



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL
MANEJO DEL DUELO POR MUERTE PERINATAL**

T E S I S A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ALMA DELIA SÁNCHEZ QUIROZ

**DIRECTORA :
MTRA. IRMA ZALDÍVAR MARTÍNEZ**

**COMITÉ DE TESIS :
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
LIC. OSCAR ALBERTO CLAVELLINA LÓPEZ
DRA. MARÍA CRISTINA PÉREZ AGÜERO
DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, FEBRERO, 2019.



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.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1.	
Embarazo, Maternidad y Apego.	6
1.1 Embarazo Normal.	7
1.1.1 Características físicas del embarazo normal.	8
1.1.2 Factores emocionales del embarazo.	12
1.1.3 Cambios adaptativos de la mujer gestante.	15
1.2 Maternidad.	20
1.2.1 Cambios adaptativos hacia la maternidad.	21
1.3 Teoría del apego.	24
1.3.1 Apego y vínculo.	25
1.4 Vínculo en el embarazo.	27
Capítulo 2.	
Muerte y Duelo Perinatal.	33
2.1 Muerte Perinatal.	39
2.1.1 Concepto y diagnóstico de Muerte perinatal o Muerte fetal.	42
2.1.2 Factores de riesgo y causas que influyen en la mortalidad perinatal.	46
2.1.3 Tipos de pérdida perinatal.	47
2.2 Duelo Perinatal.	53
2.2.1 Aspectos clínicos del duelo perinatal.	54
2.2.2 Respuesta e impacto emocional por duelo perinatal. ...	57
2.2.3 Factores de riesgo de un duelo complicado por muerte perinatal.	58
Capítulo 3.	
El papel del equipo de salud ante la muerte y duelo perinatal.	62
3.1 La vivencia del duelo perinatal como un duelo desautorizado. ...	63
3.1.1 Los protagonistas del duelo perinatal.	67
3.1.2 El equipo de salud y su quehacer ante la muerte perinatal.	75

3.2 Acompañamiento a procesos de duelo perinatal.	81
3.2.1 Buenas prácticas en el acompañamiento profesional por duelo perinatal.	83
3.2.2 Implicaciones del abordaje del duelo desautorizado en la experiencia de la muerte y duelo perinatal.	95
Capítulo 4.	
Propuesta de intervención para el manejo de duelo por muerte perinatal.	99
4.1 Planteamiento del problema.	100
4.2 Justificación.	103
4.3 Taller de acompañamiento psicoemocional ante procesos de duelo perinatal.	107
4.3.1 Presentación general.	108
4.3.2 Perfil Profesiográfico.	110
4.3.3 Población a la que va dirigido.	110
4.3.4 Contenido.	111
4.3.4.1 Técnicas grupales.	111
4.3.4.2 Materiales didácticos.	111
4.3.4.3 Carta descriptiva.	112
4.3.4.4 Formatos.	149
Discusión.	151
Referencias.	167
Anexo 1. Carta de consentimiento informado.	
Anexo 2. Guía de fichas temáticas como apoyo al participante.	
Anexo 3. Ficha de nota clínica individual / grupal.	
Anexo 4. Apoyos didácticos.	
Anexo 5. Cartel de difusión.	

**A Xcaanda y Julio,
con amor y agradecimiento.**

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater.

A la Facultad de Psicología por mi formación profesional, desde la ética y el compromiso social.

A la División de Educación Continua y al programa de “Titulación y Graduación” por ser una alternativa de calidad para la comunidad egresada.

A la maestra Irma Zalvídar Martínez, por su dirección a mi trabajo recepcional y por mostrarme de forma precisa la alternativa para alcanzar mi objetivo.

Al maestro Oscar Alberto Clavellina López, por su gran apoyo en la recta final de mi proceso de titulación, por su puntual y afable revisión y por persuadirme a conectar la estructura con la emoción.

A la doctora Blanca Elena Mancilla Gómez, por incitarme a destacar la valoración hacia lo clínico y por plantearme la reserva al cuidado de mi autoría.

A la doctora Claudia Iveth Jaen Cortés, por mostrarme la importancia del recurso del consentimiento, la comprensión y validación del manejo de emociones.

A la doctora Cristina Pérez Agüero, por redirigir mi mirada a la autorización de la emoción y a reconectar con la humanización en el contexto perinatal.

Muchas Gracias.

Dedicatoria especial

A la memoria del doctor Rodolfo Gutiérrez Martínez.

Gracias por su apoyo, escucha y consejo a lo largo de mis años de estudio y por su ejemplo y legado a mi formación profesional y de muchas generaciones.

A la doctora Fátima Flores Palacios por su dirección y tiempo dedicado a aquel proyecto que traté por muchos años que sucediera.

Gracias por el inicio, las coincidencias, el acompañamiento y guía de esos años; así también por la alternativa de cierre en tierras distantes.

A la doctora María Emily Ito Sugiyama por su cuidadosa y precisa revisión a mi proyecto inicial de titulación.

Gracias por su amable disposición siempre, su escucha y recomendaciones a lo largo de varios intentos que implicaron años.

Muchas gracias.

Dedicatorias

Má, gracias por ser mi ejemplo de lucha y fortaleza, mi guía personal y profesional y por tu absoluto amor y cuidado. Gracias por tanto y por todo en mi vida. Okasan, eres maravillosa, te admiro y te quiero con todo mi corazón.

A la memoria de mis abuelos Loreto y Roberto, gracias por su invaluable participación en mi crianza, por todo su cariño y sus cuidados.

Su presencia no está limitada por la ausencia pues trascienden en mí. Les llevo en mi corazón.

A Lupita por su infinito apoyo a lo largo de mis años de estudio en la Facultad. Gracias por ese recibimiento cálido y acompañado y por hacer más ligeros y gozosos los procesos.

A mis amigas de toda la vida Alma, Bety y Frieda, gracias por los años en coincidencia y las vivencias compartidas. Las quiero siempre.

A Nash, Yaz, Sandrita, Mary, Pao y Alfred, gracias por los momentos gratos, por concordar en experiencias profesionales, por acompañarme en estos años y brindarme su amistad. Les quiero montones.

A Rúben, amigo y hermano querido, confidente y aliado en esta historia transformadora. Gracias por tu visión reveladora, tus palabras y apoyo en estos años de camino compartido.

A la vida, gracias por las enseñanzas, el crecimiento y la formación en esta travesía. Gracias por la oportunidad para elegir y por la posibilidad del cambio.

A Epi, compañero fiel de horas de lectura y trabajo, amoroso ser que me procura con su hermosa energía. Gracias Bi.

A Mixtli y Kurosawa san, gracias por transformar mi vida con su presencia y por enseñarme los alcances del amor incondicional. Les llevo en mi corazón.

A Peri, Xava, Masamota, Pedro Eduardo, Cleto y Sombrita, con cariño.

Gracias, con todo mi corazón.

Solo las personas que son capaces de amar profundamente
pueden sufrir también una gran pena,
pero esta misma necesidad de amar
servirá para contrarrestar su duelo y sanar.

Leon Tolstoi

RESUMEN

Este trabajo parte de considerar los factores emocionales presentes durante el embarazo, los cuales están relacionados y hacen evidente el vínculo establecido en la diada madre-hijo desde momentos muy tempranos de la gestación; razón por la cual la experiencia de la muerte fetal genera un gran impacto emocional en todas las personas involucradas, principalmente en las mujeres gestantes.

Se aborda la temática del duelo perinatal desde sus características, centrándose en aspectos clínicos y factores de riesgo; considerando al duelo perinatal como un duelo desautorizado debido a las implicaciones que suelen suscitarse desde el contexto sanitario en el que la madre recibe atención y que suelen invalidar el dolor por la pérdida; lo que en muchas ocasiones se acentúa en el ámbito social y familiar que rodea a quienes hacen frente a la pérdida de su bebé durante la gestación.

La propuesta de intervención para la atención y abordaje del duelo por muerte perinatal se plantea en la modalidad de un taller que permita a las participantes, todas mujeres que han vivido la pérdida de su bebé durante el embarazo a sensibilizarse, identificar, nombrar y expresar emociones con la intención de facilitar la elaboración de su proceso de duelo dentro un contexto seguro y en compañía de otras mujeres que comparten la misma experiencia; con el objetivo de que dicha vivencia se resuelva emocionalmente a través de la correcta resolución del duelo para que éste no se complique ni torne patológico y que no intervenga en la proyección de futuros embarazos.

Palabras Clave:

Duelo Perinatal, Duelo Desautorizado, Muerte Fetal.

ABSTRACT

This work starts by considering emotional factors that are present during pregnancy, which are related and mark the established bond of the mother-child dyad since the very early moments of the gestation; the aforementioned is the reason why the stillbirth experience generates such a great emotional impact on all the people involved, mainly the expectant women.

We approach the perinatal grief issue starting from its characteristics, focusing on clinical aspects and risk factors; considering perinatal grief as an disenfranchised grief due to the implications that arise within the medical context, in which the mother receives attention and where the pain caused by the loss is usually invalidated; this tends to accentuate in the social and family environments of those who have to face the loss of their baby during the pregnancy.

We propose an intervention for the care and approach of the perinatal death grief in a workshop format, which will allow its participants, all women who have suffered the loss of their baby during their pregnancy to sensitize, identify, name and express their emotions with the objective of facilitating their grieving process in a safe environment, and along other women who share the same experience. Our goal is for the women to emotionally resolve said issue through the appropriate grief resolution, thus the matter will not escalate nor become pathological, and it will not intervene during the outlook of future pregnancies.

Key Words:

Perinatal Grief, Disenfranchised Grief, Stillbirth.

