborto en el Hospital General de Zamora Michoacán durante enero a mayo 2016? ¿La pérdida por muerte perinatal, óbito fetal y aborto difieren en las reacciones del duelo materno? ¿La edad materna influye en las conductas ante la pérdida de muerte perinatal, óbito fetal y aborto?

La pérdida de un hijo es la de mayor trascendencia que una madre pueda tener, en relación a otro tipo de pérdidas familiares, pudiendo influir en su reacción el hijo no deseado, lo que puede con el tiempo generar enfermedades psiquiátricas, dependiendo como viva el duelo la persona involucrada, situación que se evaluará con la administración del instrumento Escala de Duelo Perinatal (PGS), el cual tiene propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana.

RESUMEN

“DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL, ÓBITO FETAL Y ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA DE ENERO A MAYO 2016”

ARELLANO BN, RAMIREZ RM, AGUIÑIGA RJ.

El duelo es la respuesta natural de adaptación (influenciada por el entorno sociocultural) de los seres humanos ante cualquier pérdida significativa. Algunos autores (Riches., 2003) (P. Turton, 2002) han descrito la muerte perinatal como una experiencia traumática que elimina la capacidad de reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres hacia sus otros hijos. La pérdida de un hijo al inicio de la vida constituye uno de los estresores emocionales más intensos que puede experimentar una mujer.

OBJETIVO. Identificar las reacciones del duelo materno ante la pérdida por muerte perinatal y óbito fetal. Basándonos en las siguientes preguntas; ¿Cuál es el impacto en el duelo que sufren las madres por pérdida de muerte perinatal, óbito fetal o aborto en el Hospital General de Zamora Michoacán durante enero a mayo 2016? ¿La pérdida por muerte perinatal y óbito fetal influye en las reacciones del duelo materno? ¿La edad materna influye en las conductas ante la pérdida de muerte perinatal, óbito fetal y aborto?

MATERIAL Y MÉTODOS. Nuestro instrumento a utilizar fue La Escala de Duelo Perinatal (PGS) por sus siglas en inglés

Perinatal Grief Scale, es una escala tipo likert que consta de 27 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta. Esta escala ha sido recomendada por la American Psychological Association (APA) en el manual de investigación del duelo.

Lugar de estudio, el Hospital Regional de Zamora Michoacán. Muestra con una población de estudio de 27 mujeres que sufrieron pérdida perinatal en el transcurso de los meses de enero a mayo del 2016.

RESULTADOS. Se evaluó el duelo materno de 7 madres que tuvieron un óbito, con un rango de edad de 20 a 42 años; de 5 con muerte perinatal, con rango de edad de 15 a 37 años y 9 con aborto y edad de 17 a 41 años. Posterior a la aplicación de la escala de duelo perinatal observamos que la muerte perinatal y el óbito producen mayor duelo activo, el aborto y la muerte perinatal menor sentimiento de culpa y depresión, siendo el óbito el que produce mayor impacto emocional en la madre. Se observa que el duelo activo se presenta en los tres tipos de eventos, que la aceptación en el caso del óbito es la menos aceptada y la que produce mayor número de problemas emocionales.

CONCLUSIÓN. La muerte perinatal y el óbito causan un mayor impacto en la madre lo cual conlleva a presentar el duelo.

Palabras clave: Duelo, óbito fetal, aborto, muerte perinatal, sexo, edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El duelo es la respuesta natural de adaptación (influenciada por el entorno sociocultural) de los seres humanos ante cualquier pérdida significativa. Aun siendo una respuesta que incluye el dolor, el duelo no es una enfermedad, ni siquiera debe ser considerado como negativo, pues la experiencia refleja que puede suponer un proceso positivo de reorganización de la vida.

Perder un bebé puede ser traumático. Se ha estimado que uno de cada cinco embarazos, se pierde. Pero la proporción es mucho más alta, posiblemente de un 50% si se incluyen las pérdidas tempranas que no se valoran clínicamente. A pesar de ser tan común, casi nadie habla de esto y la sociedad tiende a negar el impacto, pero los efectos psicológicos en ambos padres pueden ser devastadores. No solo se experimenta la pérdida del feto, se experimenta la pérdida de todo el futuro que se había creado la madre para sí misma.

La mortalidad fetal dispara la depresión clínica en el 30% de las mujeres que lo experimentan y cuando esta experiencia se repite el riesgo de un trastorno se incrementa.

(Cordero, 2004) Dice que el dolor por la muerte de un niño alrededor del nacimiento se registra en el aparato psíquico y puede convertirse en un evento traumático; de 20 a 30% de las mujeres que han pasado por esta experiencia sufren alteraciones psiquiátricas durante el primer año de la pérdida, ya que es quizá la

única situación en la que una mujer experimenta literalmente la muerte de otro de ella misma. En la mujer, este proceso no solo está matizado por el contexto en el que ocurre la muerte del bebe, sino también por las experiencias pasadas, la causa de muerte y las expectativas a futuro (Adolfsson & Larsson, 2006).