INTRODUCCIÓN

En nuestra condición humana de seres sociales, las relaciones entre las personas, los afectos y las emociones nos acompañan permanentemente, pues nos vinculamos afectivamente como resultado de nuestra interacción familiar, social o circunstancial a través de ejercer roles desde el ser padres, pareja, hijos o amistades; generando firmes lazos afectivos que nos reafirman y sostienen emocionalmente a partir de la proximidad con quienes estamos relacionados.

Experimentar el rol de ser padres trae consigo muchos cambios y de forma particular, la maternidad implica vivir procesos como la concepción, la gestación y el nacimiento de un nuevo miembro del clan familiar; por lo que la presencia de éste contribuye desde lo social a que nuestro linaje se mantenga y a nivel individual, el impacto incide en la transformación afectiva que experimentan los miembros del núcleo familiar directamente relacionados con ese nuevo ser.

Vale la pena decir que los procesos como el embarazo y el parto pueden ser abordados desde el contexto medicalizado habitual, que sugiere cursarlos mayormente con acciones preventivas, pues la posibilidad de riesgo para la diada madre-hijo es latente y debe cubrirse; situación que origina un mayor número de intervenciones, generando estrés y preocupación en la mujer gestante ante la incertidumbre del saludable desarrollo de dichos procesos.

La otra alternativa implica hacerles frente desde una actuación basada en la humanización del parto, en la que son contemplados como procesos fisiológicos naturales sin dar por hecho su patologización; considerando que en la medida de su transcurso y mientras las valoraciones mensuales del control prenatal confirmen el estado saludable de la diada, serán respetados los tiempos particulares de desarrollo y crecimiento fetales y de inicio de trabajo de parto.

De manera que el entorno humanizado está libre de nerviosismo, favorece un ámbito asegurado en salud y es discordante a la sensación de incertidumbre y riesgo que en muchas ocasiones trae consigo la postura medicalizada.

Por lo que en el presente trabajo haremos referencia a la llegada del nuevo integrante de la familia desde el contexto saludable y normal del embarazo, dentro de las condiciones óptimas para parir a un bebé sano; dejando de lado condiciones de vulnerabilidad que requieran de una mínima o nula intervención obstétrica, así como los factores emocionales relacionados con la salud materno-fetal que pueden desencadenar ansiedad o estrés en las mujeres gestantes.

De forma particular, la mujer en su condición de albergar la vida, comprueba una gran transformación en lo fisiológico, afectivo y social, generalmente desde la confirmación de su embarazo; así que la pérdida inesperada de ese bebé, traerá consigo una sacudida emocional insospechada, terminando súbitamente con expectativas, anhelos y cambios que le habían venido influyendo desde el saberse embarazada.

En lo general, las personas sabemos que la muerte nos llegará algún día, mientras eso sucede especialmente vivimos los días negando esa certeza, ya que asumimos que con el paso de los años la muerte nos alcanzará y llegará a nosotros y a los nuestros cuando los estragos de la edad avanzada hayan desgastado el propio cuerpo.

¿Pero qué ocurre cuando la muerte sucede en el momento en que se espera el inicio de la vida?

Cuando un bebé fallece antes de nacer, en el momento de su nacimiento o durante sus primeros días de vida, sus padres y demás familiares viven ésta pérdida de golpe sin poder comprenderlo, ya que un bebé representa vida pues es el inicio de promesas y esperanzas.

Por lo cual, cuesta mucho entender y aceptar por qué su llegada se enmarca con la muerte; pues al hacerse ésta presente, un cúmulo de emociones se manifiesta ante el dolor de perder a alguien que amamos, ya que emocionalmente se derrumba todo lo que parecía inamovible. Nunca estamos preparados para despedirnos de nuestro ser querido, mucho menos para hacerlo cuando aún le estamos esperando o recién ha llegado a nuestras vidas.

De ahí que nadie puede proteger del profundo dolor y de la pena emocional a quien vive la pérdida de alguien querido y tampoco nadie puede consolar ni cambiar la amarga realidad de un padre o una madre que ha perdido un bebé.

Sin embargo, es posible y muy necesaria realizar de manera ética, profesional y cálida la tarea de acompañar a quien en medio de la grata espera le asalta el dolor profundo de la pérdida; por lo que resulta de suma importancia para los padres y familiares que atraviesan por éste tipo de duelo, que reciban apoyo y contención emocional en el período más próximo después de acaecida la muerte de su bebé, con el objetivo de lograr facilitarles un mejor desarrollo del proceso de duelo perinatal desde el acompañamiento que dé soporte emocional y desde la información clara y responsable para una adecuada toma de decisiones.

El presente trabajo se dirige a explorar la literatura que aborda las consecuencias emocionales que la mujer experimenta ante la vivencia del duelo por la muerte de su bebé durante la gestación, pudiendo evidenciar la necesidad de brindar un trato adecuado desde el personal de salud.

Así como el apremio para que la madre reciba una atención psicoemocional oportuna desde el momento de recibir la noticia de la muerte de su bebé, con la intención de llevar a cabo un manejo inicial para la elaboración del duelo por el que transita.

A lo largo de este trabajo, se abordará el duelo perinatal, la intervención oportuna con las madres y la viabilidad del impacto en su red de apoyo a través de ellas, partiendo de una propuesta de acompañamiento psicoemocional durante la vivencia inmediata a la pérdida.

En el capítulo uno nos aproximaremos al tema del embarazo normal, los factores emocionales del embarazo y el apego de la diada madre-hijo como punto de partida para comprender el vínculo que se genera entre la mujer embarazada y su bebé en gestación.

Dentro del capítulo dos profundizaremos en la muerte perinatal y los tipos de pérdida que ocurren, centrándonos en el óbito, identificado también como muerte fetal o pérdida por feto muerto intraútero; tema desde el cual describiremos el impacto emocional de la vivencia del duelo perinatal.

Con respecto al capítulo tres profundizaremos en las características de la vivencia del duelo perinatal a partir del duelo desautorizado de quienes reciben y quienes brindan el acompañamiento durante este proceso; ya que en la mayoría de las ocasiones, las circunstancias del duelo y la pérdida por la muerte de un bebé durante la gestación no llegan a ser reconocidas abiertamente ni socialmente validadas.

Y en relación con el capítulo cuatro nos centraremos en la importancia de hacer un manejo pronto y preciso con las mujeres que atraviesan por un duelo perinatal por óbito; por lo que realizaremos una propuesta de intervención a través de un taller dirigido a las madres que viven la muerte de su bebé intraútero con la finalidad de que adquieran herramientas emocionales eficaces para una adecuada elaboración del duelo.

CAPÍTULO 1.

EMBARAZO, MATERNIDAD Y APEGO.

A lo largo de la historia, la importancia en cómo se preserva la especie humana, no solo nos refiere a las condiciones fisiológicas del cuerpo humano que permiten la procreación, sino también a la trascendencia de contribuir a que el grupo familiar-social al que pertenecemos se mantenga; ya que el hecho de concebir, gestar y parir un bebé demanda de un proceso complejo, basado en decisiones importantes y acciones precisas que principalmente viven las mujeres mientras transcurre su embarazo. Tal proceso da inicio desde la concepción causando en ellas cambios físicos, emocionales y sociales a los que idealmente deberán adaptarse en un tiempo breve.

Durante el embarazo, sucede que la mujer percibe a su bebé como parte de ella misma y no como un sujeto separado, siendo ahí donde se cimienta el vínculo de apego materno; por lo que diversos autores refieren que en el embarazo la madre deposita en su bebé expectativas y anhelos que serán satisfechos en cuanto su llegada se concrete con el nacimiento; siendo relevante lo que Winnicott (1975, en Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra, & Marquina-Volcanes, 2009), señala con respecto a la importancia que tiene la gestación, ya que suma a lo anterior la contribución que tiene el embarazo a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos a través de los hijos.

A lo largo del presente capítulo describiremos el periodo del embarazo desde la visión fisiológica de la gestación normal de un bebé, abordando aspectos emocionales y adaptativos experimentados por la mujer durante este período; siendo estos los que enmarcan la propuesta de aproximación al establecimiento del vínculo y del apego en el embarazo partiendo desde la vivencia transformadora de la mujer ante el rol de la maternidad.

La consideración de normalidad y naturalidad de los procesos fisiológicos del embarazo se maneja de forma amplia desde la humanización del parto, contexto que centra la vista en la mujer para la toma de decisiones al respecto de estos procesos y sostiene que las intervenciones obstétricas únicamente deben llevarse a cabo cuando se presenten complicaciones.

Para el presente trabajo tomaremos como referencia lo propuesto sobre el embarazo y sus procesos por Varney, Kriebs & Gegor (2006); ya que la orientación de su trabajo, avalado por la Organización Panamericana de la Salud, está dirigido a las parteras profesionalizadas de América Latina, quienes específicamente trabajan bajo el modelo de parto humanizado y atienden la salud sexual y reproductiva de las mujeres dentro del contexto de normalidad fisiológica, lejos de la patologización y la intervención.

1.1 Embarazo Normal.

En primer lugar, abordaremos los aspectos fisiológicos de un embarazo normal como punto de partida para hablar sobre el impacto a nivel biológico, emocional y social en la mujer que concibe y gesta un bebé y que a lo largo de éste apartado desarrollaremos; ya que la importancia de los procesos fisiológicos que ocurren durante el embarazo se centra en que son la pauta para que éste siga su curso normal, el bebé en desarrollo culmine su proceso y la labor de parto se desencadene eficazmente para que él nazca en un contexto seguro y a su ritmo.