Se han observado diferencias de género en el duelo, la depresión y la satisfacción cuando se recibe apoyo, después de la experiencia de óbito fetal, por lo que con la presente investigación se da respuesta a la siguiente formulación: ¿Cuál es el impacto en el duelo que sufren las madres por pérdida de muerte perinatal, óbito fetal o aborto en el Hospital General de Zamora Michoacán durante enero a mayo 2016?

MARCO TEÓRICO

(Parkes, 1988) Uno de los autores que ha estudiado a profundidad el duelo en sus diversos aspectos. Sostiene que la reacción del duelo debe entenderse como una transición psicosocial. Las transiciones psicosociales son aquellos cambios vitales que requieren que las personas revisen profundamente su concepción del mundo, llevando consigo la necesidad de cambios rápidos y permanentes de una cantidad masiva de reglas, hábitos, rituales, premisas, construcciones de la realidad. Cuanto más numerosas y de mayor importancia sean las reglas que se deben cambiar, más doloroso y difícil será adaptarse a la nueva realidad, y más tiempo y energía requerirá.

En el duelo se pueden presentar una gama muy amplia de manifestaciones normales que han sido descritas y estudiadas en profundidad por autores como (Neimeyer, 2007):

- Físicas: pérdida de apetito, alteraciones del sueño, pérdida de energía y agotamiento y diversas quejas somáticas (cefalea, opresión en el pecho o la garganta, debilidad muscular, etc. Algunas pueden ser con la enfermedad que tuvo el fallecido).
- Conductuales: agitación, ira, llanto, cansancio, desinterés por el trabajo, aislamiento, conductas distraídas, evitar recuerdos del fallecido o atesorar recuerdos que pertenecen al mismo, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido.
- Cognitivas: preocupación, incredulidad, confusión, pensamientos obsesivos acerca del fallecido, baja

autoestima, auto reproches, sensación de indefensión, desesperanza, sensación de irrealidad y problemas con la memoria y la concentración.

- Afectivas: tristeza, anhelo, desesperación, ansiedad, shock, culpa (normalmente limitada a algo que ocurrió o descuido alrededor de la muerte), enfado y hostilidad, anhedonia, soledad.
- Espirituales: búsqueda de trascendencia, sentido, y de ser transformado positivamente por la experiencia de la pérdida.

ETAPAS DEL DUELO

Las personas optan por suprimir este sentimiento que por lo general termina manifestándose de otra manera complicando el duelo, la actitud hacia la muerte no es predominante, es la del rechazo. Elizabeth Kubler-Ross menciona 5 etapas en el proceso del duelo.

1. **NEGACION Y AISLAMIENTO.** Cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad, la primera reacción será la de negar (No, yo no, no puede ser cierto).
La negación es un mecanismo de defensa que en cierto tiempo es sustituido por la aceptación.
2. **IRA.** Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituido por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. La ira es contra uno mismo, contra Dios, contra todo y todos en general.

3. PACTO. Dura periodos muy breves. Este pacto generalmente se hace con Dios y las promesas se guardan en secreto, en caso de que el pacto se cumpla, por lo regular, el paciente pedirá otro y así sucesivamente hasta que ya no haya posibilidad por el marcado deterioro del enfermo, también se pueden presentar seudosentimientos como el abandono o soledad.

4. DEPRESIÓN REACTIVA. Aparece como resultado de las pérdidas anteriores.

DEPRESIÓN ANTICIPATORIA. Son las pérdidas que van a venir.

Cabe aclarar que Kubler-Ross menciona depresión, sin embargo las características que da no corresponden a los criterios por un trastorno depresivo, sino más bien a un sentimiento de tristeza profunda producto de la pérdida de la salud y la posible muerte.

5. ACEPTACION. Si un paciente ha tenido tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegara a una fase en la que su destino no deprimirá ni le enojara.

La mayoría de las personas se sobreponen a la pérdida y afrontan de forma efectiva que es el duelo normal, e incluso a veces las circunstancias hacen que el proceso sea especialmente difícil, es el duelo de riesgo; que este puede complicarse y volverse duelo complicado o patológico. Entre el 10% y 20% de las personas en

duelo padecen dificultades importantes en su proceso de adaptación.

Se considera duelo complicado, anormal o patológico a la intensificación del duelo a nivel que la persona está desbordada y recurre a conductas desadaptativas (consumo abusivo de alcohol o psicofármacos, aislamiento social prolongado o enlentecimiento psicomotor, ira y culpa exagerada, pensamientos de muerte), o no avanza en el proceso de duelo hacia su resolución, de forma que el doliente no puede reorganizar su vida.