El cursar por un embarazo normal implica valorar los cambios anatómicos y fisiológicos maternos, además de dar seguimiento a estos según lo esperado en cada trimestre, tomando en cuenta el crecimiento y desarrollo fetal así como el desarrollo, circulación y funcionamiento placentario.

Varney et al. (2006), refieren que el periodo del embarazo va del primer día del último ciclo menstrual normal hasta el inicio real del trabajo de parto y dicho periodo se divide en tres trimestres:

- Primer trimestre, constituido por las primeras 12 semanas de gestación.
- Segundo trimestre, con un total de 15 semanas, considerando de la semana 13 a la 27 de gestación.
- Tercer trimestre, que contempla entre la semana 28 y la 40 de gestación, abarcando aproximadamente 13 semanas.

A continuación, haremos una breve mención de aspectos relevantes del desarrollo fetal en relación con las características de un embarazo normal, siendo de suma importancia el reconocimiento de dicho proceso biológico.

Ya que en la medida en que un embarazo avanza y el crecimiento fetal se manifiesta, las emociones y pensamientos, tanto de la madre como del resto de las personas involucradas con éste bebé en desarrollo, confirman su presencia y a esto nos referiremos más adelante.

1.1.1 Características físicas del embarazo normal.

Acerca de las características normales del crecimiento y desarrollo fetales a lo largo del embarazo, en seguida se exponen de forma concisa, los aspectos más significativos sobre el crecimiento y desarrollo fetales durante cada trimestre del embarazo.

Fisiológicamente todo da comienzo en el momento de la fecundación, cuando se produce la célula llamada cigoto, que está constituida por la nueva combinación de cromosomas y genes.

Siendo éste el momento en el que da inicio el desarrollo y crecimiento embrionario, resultando ser el punto de partida del primer trimestre del embarazo.

Posteriormente ocurre la segmentación, donde a la masa celular interna en división se le nombra mórula, la cual se torna en blastocisto que finalmente se implanta en el revestimiento uterino.

Para el momento en que el proceso de implantación concluye, entre los días 10 y 11 después de la fecundación, se inicia el periodo embrionario (Varney et al., 2006). Periodo dentro del cual, el embrión va desarrollando características humanas; su corazón empieza a latir a partir del principio de la cuarta semana posfecundación y para el término de la octava semana, el embrión tiene la cabeza desproporcionadamente más grande, de casi la mitad de su longitud total, siendo éste el indicador del término del periodo embrionario.

La etapa embrionaria resulta ser crítica, pues cualquier teratógeno o sustancia capaz de generar defectos congénitos en el embrión como algunos fármacos, los rayos X, o los virus, podría resultar letal o causar malformaciones congénitas mayores; siendo una de las razones por la que se hace hincapié a las mujeres sobre tener los cuidados y hábitos idóneos durante el primer trimestre del embarazo; lo que genera en ellas el ser receptoras de mucha atención y cierta demanda a su alrededor.

Uno de los aspectos relevantes en éste periodo es que la mujer mantenga un ejercicio responsable y consciente de procuración de salud, en el que favorezca su alimentación con un buen régimen alimenticio y evite riesgos como la exposición a sustancias tóxicas, a alguna enfermedad o a situaciones que llegaran a vulnerar su estado, lo que pudiera generarle amenaza de aborto, parto prematuro o alguna consecuencia en la condición óptima de su bebé en gestación.

En esta etapa, también se incluyen las primeras dos semanas del periodo fetal. Para el término de la décima semana de gestación, los genitales externos tienen características masculinas o femeninas, aunque todavía no están por completo formados. El peso del bebé es de 15 a 30gr.; ya puede deglutir, hacer movimientos respiratorios, orinar, mover partes específicas de las extremidades, hacer bizcos y fruncir el ceño o abrir y cerrar la boca. El tamaño de su cabeza corresponderá casi a la tercera parte de la longitud cráneo-rabadilla, que es de 56 a 61mm. (Varney et al., 2006).

Dentro del segundo trimestre de embarazo, tanto los cambios fisiológicos hormonales, sumados al crecimiento uterino y el desarrollo fetal, contribuyen a la aparición de diversos signos maternos del embarazo, siendo los más significativos el aumento del volumen abdominal y el adelgazamiento de la pared uterina.

Alrededor de la semana 18 de gestación, dichos signos facilitan a la mujer experimentar los primeros movimientos fetales, a lo que se denomina *avivamiento*, circunstancia que indica la percepción de vida fetal y le confirma categóricamente a la mujer su embarazo y la vida de su bebé.

Cerca de la semana 20 de gestación se da la posibilidad de poder palpar el contorno fetal durante la exploración abdominal y es posible poder escuchar el ritmo cardiaco fetal con el estetoscopio de Pinard. Durante las semanas 21 a 24 Varney et al. (2006), refieren que ya están presentes las cejas, pestañas y el cabello. Las manos forman un puño por lo que ya tienen la capacidad de asir y para el final de la semana 27 la longitud cráneo-rabadilla del feto es en promedio mayor de 20.3 cm y el peso de casi 640 gramos.

Hacia las semanas 25 a 28, ya en el tercer trimestre se da un aumento sustancial de peso fetal lo que hace al cuerpo del bebé estar mejor proporcionado; los ojos empiezan a abrir y cerrar, y ya hay uñas en los dedos.

Durante las semanas 29 a 32 de gestación, el bebé tiene control sobre movimientos respiratorios rítmicos y su temperatura corporal; los ojos están abiertos y hay reflejo pupilar a la luz. Para las semanas 37 a 40 se alcanza el crecimiento y desarrollo completos. En ese tiempo, la longitud cráneo-rabadilla del feto es en promedio de 36 cm y el peso que depende de varias variables es de 3,400 gr. aproximadamente.

Sobre estos indicadores, podemos confirmar que el embarazo normal es un proceso fisiológico naturalmente seguro y libre de patologización; sin embargo, su curso no debe exentar a la mujer de recibir atención en salud prenatal, pues llevar un control mensual adecuado procurara que la salud materno-fetal se mantenga en óptimas condiciones y si fuera el caso, permitiría al obstetra la vigilancia de las patologías que llegaran a presentarse.

La certeza para la mujer de encontrarse saludable y de que su bebé en gestación se encuentra sano le brindan seguridad y confianza, ambas necesarias para ratificar su capacidad de gestar un bebé y de poder parirlo; así como, para fiarse de que su bebé sólo tiene el trabajo de desarrollarse y crecer dentro de las condiciones que le brinda el estar albergado en su cuerpo.

Concretamente podemos señalar que el contexto del embarazo normal se centra en dos posibilidades; por un lado, en la capacidad del organismo femenino de gestar un bebé y por el otro, en el gran trabajo que le implica al bebé poder desarrollarse y crecer.

Por lo que se refiere a la posibilidad de que las mujeres pueden cursar con un embarazo sano, la Organización Mundial de la Salud OMS, propuso en uno de sus nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la meta de reducir la tasa mundial de mortalidad materna y neonatal para el 2030 (OMS,2015a).

Los ODS entraron en vigor el 1 de enero de 2016 (OMS, 2015b) y presentan un programa pertinente que promueve en todos los países poner fin a las muertes evitables de recién nacidos con el objetivo de garantizar una vida materno-fetal sana; pues de forma amplia y con aspiraciones trascendentes comprometen a los gobiernos a reducir el número de muertes maternas y fetales en la medida en que a las mujeres se les proporcionen las facilidades para tener acceso a la atención de la salud reproductiva de buena calidad, centrada en los cuidados de salud prenatal durante su embarazo, debiendo contar con atención especializada durante el momento del parto y con seguimiento y vigilancia de la madre y el bebé en las primeras semanas después de su nacimiento (OMS, 2015c).

Así mismo es importante considerar los aspectos emocionales relacionados con el embarazo normal, ya que esta etapa es un período generador de cambios que transforman el contexto conocido de la mujer en uno muy distinto, siendo éste el que se mantendrá hacia el futuro en la medida que ella asuma también el rol social de la maternidad.

1.1.2 Factores emocionales del embarazo.

Alrededor de la confirmación del embarazo, se pueden contextualizar diversos escenarios en los cuales, una vez que la mujer ha asumido dicha condición, se comunica la noticia al círculo afectivo cercano (familiar y/o social) dando paso a la generación de expectativas y a la manifestación de deseos por parte de la familia, del padre, de las personas más próximas y de la mujer misma; declarando en ocasiones y abiertamente, frases que relatan situaciones emocionales en donde la intención de cambio se concretará a propósito de la llegada de ese nuevo bebé.

Pues se hace evidente que ante toda transformación siempre se espera mejoría y es en este momento en el que se debe tomar en cuenta la situación emocional de la madre previa y durante el embarazo, ya que de estar presentes sentimientos de soledad, situaciones de estrés o depresión sobre sentimientos como la alegría e ilusión; los primeros influirán determinadamente para la madre en cuanto a la vivencia del proceso de gestación; a lo que Varney et al. (2006), sostienen que el embarazo es una época de transición, que va de lo que era la vida antes de tener un hijo y lo que será posteriormente.

Por lo tanto, es importante aceptar que la condición de embarazo se considera el inicio de un cambio radical y crítico, donde éste periodo establecido permite a la mujer generar ciertos procesos emocionales de preparación, los cuales se harán presentes durante la gestación, se adaptarán con el nacimiento y se centrarán para la madre durante los primeros meses de vida de su bebé (Northrup, 2010).

Lo anterior nos da sentido y nos permite comprender que los súbitos cambios de talante, de reacciones habituales o de percepción hacia lo exterior se deben en gran medida a la sensibilidad y cierta resistencia hacia el cambio que caracteriza éste período.