(Echeburua & Herran, 2007) Sostienen que para poder hablar de duelo complicado tienen que haber pasado al menos 6 meses. Aunque otros afirman que debe de pasar un año para poder hablar de duelo complicado.

Según algunos autores el duelo no sigue un curso normal cuando:

- Causa malestar clínicamente significativo. Aparece patología psiquiátrica (ansiedad, estrés y depresión).
- Sentimiento de culpa general, que lleva a una pérdida de autoestima. Esto es una de las diferencias fundamentales entre depresión y duelo.
- Deterioro de la vida familiar, social y laboral.
- Al cabo de 6 meses de la pérdida la persona no se ha recuperado lo suficiente como para reanudar sus actividades normales y empezar su vida de nuevo.
- El proceso de duelo se prolonga más allá de 2-3 años tras la pérdida.

El duelo perinatal es similar al realizado por la muerte de cualquier otro ser querido pero tiene unas características propias y empezó a ser estudiado y tenido en cuenta en la práctica asistencial mucho después, a finales de los años 60. El primer artículo fue publicado en 1959, y aun hoy la mayoría de los hospitales y centros de salud en España no tienen protocolos específicos de asistencia a las familias que pasan por esta experiencia.

Según algunos autores de diversas revistas (Pia López, 2011) (Santos & Yañez, 2015) (Claramut, Álvarez, Jove, & Santos, 2009) Algunas de las características de este duelo son:

- La mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, ya que no ha sido capaz de gestar, o de dar a luz a su hijo con vida, y experimenta la rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre por un funeral. La pérdida de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas, como la identidad, sueños, expectativas, esperanzas, proyectos para el futuro.
- La madre es físicamente puérpera, experimenta la muerte pero su cuerpo tiene signos de vida (leche materna, niveles hormonales, involución uterina, sangrado transvaginal) y también necesita físicamente restaurarse y recuperarse.

Las manifestaciones normales a este duelo son:

- Tristeza.
- Dolor.

- Vacío.
- Culpabilidad.
- Rabia.
- Confusión.

Finalmente se produce la reorganización, en la que sin olvidar al hijo, se rehace la vida y se recupera la capacidad de funcionar. Algunas personas revitalizan sus creencias buscando un sentido a la pérdida. Se produce muchas veces un cambio de los valores en la vida, dando mayor importancia a los pequeños detalles y se adquiere una mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros.

Los síntomas del duelo habitualmente disminuyen en los seis primeros meses tras la muerte perinatal, pero pueden ser necesarios de uno a dos años para una resolución total. (González, Suárez, Polanco, Ledo, & Rodríguez, 2013).

(Mander, 1994) El duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: La proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e inestabilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente

la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo.

Distingue las siguientes modalidades de duelo de progenitores por sus hijos:

- Promesa de nunca olvidar al hijo.
- Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo.
- Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida.
- Cambio de los valores en la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles.
- Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros.

(Scott & Antonio, 2006) Señalan que el embarazo es un momento que resume en sí mismo toda la vida de una mujer en sus significados afectivos y de relación. La maternidad debe considerarse como un largo y complejo proceso que precede el momento específico del parto y en los que los sentimientos antiguos y profundos influyen tanto en los miedos y en las fantasías más recurrentes, como en ciertas patologías propias de la gestación del parto y de la relación madre-recién nacido.

La maternidad es un fenómeno maravilloso en la mujer, que implica el triunfo de su propia identidad, por lo cual tiene importancia y trascendencia en sí misma. La importancia, de esta aseveración radica en tomar en cuenta que en la mujer existe una interrelación entre fenómenos biológicos y psicológicos. (Asebey, 2004).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS FRENTE A LA MUERTE DEL RECIÉN NACIDO

El profesional de enfermería debe tener la capacidad de brindar cuidado a los padres y a la familia, con el fin de lograr una adecuada elaboración del duelo, propendiendo por disminuir las complicaciones para la salud que éste conlleva.

(Oviedo, Urdaneta, Parra, & y Volcanes, 2009). En su artículo titulado Duelo materno por muerte perinatal, señalan que el personal de salud necesita preparación emocional para mitigar el duelo materno en una mujer que ha perdido un hijo justo al nacer, contribuyendo a que los padres afronten el duelo con respeto y acompañándolos para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de la pareja. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda para enfrentar la muerte del hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no apoyo psicológico y espiritual de su pareja y su hijo por nacer como una familia que requería cuidado de enfermería.