Durante el embarazo la mujer se percibe extremadamente vulnerable, le atemoriza lo desconocido y la pérdida de control; dichas circunstancias se acentúan ante los cambios que manifiesta su cuerpo, ya que le es difícil anticiparse a ellos y de cierto modo no controla lo fisiológico ni tampoco lo emocional, pues intuye que su vida está en proceso de cambiar irreversiblemente y aunque no tiene una conciencia real de ello, la incertidumbre y temor que esto puede generar en ella en ocasiones la hace actuar de forma más dependiente y demandante.

Así que éste momento es de suma susceptibilidad y de cierta sugestión para la mujer, por lo que busca apoyo y dirección en las personas cercanas y de su confianza, con otras mujeres gestantes o a través de la información que los cursos de educación perinatal puedan brindarle para adquirir conocimientos y ciertas herramientas emocionales con las cuales pueda hacer frente a los nuevos retos que le demandará su rol materno en un futuro próximo.

Desde las alternativas que la mujer gestante logre tener a su alcance, tratará de centrarse en los cambios de vida que se avecinan, que aún le son vagos y desconocidos, a la par de tratar de imaginar lo que va a significar cada una de las experiencias que vivirá en el transcurso de adoptar su nuevo rol y que le resultarán un gran reto.

A lo anterior, no debemos perder de vista que además de las circunstancias de temor y pérdida de control, se hace manifiesta la auto exigencia por desempeñar un buen papel durante la gestación y posteriormente como madre; ya que de cierto modo están presentes en ella fantasías con respecto a llegar a claudicar o fracasar en el desempeño ante el cuidado y bienestar de su bebé, lo que en ocasiones le acentúa temores sobre su propia muerte y/o a la de su hijo.

Por consiguiente, cabe señalar que los cambios que experimenta la mujer desde lo físico, emocional y social permitirán entender el impacto que le implica adaptarse a ellos para así lograr su cometido: desempeñar el papel de la maternidad, el que le transformará los códigos bajo los que se conducía hasta el momento y que le eran conocidos (Northrup, 2010).

1.1.3 Cambios adaptativos de la mujer gestante.

Diversos estudios sostienen que están relacionados entre sí, los aspectos emocionales, ambientales y fisiológicos y que en común precisan la condición emocional de la mujer durante el embarazo.

Por su parte, Northrup (2010) señala que son diversos los modos como el cuerpo femenino modula sus sentimientos acerca del embarazo y estos están mediados por los sistemas inmunitario y endócrino; así como por la forma en que influyen los pensamientos en las células.

De igual forma, Weil & Trupper (1960, en Nortrup, 2010) puntualizan que el cuerpo de una mujer embarazada responde con sutiles modificaciones psicobiológicas a los continuos estímulos que le envía su bebé en gestación.

Dichos señalamientos exponen que la personalidad de la mujer se ve influenciada por la gestación como situación vital cambiante; la cual puede actuar sobre el feto para mantener constantes su crecimiento y su desarrollo, o generar cambios fisiológicos que lleguen a conducir un aborto.

Según lo anterior, durante el embarazo hay una secuencia definida de procesos psicológicos específicos que suelen estar interrelacionados con los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa. Dichos sucesos y procesos psicológicos son identificables en cada mujer durante el transcurrir de cada trimestre gestacional, resultando de suma importancia para entender los cambios que experimenta la mujer en esta etapa así como la forma en que se adapta a ellos y como los traslada a su entorno.

A continuación, nos aproximaremos de forma breve a los cambios más significativos referentes al proceso de adaptación que ocurre durante cada trimestre del embarazo (Ver Cuadro 1 a 3).

Cuadro 1. Cambios adaptativos de la mujer durante el primer trimestre de gestación.

Adaptación Fisiológica

El cese del periodo menstrual, es uno de los primeros cambios corporales evidentes, el cual es tomado por la mujer como la validación de su embarazo.

Así como el aumento temprano de peso corporal es considerado para la mayoría de las mujeres como una prueba tangible de que su bebé está creciendo; es decir, si su peso aumenta, contribuye al crecimiento de su abdomen, lo que a su vez le significa estar embarazada.

Las molestias como náusea, fatiga, cambios de apetito e irritabilidad emocional, pueden reflejar la condición del estado de ánimo de la mujer y al mismo tiempo le sirven como recordatorio de confirmación de su embarazo. En ocasiones estos síntomas no se presentan.

Adaptación Psicoemocional

El primer trimestre suele ser un periodo de ansiedad ante la espera de que el embarazo esté bien establecido; por lo que las primeras semanas de gestación implican para la mujer un tiempo de ajuste ante el hecho de estar embarazada sin ser aún tan evidente en su cuerpo; siendo la aceptación de su realidad y lo que le significa, las tareas más importantes de ésta etapa.

El embarazo constituye su propio secreto y lo compartirá con quien ella elija. Suelen estar presentes pensamientos y emociones recurrentes sobre cómo sería el momento actual si no estuviera embarazada, lo que puede generarle culpa; por lo que de momento evitará manifestarla y será a finales de esta fase, cuando la mujer posea mayor seguridad para aceptar su embarazo, que le resultará más sencillo expresarlo.

El deseo sexual varía pues es una época en la que la libido disminuye, creando la necesidad de reforzar lazos de comunicación con su compañero.

Adaptación Social

El término de este trimestre resulta el tiempo en el que la mujer suele dar la noticia de su embarazo a la mayoría de personas cercanas a ella, ya que la fase de riesgo de pérdida de las primeras semanas ha pasado.

Socialmente se espera que la mujer gestante muestre felicidad, tranquilidad y disfrute sobre su condición y que de ninguna manera se preocupe o tenga dudas al respecto; lo que en muchas ocasiones refuerza la tendencia de la mujer a ocultar la confusión o sentimientos de culpa ante su estado, para no ocasionar conflictos con su pareja, familiares o personas cercanas.

Fuente: Elaboración propia con datos de Northrup (2010) y Varney et al. (2006).

Cuadro 2. Cambios adaptativos de la mujer durante el segundo trimestre de gestación.

Adaptación Fisiológica

Se considera al segundo trimestre como el periodo de salud radiante, ya que es una época en la que generalmente la mujer se siente bien, pues está libre de las molestias normales del embarazo y de molestias físicas debido a que el tamaño de su abdomen aún no es un problema.

Está dividido en dos fases; antes y después de la primera percepción de movimiento fetal o avivamiento, lo que para la mujer resulta la confirmación de portar una vida independiente a la suya.

Las sensaciones de ansiedad, preocupación y angustia originadas por el ajuste hormonal del embarazo que durante el primer trimestre llegaron a causar en la mujer cierto desequilibrio han desaparecido.

Adaptación Psicoemocional

Es la fase de mayor introspección durante la gestación; dado que le implica a la mujer trabajar en el desarrollo de su propia identidad con el rol materno, diferenciándose del rol que ejerció su propia madre. Además de vivenciar una total revaloración de todos los aspectos de la relación con ella; analizando y resolviendo según las posibilidades los problemas interpersonales que ambas pudieron haber tenido o que aún están presentes.

En este proceso está incluida la evolución de la mujer de receptora de atención (por parte de su madre) a proveedora de atención (en preparación para ser madre).

En la mayoría de los casos, la mujer experimenta una mejoría de sus relaciones sexuales comparado con el primer trimestre e incluso antes del embarazo, pues resulta un tiempo en el que se siente más erótica.

Adaptación Social

Surge la idea de abandonar o transformar tanto relaciones anteriores como sucesos significativos de su antiguo rol; ya que en ocasiones su entorno inmediato no ha alcanzado a comprender sus actuales necesidades ante la gestación, dado que además se preocupa por la bienvenida y la aceptación con la que será recibido su bebé por parte del grupo familiar y social al que pertenece.

Los intereses y actividades de la mujer se concentran en procurar su salud, en mantener el bienestar de su bebé y en la preparación para su nuevo rol; por lo que busca posibilidades para integrarse a un curso de psicoprofilaxis perinatal con la intención de asistir a clases de preparación para el parto o contacta con una educadora perinatal o una Doula para realizar ejercicios adecuados durante el embarazo y/o solicitar posteriormente su acompañamiento durante el parto.

Estos espacios pueden aportarle diferentes alternativas de contacto social; ya sea con otras embarazadas, nuevas madres o diversas personas con quienes pueda hablar, compartir su sentir, comparar cambios físicos y/o recibir información de utilidad para atender dichas necesidades.

Fuente: Elaboración propia con datos de Northrup (2010) y Varney et al. (2006).

Cuadro 3. Cambios adaptativos de la mujer durante el tercer trimestre de gestación.

Adaptación Fisiológica

Hacia el término del embarazo, la mujer vuelve a experimentar molestias físicas que pueden ir en aumento al acercarse el tiempo del parto.

Surgen ciertos temores con respecto a su capacidad y fortaleza física, sobre todo con lo relacionado con el momento del parto; pues en ocasiones sus pensamientos giran en torno a que su bebé no podrá salir ya que ha crecido mucho y su gran abdomen lo demuestra o que su pelvis no logrará el espacio suficiente para su paso o que sus propios órganos vitales se lesionaran por los movimientos del bebé en el momento del parto.

Adaptación psicoemocional

El tercer trimestre es conocido como el período de espera vigilante dado que es una época de preparación activa y visible para el parto y la maternidad.

La mujer se vuelve impaciente por el arribo de su bebé y tiene la inquietud de que éste puede nacer en cualquier momento, por lo que se mantiene en cierta tensión mientras aparecen los primeros signos de inicio de trabajo de parto.

Los temores presentes se relacionan con sentirse vulnerable por su propia vida y la de su bebé, de tener un hijo anormal, por lo desconocido que le representa el trabajo de parto, el parto y sus posibles complicaciones; pues piensa en el dolor que podrá sentir, la pérdida de control que experimentará y el temor a eso que no conoce.

Hacia el término del embarazo la mujer se puede sentir torpe, fea y sucia por lo que necesita dosis grandes y frecuentes de aliento de parte de su compañero; además de que se puede generar ansiedad por la pérdida de la atención ante lo especial de estar embarazada y la inevitable próxima separación del niño de su cuerpo.

También existen preocupaciones laborales y económicas; además de sus deseos y temores alrededor del embarazo que está a término.

A mediados del tercer trimestre la sexualidad disminuye, conforme el abdomen aumenta de tamaño y se llega a convertir en un obstáculo.

Por lo que es indispensable que la pareja comparta honestamente sus sentimientos y consulten sus necesidades a un profesional de ser necesario.

Adaptación social

La familia y amistades cercanas hacen planes para la bienvenida del bebé, programan reuniones y le hacen regalos. Hay mucha especulación en cuanto a su posible aspecto y a la confirmación del sexo si aún lo desconocen. En muchas ocasiones desean participar en la selección del nombre del bebé pues es una actividad preparatoria y significativa para su arribo; sin embargo en general es una decisión que únicamente les corresponde a los padres.

Son constantes actividades como clases de preparación para el parto o yoga prenatal; además de la compra de artículos para el bebé y el arreglo de su habitación, con la finalidad de tener todo listo para su llegada.

Fuente: Elaboración propia con datos de Northrup (2010) y Varney, et al. (2006).

1.2 Maternidad.

El contexto de la maternidad para una mujer va tomando lugar a lo largo de su vida, no únicamente desde el transcurrir de su embarazo o al momento en que toma en sus brazos por primera vez a su bebé después del parto. Arranz, Blum, Saucedo & Gutiérrez (2001, en Mota, 2008) refieren que el deseo de la maternidad se va conformando a través de la historia personal de la mujer y que dicho deseo se ve reforzado desde la aprobación del entorno social que le rodea.

Ante la importancia del ejercicio de este rol, que es determinado no sólo desde lo personal sino también desde lo social y cultural, llevarlo a cabo exitosamente desde el cumplimiento de expectativas, demanda a la mujer una gran tarea.

Misma en la que estará de por medio la influencia de factores personales como su etapa actual de desarrollo (adolescencia, juventud o adultez), su estado anímico y hasta su condición socioeconómica presente.

A continuación mencionaremos algunas de las consideraciones a las que la mujer deberá adaptarse en su camino hacia la maternidad.

1.2.1 Cambios adaptativos hacia la maternidad.

Diversos autores señalan que la relación emocional de una mujer con su bebé comienza cuando se da cuenta que está embarazada; sin embargo, en ocasiones dicha relación inicia desde el momento en que la mujer desea el embarazo o como hemos mencionado, cuando la mujer percibe al bebé moverse en su vientre por primera vez; pues se genera un cambio emocional significativo cuando la mujer percibe el primer movimiento de su bebé, ya que su mente empieza a crear esperanzas, sueños y expectativas (James, 2001).

Al avanzar las semanas de gestación, con frecuencia la mujer pregunta al compañero si se percata de los movimientos de su bebé; lo que resulta para este una tarea de constante percepción, sensible y amorosa, hasta que por fin logra sentirlo y es ahí donde comienza la relación emocional con su bebé; pues es hasta este punto que la relación física del padre es imaginaria o únicamente racional, mientras que la de la madre es tangible aunque relativa; pero desde el punto de vista emocional la relación de ambos padres con su bebé es completamente real.

Cada mujer, cada pareja y cada experiencia de procreación son únicas; por lo que el proveer atención a la mujer embarazada y el centrarse en cómo ella y su compañero lo experimentan debe concordar con lo exclusivo de su experiencia.

A través de la facilitación de la naturalidad de los procesos, la atención centrada en la familia, la continuidad de los cuidados, la inclusión de personas significativas para la mujer en su atención y el derecho de ésta para participar con conocimiento en su propia experiencia de procrear, constituyen el reto principal para hacer de la oportunidad todo un suceso trascendente.

Por lo tanto, la circunstancia de la maternidad implica para la mujer hacerse cargo del cuidado, atención y procuración de una persona de forma integral, ya que durante los primeros años, las necesidades básicas de su bebé, incluidas las afectivas estarán cubiertas en su totalidad principalmente por ella.

En la condición de que la mujer deberá estar a cargo de su bebé, resulta importante que en cualquier etapa de su proceso de embarazo posea de forma anticipada la información adecuada previo a la realización de cualquier procedimiento a beneficio de mantener su propio cuidado y el de su bebé próximo a nacer; con la intención de que su decisión y participación sean activas y no sólo sea beneficiara de los cuidados externos; ya que ésta será la pauta para el continuo ejercicio del rol activo de maternar a otro.

Sobre lo anterior, Varney et al. (2006), señalan como relevante que la mujer debe tener presente cuáles son sus derechos en el ámbito hospitalario durante el seguimiento de su control prenatal y previo al nacimiento de su bebé, siendo de suma importancia procurar que la atención debe ser brindada a dos pacientes: madre e hijo.

La mujer tiene el derecho a estar informada con antelación por el profesional de la salud que la atiende, sobre los efectos del uso de algún fármaco o procedimientos prescritos o aplicados durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto tanto para el bebé como para ella.

Pudiendo conocer con anticipación los beneficios, riesgos y peligros directos o indirectos de lo propuesto y de las alternativas conocidas, para que así disminuya o elimine su necesidad de fármacos e intervención obstétrica en la labor de parto o que tenga la mínima administración de fármacos durante la cesárea.

Igualmente importante es que la mujer determine por sí misma y sin presión de quien le atiende, acerca de aceptar los riesgos inherentes al tratamiento propuesto o rehusar el uso de un fármaco o procedimiento.

Por lo que el personal de salud a cargo de la atención y cuidado de la madre y del bebé tiene el papel primordial proporcionar a la madre la información sobre algún aspecto conocido o de sospecha respecto de la condición de su hijo o de ella misma; además de poder brindarle el acceso a la información o a los expedientes médicos completos de ella y del bebé si los requiriera.

Según las políticas de cada hospital, la disposición del personal de salud a cargo y del modelo de atención en el que se basen, será posible brindar a la diada madre-hijo el mejor entorno afectivo para el momento del parto.

Una situación que puede hacer una diferencia significativa y que es planteada dentro del contexto del parto humanizado, es que la mujer reciba acompañamiento durante el estrés del trabajo de parto y el parto, por alguien que la cuide emocionalmente y a quien ella considere de aliento y de tranquilidad emocional; esta figura puede ser su pareja, alguna persona significativa de la familia, una amistad o en su caso una educadora perinatal que sea contratada para realizar las labores de una Doula o acompañante al parto.

De igual modo, el modelo de parto humanizado propone que la mujer pueda elegir la posición que le resulte más cómoda para el trabajo de parto y el parto; lo que disminuye el manejo obstétrico o intervenciones como la inducción del parto.

Así mismo, una vez que nació el bebé, deberá promoverse el contacto inmediato piel a piel, lo que asegura que la madre tenga con ella a su bebé para facilitar la lactancia y el apego; siendo que de éste último y su importancia hablaremos a continuación.

1.3 Teoría del apego.

Considerar el abordaje del apego en el presente trabajo, permite señalar la importancia del vínculo que existe entre la mujer y su bebé en gestación desde momentos tempranos del embarazo y hace evidente el impacto afectivo en la madre ante las circunstancias que pudieran sucederles tanto a ella como a su bebé en el transitar hacia el momento del nacimiento. Por lo que a continuación, nos aproximaremos desde el apego y el vínculo a la relación que se genera entre la madre, el padre y el bebé en gestación para que más adelante podamos entender el impacto de la muerte perinatal y la vivencia del duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo.

Varney et al. (2006), refieren que en general la mayoría de las mujeres fantasean a lo largo de su vida sobre el embarazo, el parto y la crianza de los hijos, incluso mucho tiempo antes de la concepción real y del parto o aun no teniendo claro si en realidad desean experimentarlos.

La concepción y el reconocimiento del hecho del embarazo, deseado o no, tienden a despertar, activar o acentuar estas fantasías y la primera señal de vida que da el bebé las intensifica; como por ejemplo la fantasía de imaginar las características físicas y de personalidad del bebé; soñar con las interacciones que llegará a tener con su padre o las proyecciones hacia el crecimiento, madurez y vida del bebé cuando crezca.

A menudo, la familia y el ambiente se reorganizan en la preparación para el bebé esperado, siendo entonces cuando se da la vinculación con éste; así que hablar de apego y vínculo nos ayudará a dimensionar la implicación de la pérdida tanto para los padres y familiares cercanos, sobre lo que profundizaremos más adelante, cuando la muerte del bebé ocurre y no hay consuelo alguno a tan grande pesar.

1.3.1 Apego y vínculo.

Al referirnos sobre la teoría del apego Bowlby (1995), señala que éste implica la propensión a establecer lazos emocionales profundos con ciertas personas, incluso desde la etapa embrionaria, a lo largo de la vida adulta y hasta la vejez y refiere que en las relaciones de apego, la afinidad existe por derecho propio y tiene una función específica que es la clave para la supervivencia pues representa protección.

Por su parte, Worden (2013), sostiene que el apego se diferencia del término dependencia ya que designa una condición emocional en la cual predomina la ansiedad ante la posibilidad de la separación o la pérdida o el temor de ser el responsable de cualquiera de ellas; por lo que para poder entender el impacto de una pérdida y la conducta a la que se asocia, se debe comprender el apego y sus características; aspecto al que llegaremos más adelante.