- Escucha activa a partir del interrogatorio habitual y de procesos de comunicación asertivos.
- Integración con el sujeto de cuidado, a partir de compartir creencias y valores trascendentales para su desarrollo integral.
- Comunicación terapéutica, con el fin de brindar apoyo emocional y espiritual.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y RESULTADOS ESPERADOS

El profesional de enfermería es actor principal a comienzos del duelo y puede propender por que las etapas iniciales del proceso transcurran con mayor fluidez y se elaboren con más facilidad. Las habilidades de intervención terapéutica inherentes al ejercicio del cuidado pueden hacer que el duelo inicie (hablando del contexto hospitalario) de manera más adecuada y evolucione mejor, partiendo del concepto de la relación terapéutica, fundamentada en principios como la empatía, el respeto, la confianza y el autoaprendizaje.

El trabajo interdisciplinario, sumado a medidas de cuidado para la salud mental de familiares y pacientes —facilitar el ingreso a familiares durante el proceso de muerte, permitir el contacto físico, reducir el dolor, el frío y la asfixia en el agonizante—, puede hacer de la experiencia de muerte un evento humanizado que reduzca en los dolientes las emociones negativas relacionadas y como consecuencia, lograr que el proceso de duelo transcurra de manera más saludable para el paciente y su familia, consiguiendo una posición ante la muerte positiva y una mejor aceptación del duelo.

La pérdida de un embarazo repercute emocionalmente en la familia que sufre este evento, pero es de mayor impacto en la madre, quien presenta un duelo activo de duración variable, afección de la salud mental y desesperanza, por lo con el presente trabajo evaluamos el impacto de cada uno de estos eventos mediante la aplicación de la Escala de duelo Perinatal.

INSTRUMENTO A UTILIZAR:

La Escala de Duelo Perinatal (PGS) por sus siglas en inglés Perinatal Grief Scale, es una escala tipo likert que consta de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. Esta escala ha sido recomendada por la American Psychological Association (APA) en el manual de investigación del duelo. Los reactivos están distribuidos en tres subescalas, de 11 reactivos cada una:

- a) Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo.
- b) Dificultad para afrontar la pérdida que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja.
- c) Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo (Goldbach, 1991).

El porcentaje de varianza explicada por estos tres factores es de 67% y el índice de confiabilidad alfa de Cron Bach de 0.95, cada una de las escalas tiene un puntaje mínimo de 11 puntos y uno máximo de 55. La suma de las tres subescalas oscila entre 33 y 165 puntos, un puntaje de 90 o mayor indica morbilidad psiquiátrica (Davies, 2005).

EVALUACIÓN: Los reactivos se evalúan de acuerdo a una escala tipo Likert de cuatro puntos. Los resultados se obtienen sumando los reactivos. La puntuación total es la suma de los 27 ítems. Puntúan 5,4,3,1 en la dirección positiva asignando el 5 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (definitivamente sí= 5). Únicamente los ítems 11, 26 y 27 se puntúan de manera opuesta puntuando 1,2,3,5 (definitivamente no=5).

Se utilizó el método de traducción-re traducción con el propósito de obtener una versión española no solo gramáticamente correcta sino que considerara las diferencias culturales. Primeramente, se hizo un trabajo de traducción profesional del inglés al español de la versión corta de la PGS publicada por Potvin, Lasker y Toedter (1989), dentro del proyecto de pérdida perinatal de Leigh Valley y Pensilvania, entre los años de 1984 y 1989. Después se hicieron adaptaciones a la sintaxis y a la gramática del idioma español, y se tradujo nuevamente al inglés, verificando que se hubiera manteniendo los conceptos originales.

La versión en español se piloteo en una muestra de 15 mujeres que habían sufrido la muerte de sus bebés en la etapa perinatal. Posteriormente, se realizó una entrevista con cada una de ellas a fin de conocer sus reacciones e impresiones respecto de las instrucciones del instrumento, las afirmaciones y las opciones de respuesta.

Durante el piloteo se observó que las entrevistadas se les dificultaba contestar utilizando las opciones de respuesta originales (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo), debido al

tipo de afirmaciones que contiene la escala, por lo que fueron sustituidas por: definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no. Así mismo se eliminó la opción central, dado que se presentaba en esa una alta proporción de repuestas.

La versión mexicana quedó conformada por 27 afirmaciones. Consta de cuatro subescalas a) Duelo activo, con los síntomas que aparecen en el duelo normal, b) Depresión, indicadores que sugieren posibles complicaciones en el proceso de duelo, c) Culpa, con los sentimientos de responsabilidad por la muerte del bebé y d) Aceptación, con sentimientos de admisión de la muerte del bebé. La depresión y los sentimientos de culpa fueron los factores que explicaron la mayor parte de la varianza total y corresponden a la carencia de habilidades de enfrentamiento de la mujer para resolver el duelo.