Con relación al vínculo, es importante mencionar que existen diversos tipos y que dentro de los más significativos son los que se establecen entre uno o ambos progenitores y sus descendientes, así como los vínculos dispuestos entre los adultos que forman una pareja.

Bowlby (1986), refiere que la vinculación afectiva es el resultado del comportamiento social de cada individuo siendo diferente según con el sujeto que se relaciona; lo que supone capacidad de reconocimiento y actuación según el vínculo establecido; por su parte, Payás (2010), hace hincapié en que las personas tendemos a crear vínculos con quienes nos rodean y señala que dicha construcción satisface nuestras necesidades de seguridad y protección como niños, desarrolla nuestra identidad como adolescentes, y permite dar y recibir amor como seres maduros en nuestra vida adulta; es decir, los vínculos se instauran a lo largo de la vida.

Erskine et al. (1999, en Payás, 2010), hacen mención que las relaciones interpersonales nos ayudan a definir los límites de nuestra identidad, quiénes somos y hasta dónde llega nuestro espacio vital en relación con el de los otros, al igual que contribuyen a darle sentido y facilitar la integración de las distintas experiencias de vida, sean incluso negativas o traumáticas. De tal modo, el que una persona se vincule, tiene que ver con cubrir sus necesidades de recibir y brindar seguridad y protección, lo que está cercanamente relacionado con una reacción natural de supervivencia.

A lo anterior, Erikson (1950, en Payás, 2010), reafirma que quien provee al niño de la confianza básica interna para establecer relaciones y manejar situaciones difíciles en la vida le facilitará condiciones de apego y vinculación. Por lo tanto, los modelos internos de funcionamiento o estilos de vinculación desarrollados en los primeros años de vida son particularmente estables y difícilmente podrán modificarse por experiencias posteriores. Es decir, conforme las personas que hoy adquieren el rol de padre/madre, hayan sido parentadas y establezcan vínculos, contarán con la propia forma que caracterizará el modo que tendrán para vincularse con sus bebés desde la gestación.

Mary Ainsworth (1978, en Payás, 2010), alumna de John Bowlby, describió cuatro modelos de vinculación entre los niños y sus padres, refiriéndose principalmente a la vinculación segura que alude a la presencia del cuidador en el cuidado y apoyo y como vinculación insegura, de tipo ansiosa, evitativa y desorganizada, cuando el cuidador no está conscientemente presente de forma física y emocional; subrayando que los estilos de vinculación se mantendrán a lo largo de la vida, determinando la forma en que cada persona se vinculará afectivamente; además de que jugaran un papel crucial en relación a la vivencia del duelo como ya explicaremos más adelante.

1.4 Vínculo en el embarazo.

Por lo que se refiere a la importancia de considerar los estilos de vinculación y la forma en que los estímulos externos determinan nuestro modo particular de vincularnos; podremos comprender el contexto de interacción en el que se establece el vínculo entre la madre y el bebé durante la gestación, logrando dimensionar lo significativo de la conexión de la mujer con su bebé; a lo que nos aproximaremos en el presente apartado.

Bowlby (1993), menciona que los seres humanos recibimos estímulos sensoriales de dos tipos, los relacionados con la condición del organismo y los referidos a las condiciones ambientales y refiere a Arnold (1960), quien señala que cada estímulo será interpretado y evaluado en función de su valor, como placentero o desagradable o doloroso, atractivo o repulsivo, que provoca gusto o disgusto y tal clasificación surgirá de cotejar el estímulo con estándares internos. Resultando en un proceso complejo en el que se distinguen los estímulos presentes con los estándares previos y la selección de ciertas pautas de conducta sobre otras, de acuerdo con los resultados de cotejos anteriores.

Además, Bowlby (1993), menciona que los procesos de evaluación se centran en la interpretación de las sensaciones que genera cada hecho pues desempeñan un papel determinante en la generación o el control de la conducta, permiten la percepción del suceso desde la sensibilidad y facilitan la comunicación con otros al respecto de dichas circunstancias.

Al mismo tiempo señala que todos o al menos la mayoría de los afectos, sentimientos y emociones configuran fases de la evaluación intuitiva que hace el individuo de la propia condición e impulsos que lo llevan a actuar, así como de la serie de situaciones ambientales que enfrenta a su paso.

De la misma forma, Payás (2010), sostiene que es a través de la relación con lo externo como creamos nuestro mundo interno; ya que cada vez que nos comunicamos o entramos en conexión con lo exterior, generamos sentimientos, pensamientos, fantasías, deseos y esperanzas y el mundo interno que creamos con este material es la respuesta a las múltiples interacciones con lo que nos rodea, sean personas o cosas, por lo que desde lo más profundo debe organizarse de forma que tenga sentido.

Para lograr esta organización resulta esencial el contacto externo; ya que sin la relación con los otros no hay capacidad de dar significado a la experiencia interna, no hay posibilidad de identificar nuestras necesidades básicas como humanos, ni de generar la acción necesaria para buscar satisfacción a dichas necesidades.

Así pues, trasladando lo anterior al contexto de la gestación, según los estímulos que recibe la mujer del exterior, responderá con acciones determinadas interpretando los movimientos de su bebé como respuestas intraútero; por ejemplo la actividad del bebé ante los sonidos fuertes, dando como resultado uno de los puntos de vinculación desde el útero entre la madre y su bebé.

Esto reafirma que el vínculo madre-hijo no inicia en el momento del nacimiento; sino en muchos casos sucede desde la confirmación del embarazo, se asegura con la primera sensación de avivamiento y se refuerza con el continuo crecimiento del vientre por el desarrollo fetal.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada, Verny & Kelly (1988), sostienen que el bebé dentro del útero es un ser humano consciente que reacciona a los estímulos a partir del sexto mes de gestación o incluso antes y que lleva una activa vida emocional.

Hacen referencia al estudio realizado por Brazelton (1983, en Verny & Kelly, 1988), quien sugiere que el vínculo entre madre e hijo se fusiona inmediatamente después del parto, ya que está relacionado con la comunicación entre ambos, la cual había iniciado mucho antes, desde el útero. Lo anterior lo atribuye a las acciones de la madre que personifican al feto a modo que este no le resulte un desconocido en el momento de nacer.

Por consiguiente, se remite a lo dicho por Sadovsky (1981, en Brazelton & Cramer, 1993), quien sostiene que la madre interpreta los patrones de respuesta de su bebé dándoles sentido como rasgos propios de su personalidad.

Así mismo, Verny & Kelly (1988), refieren en sus investigaciones que el bebé inútero puede ver, oír, degustar y, de manera primitiva, incluso aprender o experimentar; resultando de gran relevancia para ellos que el bebé puede sentir, no con la complejidad o en los términos conocidos de un adulto, si bien, de igual forma siente y expresa lo que siente.

Si consideramos que la interpretación de la manifestación de lo que el bebé siente y percibe es el comienzo del modelaje de sus actitudes, podremos distinguirle desde la felicidad, la tristeza o la ansiedad.

Ello dependerá parcialmente de los mensajes que recibe de quien le dé presencia mientras está en el útero, resultando un referente acerca de sí mismo; pudiendo señalar a la madre como la principal fuente de dichos mensajes formadores; por lo que resulta de suma importancia que los patrones de emociones o sentimientos que ella posea, pueda regularlos de tal forma que no dejen una marca profunda en la personalidad del bebé que se encuentra en gestación, pues ella es el nexo entre su bebé y el mundo y todo lo que le afecta incide en él; lo que hace especial que hablarle y pensar en él genere una fuerte comunicación entre la diada madre-hijo, la cual forma parte de su vínculo afectivo.

Ante todo, las consecuencias del vínculo intra y extrauterino son casi siempre las mismas: la madre marca el ritmo, proporciona las indicaciones y moldea las respuestas de su bebé, sólo si éste decide que sus planteamientos tienen sentido para él, ya que el bebé intrauterino no puede establecer el vínculo por su cuenta; si su madre se cierra emocionalmente no sabrá qué hacer y estará limitado, sin alternativas de interacción.

Las diversas investigaciones de Verny & Kelly (1988), refieren que toda mujer embarazada percibe que ella y su bebé intercambian sentimientos; lo que confirma que sus pensamientos y emociones tendrán influencia en su bebé antes de su nacimiento; de igual forma sostienen que los sentimientos del padre hacia la madre y el bebé resultan determinantes en el éxito del embarazo.

Pues confirman lo significativo del rol del padre tanto para la madre como para el transcurso de este, ya que si ella se relaciona con un compañero cariñoso y sensible, le proporcionará a la diada madre-hijo un sistema de apoyo emocional desde la seguridad y el adecuado entorno afectivo, lo que además permitirá reafirmar al padre su legítimo lugar en la gestación de su bebé.

Por otra parte, en dichos estudios también exponen lo notable de la conciencia del bebé, confirmando que éste es sensible a matices emocionales sutiles y que es capaz de sentir y reaccionar a diversos tipos de emociones; pues a través de diversos estudios fisiológicos, neurológicos, bioquímicos y psicológicos, confirman que a partir del sexto mes de embarazo, se pueden medir las capacidades del bebé y verificar la forma en que las características y los rasgos de personalidad comienzan a formarse en él.

Por ejemplo, apuntan que el bebé inútero responde al tono de voz de su madre, no desde la capacidad de entender las palabras, sino que su respuesta va hacia lo que percibe en el tono emocional de ella siendo la principal influencia activa en la vida del bebé antes de su nacimiento, uno de los referentes de la diada y su vínculo fundamental; evidenciando que el vínculo posterior al nacimiento en realidad es la continuación del proceso vinculante que dio comienzo mucho antes, en el útero.