ESTUDIO RELACIONADO

(Vargas Mendoza & Pacheco Chávez, 2011) Realizaron un estudio similar encontrando que el 70% de los participantes presentaron datos de depresión. La mayoría de los diagnósticos presentaron datos de distimia y en ningún caso se otorgó un diagnóstico de depresión mayor.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las reacciones del duelo materno ante la pérdida por muerte perinatal, óbito fetal y aborto en el Hospital General de Zamora, Michoacán durante los meses de enero a mayo 2016.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar las conductas de duelo respecto a la edad en las madres que tuvieron una pérdida por muerte perinatal, óbito fetal y aborto.

HIPÓTESIS

Al ser un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis.

JUSTIFICACIÓN

La muerte del feto durante el embarazo, en el parto o pocos días después del nacimiento constituye un tema delicado, condicionado por numerosos factores. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los progenitores y situaciones de difícil manejo para los profesionales sanitarios. Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos. Es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los progenitores ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes.

Popularmente se cree que la muerte de un recién nacido o no nacido, al carecer de tiempo suficiente para convivir y de establecer fuertes lazos de unión, produce menos dolor ante la pérdida de un hijo. Es importante entender que el vínculo afectivo entre madre e hijo se empieza a construir desde antes del embarazo y durante el embarazo mismo. Los deseos, sueños, necesidades psicológicas maternas y paternas comienzan a formar esta relación. Cuando muere un hijo antes de nacer o poco después de su nacimiento, también mueren los sueños, ilusiones, esperanzas y profundas expectativas de ambos padres y de sus familiares. Muchos padres tienen reacciones típicas del proceso de duelo como negación, negociación, enojo, depresión y aceptación.

Sin embargo, las mujeres con pérdidas perinatales, manifiestan otros elementos que pueden complicar el proceso, como culpabilidad basada en causas imaginarias de la muerte, tales

como mantener relaciones sexuales durante el embarazo, alimentación y cuidado insuficiente, trabajo intenso y prolongado durante la gestación, por lo que se reprochan a sí mismas, y surgen intensos sentimientos de vergüenza y culpa o el reproche es hacia su pareja generando grietas a veces muy profundas que pueden terminar con la relación o separación de la misma.

Después de la pérdida existe un periodo de “shock” o aturdimiento, en donde no todas las mujeres manifiestan abiertamente sus sentimientos de dolor y tristeza por lo ocurrido, pero ello no significa que no requieran apoyo emocional. Las mujeres que sufren la muerte de un hijo pueden tener repercusiones a corto y a largo plazo en su vida sexual y reproductiva, que puede verse afectado por el temor a un nuevo embarazo y a sufrir otra pérdida.

La falta de información acerca de los riesgos posibles aumenta la angustia. El periodo normal de la resolución del duelo en una madre por un recién nacido muerto, requiere de un tiempo distinto para cada persona, a veces de uno o dos años. Los hombres pueden sentirse aún más aislados y solos con su duelo después de una muerte neonatal, ya que se espera que sean fuertes y den apoyo a la mujer. Ellos necesitan igualmente atención y apoyo.

La vida de pareja se altera ante las diferentes manifestaciones e intensidad en el proceso de duelo que viven ambos. La falta de comunicación se presenta en algunas oportunidades, con el fin de no aumentar el sufrimiento del otro, y puede dar lugar a separaciones y divorcios. Si existen hijos previos, estos pueden

sufrir una doble pérdida, por un lado, la del hermanito y por otro lado, la de los padres que están inmersos en estados de depresión.

Se ha demostrado también que después de una muerte perinatal, aparece un impulso emocional muy intenso que lleva a la pareja a comenzar otra gestación para suplir el vacío dejado por la muerte de su anterior hijo. Hay varias propuestas sobre fases o etapas del duelo, pero lo importante es la manera en que cada persona lo atraviesa. El proceso de duelo no se puede encuadrar en algo controlado ni puede forzarse a que sea de una manera determinada.

TIPO DE DISEÑO

Transversal. Estudio tipo encuesta.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

MUESTRA

- a) TIPO. No probabilística por conveniencia de los investigadores
- b) Tamaño de muestra conformado por 27 mujeres que sufrieron muerte perinatal, aborto, óbito fetal en los meses de enero a mayo del 2016 en el Hospital General de Zamora Michoacán, en los servicios de Ginecología y Toco cirugía.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Muerte perinatal, óbito y aborto

VARIABLE DEPENDIENTE: Duelo materno por muerte perinatal.

VARIABLES INTERVENIENTES: Edad materna, semanas de gestación, número de gesta.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE DE ESTUDIO	DE CLASIFICACIÓN	UNIDADES DE MEDIDA
Duelo materno	Duelo activo	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2=no
	Depresión	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2=no
	Culpa	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2=no
	Aceptación	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2=no

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Se usarán medidas de resumen para variables cuantitativas y cualitativas.
- Se realizará comparación de promedios, comparación de proporciones.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE ESTUDIO

- Se realizará un muestreo por conveniencia en donde se incluirá a todas las pacientes que hayan sufrido pérdida de su hijo, sea por aborto, óbito o muerte perinatal, durante el periodo de enero a mayo del 2016.
- A cada una de las madres se les invitará a participar en el estudio y quienes acepten mediante previo consentimiento informado, se les aplicará mediante entrevista La Escala de Duelo Perinatal (PGS).
- Se construye una base de datos con la información recabada de cada una de las pacientes que participaron, realizándose codificación de los datos y se traspalan los mismos a una base en Excel para su análisis estadístico.

RECURSOS

El estudio se realizará en los servicios de la unidad de salud del Hospital General de Zamora, Michoacán, los gastos serán cubiertos por los investigadores, el trabajo no recibe ningún tipo de financiamiento externo.

Recursos humanos: investigador, asesor metodológico de tesis, investigadores asociados, los recursos materiales serán proporcionados por los investigadores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13, artículo 14, artículo 15, artículo 16, artículo 17.

Se apega a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en los lineamientos de la Conferencia Internacional de Armonización (del inglés International Conference of Harmonization) para las Buenas Prácticas Clínicas (CH-E6-R1(55) así como en lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

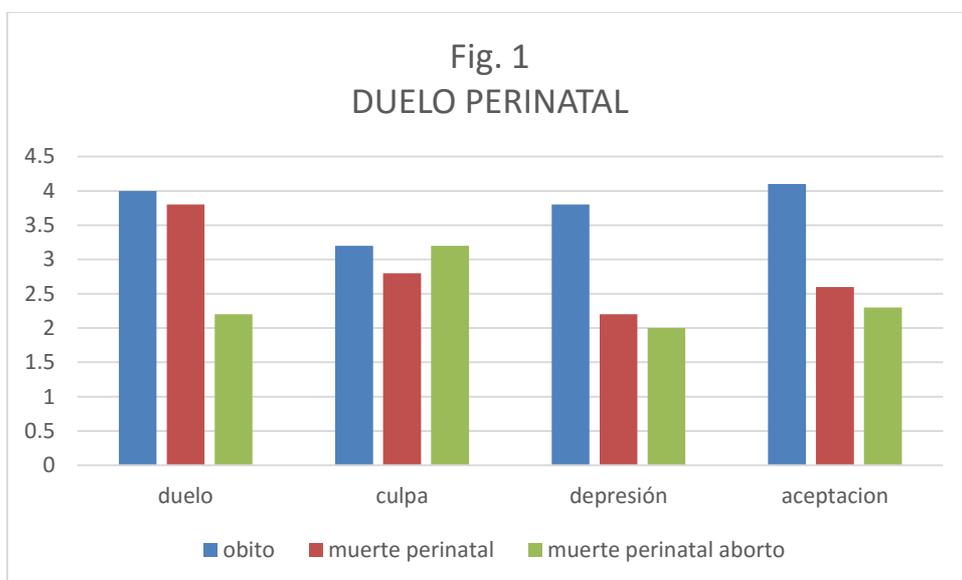
RESULTADOS

Se evaluó el duelo materno de 7 madres que tuvieron un óbito, con un rango de edad de 20 a 42 años; de 5 con muerte perinatal, con rango de edad de 15 a 37 años y 9 con aborto y edad de 17 a 41 años. Posterior a la aplicación de la escala de duelo perinatal observamos que la muerte perinatal y el óbito producen mayor duelo activo, el aborto y la muerte perinatal menor sentimiento de culpa y depresión, siendo el óbito el que produce mayor impacto emocional en la madre. Tabla 1

TABLA 1. ETAPA DE DUELO POR MUERTE PERINATAL EN PACIENTES DEL H.G.Z DURANTE ENERO A MAYO 2016

Tipo de Muerte	Duelo	Culpa	Depresión	Aceptación
Óbito	4	3.2	3.8	4.1
Muerte perinatal	3.8	2.8	2.2	2.6
Aborto	3.2	2.2	2.2	2.3

Al graficar dicho comportamiento se observa que el duelo activo se presenta en los tres tipos de eventos, que la aceptación en el caso del óbito es la menos aceptada y la que produce mayor número de problemas emocionales. Figura 1



DISCUSIÓN

Como se pudo establecer en los resultados, los factores que influyen para favorecer el desarrollo de un duelo están dados por la posibilidad de vincularse la madre con el hijo en forma concreta y no solo en la fantasía. Posterior a la aplicación de la escala de duelo perinatal observamos que la muerte perinatal y el óbito producen mayor duelo activo, el aborto y la muerte perinatal menor sentimiento de culpa y depresión, siendo el óbito el que produce mayor impacto emocional en la madre.