En consecuencia, para poder valorar y comprender el alcance del impacto que la muerte de un ser querido produce en nuestras vidas, debemos, en primer lugar, entender cómo se da ese proceso único de vinculación; pudiendo comprender por qué es tan importante para todo ser humano la creación de lazos significativos con quienes nos rodean.

Diversas teorías describen las distintas funciones que tienen los lazos afectivos, cómo favorecen el desarrollo de la persona y el impacto que ocurre cuando éstos se ven amenazados o rotos.

Ante esto último, Worden (2013), al igual que Bowlby (1986), sostienen lo trascendente que resulta para el ser humano la tendencia a establecer fuertes vínculos afectivos y las duras reacciones emocionales que se experimentan ante la vivencia del duelo cuando éstos terminan.

De modo que, partiendo de lo ya expuesto sobre la apropiación del rol materno y el vínculo que se establece entre la madre y el bebé durante la gestación; en el siguiente capítulo abordaremos el impacto de la muerte perinatal, sus circunstancias y las características del duelo perinatal y la vivencia de dicho proceso.

Capítulo 2. Muerte y Duelo Perinatal.

Como revisamos en el capítulo anterior, durante la gestación de un bebé, la mujer experimenta cambios físicos, fisiológicos y emocionales extensos, ya que tanto su cuerpo y su psique realizan ajustes hacia la tolerancia a la estimulación hormonal para conducirse en medio de las sensaciones de excitación afectiva ante la vivencia de dicho momento, lo que resulta en la mayoría de los casos una experiencia extraordinaria; pues es durante el embarazo que la mujer se encuentra en el proceso de exploración y asimilación de la realidad de tener un hijo, ya que está bajo la presión de absorber con rapidez el aprendizaje necesario para darle la bienvenida, conocer y cuidar a su recién nacido; además de asimilar y asumir la responsabilidad de las demandas que le exige el ser “mamá”.

Debido a lo anterior, no es de extrañar que la mujer presente algunos cambios conductuales y que en ocasiones se sienta abrumada por todo ello, ya que se encuentra en un momento de vulnerabilidad y aunque le resulte complicado, debe tener apertura a la guía de otras personas y a lidiar con el aprendizaje. Ya que a la par de todo ello, la nueva madre puede frustrarse por no sentirse competente y por no poseer el control necesario, ese que dejó de tener desde que se embarazó. Por ello, podemos señalar que una gran mayoría de las mujeres experimentan estos cambios, pero su intensidad y lo bien que cada una sobrelleve estas situaciones puede variar de acuerdo al escenario donde éstas tienen lugar.

El duelo es el otro extremo del continuo de las emociones posibles e intensas en la maternidad; pues es también en ésta etapa que hacemos referencia a circunstancias que implican pérdidas y desafíos, sentimientos profundos que propician escenarios diversos a razón de:

- Las pérdidas descritas como factores causales de la depresión posparto como la pérdida de la intimidad interna con el bebé, la pérdida de ser receptora de atención o la reestructuración del vínculo con su pareja.
- Las mujeres que paren un bebé compatible con la vida pero sufren la pérdida de expectativas debido a prematuridad, deformidades o anomalías congénitas.
- El duelo que viven las mujeres que ceden a su recién nacido en adopción.
- Las mujeres que lidian con la pérdida de un bebé por aborto, aborto espontáneo o mortinato.
- Las mujeres que no pueden volver a embarazarse o no pueden mantener un embarazo y,
- La pérdida de vivir la maternidad que experimentan las mujeres con problemas de infertilidad.

Cuando el duelo en la maternidad se relaciona a la pérdida por la muerte del bebé, es esencial que ambos padres experimenten la auténtica existencia de su hijo para que puedan aceptar la realidad de su muerte, ya que la sucesión completa del continuo embarazo-vida-muerte se convierte en un tipo de espejismo del deseo por ejercer la maternidad, pues las circunstancias ante la pérdida llevan a que desde la fantasía sea difícil de asir el rol deseado y aún más complejo el aceptar y resolver el duelo, pues la pérdida no es sólo la del bebé tangible sino también la pérdida de todos los sueños y fantasías construidos a su alrededor muchas veces antes de haberle concebido.

En general, hablar de la muerte, quizá sea un tema del que desearíamos hablar lo menos, no resulta una conversación fácil, pues siempre van con el discurso nuestros temores, tristezas y pérdidas anteriores.

Particularmente, la muerte de los seres que nos rodean, con quienes existe un vínculo afectivo, desencadena una reacción de dolor, de ausencia, que provoca en nuestro cuerpo y en nuestras emociones un conjunto de reacciones de adaptación llamadas duelo.

El duelo es un mecanismo natural por el que encauzamos el sufrimiento y la aflicción que sentimos, incluso es necesario para que las personas podamos adaptarnos a la pérdida que hemos sufrido.

El Instituto Mexicano de Tanatología (2006), define al proceso de duelo como un proceso *individual, único, temporal y activo*; es decir, cada persona vive y elabora su propio proceso de duelo, de formas y en tiempos diversos, además de que *deja huella*, ya que dicho proceso produce una marca en la historia de vida de quien lo ha enfrentado.

Desde la raíz latina de la palabra duelo, Centeno (2013), menciona que el dolor y el combate interno son el núcleo para elaborar un proceso de duelo.

Dólus - "dolor", deriva del verbo doleré (doler, sufrir, penar)

Duellum - "combate entre dos"

Afirma que se trata de un proceso de adaptación que conlleva mucho dolor y sufrimiento pero que abre la posibilidad subjetiva de reanudar vínculos.

En definitiva, diversos autores coinciden en que el duelo es la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, atribuyéndole a este proceso un sentido de recuperación, pues aunque es un estado incómodo y doloroso, si no se experimenta, si se reprime o se niega, puede generar una condición de enfermedad, física, emocional o ambas. (Doka, 2002; Kübler-Ross, (2001); Tizón, 2004; Worden, 2013).

Cuando la expresión del duelo por una pérdida llega a ser muy intensa, tanto que pueda considerarse socialmente “fuera de proporción”, seguramente nos estaremos refiriendo a una manifestación de emociones asociadas con pérdidas anteriores, las cuales no fueron expresadas en su momento y/o a la acumulación de pérdidas que no se han elaborado; por lo que la pérdida reciente resulta ser el detonante para contactar con todas esas emociones postergadas, sugiriendo, de primer instancia, que el duelo actual es demasiado intenso, cuando en realidad es una suma de sentimientos ante las pérdidas no resueltas.

Lindemann (1944, en Worden, 2013) describió hace más de setenta años que el proceso de duelo tiene connotaciones emocionales, fisiológicas y de recuperación; es decir, las personas en duelo que vemos hoy en día muestran una conducta muy similar a la de las personas en el pasado. Por lo que si partimos de la afirmación de que todo proceso de duelo ha debido ser atendido, no solo en tiempo reciente, estaríamos hablando que el duelo perinatal ha estado presente permanentemente, solo que de una época cercana a la fecha se le ha mirado con la intención de ser atendido, por lo que resulta que su abordaje se encuentra aún en perfeccionamiento.

Dentro de la literatura revisada varios de los autores a los que nos referiremos a lo largo de éste apartado, consideran que para la madre, el hecho de sentir en su vientre la gestación y vida de un hijo y de manera súbita e inesperada vivir su muerte durante el embarazo o al momento de nacer, le generan un sufrimiento intenso y devastador, a través de mostrar una reacción compleja y constante en la que se desvanecen gradualmente las posibilidades de afianzar los lazos emocionales que ella tenía con la persona fallecida: su hijo.

Pastor et al. (2011), refieren en su estudio que el impacto psicosocial de la pérdida perinatal se ha investigado ampliamente en los últimos 25 años y que la literatura señala que ambos padres experimentan las mismas reacciones de aflicción que las observadas en otras situaciones de duelo, e incluso pueden llegar a ser más intensas por la falta de visibilidad social del duelo perinatal, lo que trae consigo grandes dificultades para recuperarse tras la pérdida a propósito de ser también experiencias devastadoras.

Por su parte, Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente (2010), hacen mención sobre las pérdidas tempranas durante la gestación, afirman que son pérdidas reales y señalan que los padres en duelo necesitan que su dolor sea reconocido ante el gran vacío que deja la pérdida de su hijo, así de pequeñito.

En el caso del duelo perinatal, el impacto que viven los padres por la pérdida de su bebé, principalmente parte del vínculo ya establecido de la madre con éste; ya que como hemos mencionado anteriormente, dicho vínculo se pudo instaurar desde la confirmación del embarazo, conforme se hicieron evidentes los movimientos del bebé o en la medida en que la madre reconoció y le dio significado cada una de las interacciones que ambos pudieron sostener durante la gestación.

Así que partimos de la conjetura de que el apego se establece desde la gestación temprana, propiciando en la mayoría de los casos, que se le otorgue al bebé un lugar de ser querido y especial desde sus primeras semanas de vida intrauterina; lo que Worden (2013), considera de suma importancia, pues puntualiza que el apego juega un papel significativo en la vivencia del duelo y que al comprenderlo, es posible entender el impacto de la pérdida y las conductas que se asocian a ésta.