Es por ello que con estos resultados obtenidos en nuestra investigación vemos que son diferentes a los obtenidos en otros estudios relacionados por ejemplo: en el estudio de mortalidad perinatal y duelo materno “PDF” menciona que: el personal médico y paramédico consciente o inconscientemente intenta proteger a la madre del dolor por la muerte del niño, no dando información suficiente, ni permitiendo el contacto entre la madre y el niño enfermo lo cual incrementa las posibilidades de que el duelo curse en forma patológica.

Como sabemos la muerte es inevitable en el proceso vital de la persona es un suceso difícil de afrontar, ante ello cada persona tiene actitudes diferentes, que pueden ir desde la negación de esta hasta la total aceptación de ella. En la muerte perinatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia; de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos. Por eso deben enfrentar conjuntamente el duelo materno con el apoyo del personal de salud para superar esa grave situación en la dinámica familiar.

CONCLUSIÓN

La muerte perinatal y el óbito producen mayor duelo activo, el aborto y la muerte perinatal menor sentimiento de culpa y depresión, siendo el óbito el que produce mayor impacto emocional en la madre.

RECOMENDACIONES

1. Incluir en la etapa formativa la materia de tanatología en las carreras de área de la salud, especialmente en medicina y enfermería.
2. Capacitar al personal de salud sobre duelo materno.
3. Elaborar un protocolo o guía de manejo del duelo perinatal.
4. Elaborar grupos tanatológicos en el área de psicología, medicina y enfermería.

ANEXO 1 ESCALA DE DUELO PERINATAL

	Definitivame nte si	Probableme nte si	Probableme nte no	Definitivame nte no
1.- Me siento deprimida				
2.- Me siento vacía				
3.- Me siento culpable cuando pienso en mi bebe.				
4.- Siento la necesidad de hablar de mi bebe.				
5.- Me siento enferma cuando pienso en mi bebe.				

6.- Me lamento por la pérdida de mi bebe.				
7.- Intento reír pero ya nada me parece gracioso.				
8.- Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebe.				
9.- Estoy asustada.				
10.- Siento que decepcion e a la				

gente por la pérdida de mi bebe.				
11.- Siento que estoy retomando de nuevo mi vida.				
12.- Extraño mucho a mi bebe.				
13.- Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebe.				
14.-La mejor parte de				

mí se perdió con mi bebe.				
15.- Siento que necesito ayuda profesiona l para que mi vida funcione otra vez.				
16.- Me siento culpable por la pérdida de mi bebe.				
17.- Me enojo cuando pienso en mi bebe.				
18.- Me siento como				

muerta en vida.				
19.- Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebe.				
20.- Lloro cuando pienso en mi bebe.				
21.- Me siento apartada y sola aunque este con amigos.				
22.- El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mí				

bebe.				
23.- Desde que perdí a mi bebe se me hace muy difícil tomar decisione s.				
24.- El futuro me preocupa.				
25.- Me siento muy sola desde que perdí a mi bebe.				
26.- siento que me estoy adaptand o bien a la perdida de mi bebe.				

27.- Estoy aceptando bien la perdida de mi bebe.				
---	--	--	--	--

GLOSARIO

ABORTO: El aborto es la expulsión de huevo intrauterino durante las primeras 20 semanas de gestación. El producto pesa menos de 500 gramos y no tiene un nombre especial, se llama simplemente producto de aborto.

ABORTO INMINENTE: Consecuencia de la actividad uterina propia del trabajo de aborto, hay modificaciones cervicales irreversibles y hemorragia endouterina de magnitud variable.

AMENAZA DE ABORTO: Caracterizado por la aparición, durante las primeras 20 semanas de embarazo, de hemorragia proveniente de la cavidad uterina, es escasa, sin modificaciones cervicales.

DUELO: El duelo es la respuesta natural de adaptación (influenciada por el entorno sociocultural) de los seres humanos ante cualquier pérdida significativa.

DUELO COMPLICADO: Intensificación del duelo a nivel que la persona está desbordada y recurre a conductas desadaptativas (consumo abusivo de alcohol o psicofármacos, aislamiento social prolongado o enlentecimiento psicomotor, ira y culpa exagerada, pensamientos de muerte), o no avanza en el proceso de duelo hacia su resolución, de forma que el doliente no puede reorganizar su vida.

EMBARAZO: Periodo de tiempo comprendido que va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.

HIPERTERMIA: Aumento de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal.

MUERTE PERINATAL: Muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primer semana de vida.

ÓBITO: El óbito fetal es la muerte en el útero del producto de la concepción después de la vigésima semana de gestación o con un peso mayor de 500 gramos.

ABREVIATURAS

PGS: Escala de Muerte Perinatal.

APA: American Psychological Association.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarías femeninas del servicio de Toco cirugía y ginecología del Hospital General de Zamora que han sufrido pérdida perinatal, óbito fetal y aborto en los meses de enero-mayo del 2016.
- Usuarías que contestaron correctamente la Escala de Duelo Perinatal.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas que no hayan sido contestadas correctamente.

CRONOGRAMA

“DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL, ÓBITO FETAL Y ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA EN ENERO A MAYO 2016”

MESES	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Mayo 2016	Junio 2016
Pasos de investigación						
Recopilación bibliográfica	X					
Elaboración protocolo		X				
Adquisición material	X					
Control fase de campo			X	X		

Recolección de datos				X		
Captura de datos					X	
Análisis de la información					X	
Elaboración del informe						x
Publicación						

Referencias

- Adolfsson, A., & Larsson, P. (2006). Translation of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish. In *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20 pp. 269-273.
- Asebey, A. (2004). Maternidad versus sexualidad? *Revista electronica de psicologia. La mision*.
- Benson, R. (1985). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. México: Manual Moderno.
- Beutel M, Deckardt R, von Rad M y Weiner H. (1995). *El dolor y la depresion despues de un aborto involuntario: su superacion..* Alemania: Medicina Psicología.
- Claramut, M., Álvarez, M., Jove, R., & Santos, E. (2009). *La cuna vacia*. Madrid: La esfera de los libros.
- Cordero, V. P. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de pediatría* 75, 67-64.
- Davies, V. G. (2005). *Estudio piloto. Resultado psicologico en mujeres embarazadas sometidas a interrupcion del embarazo, detectado por ultrasonido anomalias fetales en el primer y segundo trimestre*.
- Echeburua, E., & Herran, A. (2007). ¿Cuando el duelo es patológico y como hay que tratarlo?. *Análisis y modificación de la conducta*, Volumen 33. Numero 147. pag.31-50.
- Flórez, S. (2002). *Analisis de Duelo*. Navarra. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.2011. Volumen 31. Número 109.Pag. 53-90.
- García, M., & Yagüe, I. (1999). Duelo Perinatal. *Escuela Universitaria Enfermeria Albacete*, 17-22.

- Goldbach, K. D. (1991). *Los efectos de género después de la pérdida del embarazo y edad gestacional*. American Journal of Orthopsychiatry.
- González, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M., & Rodríguez, E. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*, Volumen 19. Numero 1. pag. 113-117.
- Kamei, L., Torres, C., & Kimelman, M. (2013). *Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada*. Retrieved from Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202013-2.pdf#page=39>
- Knapp, R. (1986). *Más allá de la resistencia: Cuando un niño muere*. Nueva York: Schocken Books.
- LS., R. (1977). *Escala de depresion* (Vol. I). Applied Psychological Measurement.
- Mander, R. (1994). *La pérdida y el duelo en la maternidad*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Montesinos, A., Román, N., & Muñoz, M. y. (2013). *Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en en una unidad de Neonatología*. Retrieved from Revista Chil Pediatr: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n6/art08.pdf>. Volumen 76. Numero 5.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Oviedo, S., Urdaneta, C., Parra, F., & y Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Mex Pediatr*, Volumen 76. Numero 5. pag. 215-219.
- P. Turton, P. H. (2002). La incidencia y la importancia del trastorno de estrés postraumático en el embarazo y después del nacimiento. *British Journal of Psychiatry*. Volumen 8. Numero 1.
- Parkes, C. (1988). *El duelo como una transición psicosocial: Proceso de adaptación a los cambios*. Volumen 44.
- Pia López, A. (2011). Duelo Perinatal: un secreto en un misterio. *Asoc. Espa. Neuropsiq.*, Volumen 31. Número 109. pag.53-70.

- Rando, T. (1991). *Adaptación de los padres a la pérdida de un hijo*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing.
- Riches., P. H. (2003). *Aspectos psicologicos del periodo perinatal*.
- Rojas E, S. K. (2006). *Incidencia y factores de riesgo asociados al obito fetal en 2 hospitales venezolanos*. 1era edicion. Venezuela: Revista Chilena de Obstetricia y ginecologia. Volumen 71. Número 1.
- Rubio Dominguez, S., Sacristan Ruiz, F., Perez Zumano, S., & Leyva Ruiz, G. (1996). Obstetricia II. In R. D. Severino, S. R. Federico, P. Z. Sofia, & L. R. Guadalupe, *Obstetricia II* (pp. 119-120-127-132-333). México: ENEO.
- Santos, P., & Yañez, A. (2015). Guía de atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. *Servicio Extremeño de Salud*.
- Scott, P., & Antonio, M. (2006). Tanatología del siglo XXI. In *Tanatologia del siglo XXI* (pp. 225-227). MC Editores.
- Severino, R. D., Federico, S. R., Sofia, P. Z., & Guadalupe, L. R. (s.f.).
- Vargas Mendoza, E. J., & Pacheco Chávez, A. I. (2011). Obito Fetal, distimia y reacción depresiva. *Centro Regional de Investigación en Psicología.*, Volumen 5. Número 1. 49-55.