Por consiguiente, confirmamos que desde el embarazo y hasta el parto, justo antes de mirar por primera vez a su hijo, los padres están vinculados con su bebé; así como refieren en su estudio Oviedo-Soto et al. (2009), sobre los sentimientos de esperanza, ilusión y alegría que desarrollan los padres, todos con una proyección hacia el futuro, pues ninguno de ellos imagina que podría presentarse un fatal desenlace ante tanto júbilo; dado que cuando sucede que su bebé nace muerto o muere al nacer, tanto la madre como el padre no sólo enfrentan el duelo por la pérdida de su hijo, sino también la frustración de vivir la interrupción de sus expectativas ante el ejercicio de su nuevo rol: la maternidad/paternidad.

El estudio de Ewton (1993, en Oviedo-Soto et al. 2009), refiere que la madre al vivir la muerte de su bebé crea una reacción emocional más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de otro ser querido; lo que atribuyen a las circunstancias significativas de éste proceso; por ejemplo al incremento de la sensación de irrealidad, debido a que los lazos afectivos desarrollados con el bebé están basados en esperanzas y fantasías y no en un contacto físico como tal.

Sumado a lo anterior, la mujer vive la sensación de incapacidad para confiar en su propio cuerpo, lo que genera como consecuencia una marcada disminución de la autoestima materna; ya que la mujer no fue capaz de lograr exitosamente el nacimiento de su hijo vivo y sano.

Asimismo, a las emociones y circunstancias individuales, debemos añadir el impacto emocional que origina la respuesta del entorno ante la muerte perinatal, puesto que en lo general, la actitud de la familia o del grupo social ante la pérdida de un bebé resulta negadora de dicha muerte y de las emociones relacionadas a ella; es decir, familiares, amigos, compañeros de trabajo o comunidad actúan como si nada hubiera pasado.

Quizá con intención protectora pero restando importancia a la situación y en ocasiones augurando la certeza de nuevos embarazos apostando a la juventud de los padres, invalidando el dolor desde la afirmación de que “aún no era un bebé formado” o justificando a través de la decisión divina o de la sabiduría de la naturaleza “Dios sabe por qué lo hace”, “la naturaleza es sabia”.

En el desarrollo de este capítulo revisaremos características, causas y tipos de muerte perinatal, también llamada muerte fetal, como generadoras de la condición de duelo perinatal; del que abordaremos los aspectos clínicos, su impacto emocional y los factores que llegan a generar una complicación en la resolución de éste tipo de duelo.

2.1 Muerte Perinatal.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada sobre estudios que hablan de duelo, duelo materno y duelo perinatal, entre otros nos referiremos a los elaborados por Álvarez (2010), López (2011) y Oviedo-Soto et al. (2009), quienes abordan la temática identificando antecedentes y diferencias en el manejo por parte del equipo de salud a cargo de las mujeres y sus parejas; así como en lo referente a la atención emocional que reciben al vivir la pérdida de su bebé durante la gestación.

A continuación, señalaremos los periodos en los que la literatura científica reporta la evolución en el abordaje y manejo de la pérdida de un bebé; así como el acercamiento con los padres ante su experiencia de duelo por parte del equipo de salud a cargo, logrando un trato afectivo, respetuoso y empático; siendo en la actualidad un tema de estudio, regulación y desarrollo constantes.

Partimos de la investigación realizada por López (2011), quien hace referencia a algunos de los primeros estudios sobre pérdidas perinatales, realizados en su mayoría en Norteamérica; indicando que tanto en la investigación de Elia en 1959, así como en la de Bourne en 1968, la constante en este periodo en cuanto al proceder idóneo del equipo médico ante la muerte de un bebé durante la gestación o el parto implicaba aplazar el proporcionar información a la madre y a los familiares sobre la muerte del bebé el mayor tiempo posible o en su caso simular que no había sucedido nada; inclusive, hasta guardar absoluto silencio al respecto.

El escenario propicio para lograr no dar “la mala noticia” demandaba de tener bajo sedación a la madre y de evitarle el dolor de mirar o tener contacto alguno con el bebé, coincidiendo en sugerir un nuevo embarazo a la brevedad para asegurarse el recuperar la salud, la felicidad y la confianza en sí misma; circunstancias perdidas con la muerte de su anterior bebé, a quién debían de olvidar de inmediato.

Fue hasta principios de la década de los años setenta que se habló de las emociones generadas por la muerte de un bebé. Kenell, Slyter & Klaus (1970, en López, 2011) señalaron en su investigación la presencia de tristeza, apetito escaso, dificultad para dormir, irritabilidad, preocupación por el hijo perdido y la incapacidad para volver a la actividad normal, como indicadores de éste tipo de duelo; en concreto, fue el momento de visibilizar los sentimientos que siempre habían estado presentes pero que anteriormente debían de ser negados; es decir, daba inicio el proceso de reconocer el duelo perinatal como un duelo real, dejando atrás el mandato de vivirlo como un duelo olvidado o negado.

López (2011), menciona que durante la década de los años ochenta se mostró a través de diversas investigaciones el interés por el conocimiento sobre la vivencia afectiva de los padres y el abordaje efectivo del equipo de salud ante las pérdidas durante el embarazo o el parto.

Es en éste tiempo en que se aborda formalmente el término de duelo perinatal, por lo que hace referencia a la investigación de Peppers y Knap en 1980, en la que señalan como sus indicadores la dificultad de concentración, la manifestación de emociones como rabia, culpabilidad, depresión o circunstancias como la negación a aceptar la realidad de la pérdida, la confusión temporal, el agotamiento, la falta de energía o los sueños repetitivos con el bebé perdido.

Por ende, es entonces cuando se atribuye la debida importancia a la capacitación y actualización del equipo de profesionales de la salud encargados directamente de la atención a las mujeres y familiares que vivían un duelo perinatal, con el objetivo de cubrir sus necesidades de información y buen trato ante la experiencia dolorosa de perder un bebé; por esta razón, las recomendaciones hacia los padres incluían la alternativa de ver y tomar en brazos al bebé muerto, además de que se les hacía la propuesta de integrarse a alguno de los grupos de apoyo para padres en duelo implementados en algunas de las instituciones, lo que significó una alternativa de abordaje cuidadosa, respetuosa y sensible.

Ahora bien, en el estudio de Callahan, Brasted & Granados (1980, en López, 2011) refieren algunas de las circunstancias que hacen a la pérdida perinatal distinta de otras pérdidas, entre las que mencionan el papel que juega el silencio ante el hablar de lo ocurrido, los sentimientos de rabia, tristeza y la culpabilidad; pues de estar presentes, interfieren en la posibilidad de brindar y recibir acompañamiento, por parte de la red de apoyo y hacia los propios padres.

Así mismo, Herz (1984, en López, 2011) identificó que las emociones que experimenta la madre tienen que ver con la sensación de responsabilidad por una aparente incapacidad de lograr que su bebé naciera vivo, así como lo habían logrado otras mujeres a su alrededor; sintiéndose traicionada por su cuerpo, lo que la vulnera por haber perdido el control.

También, es desde este periodo que se concede la importancia a las reacciones emocionales ante las fechas significativas como los aniversarios de la fecha de confirmación de embarazo, la fecha probable de parto y/o la fecha de la pérdida, debido a la intensidad con la que se viven y la sensibilidad con la que deben tratarse.

No obstante, la relevancia que ha adquirido en las investigaciones el abordaje del impacto emocional ante la vivencia del duelo perinatal; resulta necesario abundar en las circunstancias fisiológicas relacionadas con la muerte de un bebé con la intención de contextualizar de forma más clara las circunstancias que darán las características al duelo en el periodo perinatal.

2.1.1 Concepto y diagnóstico de Muerte perinatal o Muerte fetal.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define al óbito, la muerte perinatal o muerte fetal como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad gestacional o de la duración del embarazo. (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, *s.f*)

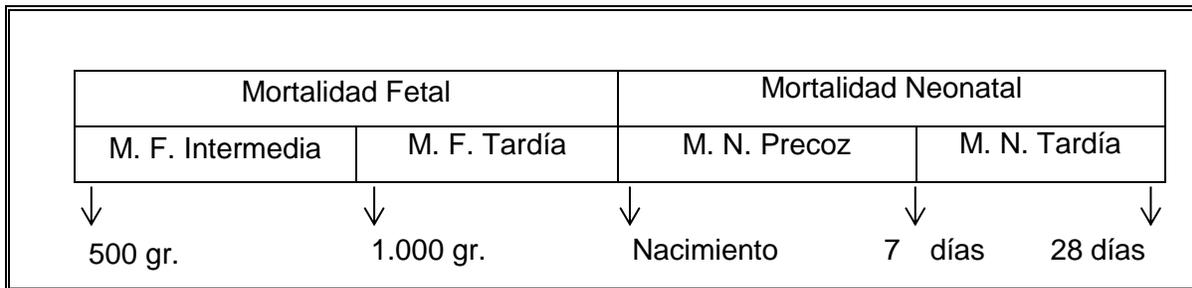
Resultan distintos los criterios encontrados que mencionan el periodo a considerar con referencia a la muerte perinatal, por lo que haremos mención de los establecidos en las guías consultadas de atención a la muerte perinatal.

Pues bien, en ellas se encontraron coincidencias en la información expuesta, incluso siendo materiales para poblaciones diversas, como lo son la española y la mexicana.

Según la Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal (Umamanita & El Parto es Nuestro, 2009), la mortalidad perinatal se divide en mortalidad fetal y en mortalidad neonatal y estas a su vez se dividen en dos fases (ver Figura A).

La guía refiere que la mortalidad perinatal va de la semana 28 de gestación hasta los primeros 7 días de vida, aunque hace hincapié en que algunos países de la Unión Europea consideran mortalidad perinatal a las muertes que se producen de la semana 22 de gestación a neonatos con más de 500gr.

Figura 1. Mortalidad Perinatal.



Fuente: Umamanita & El Parto es Nuestro (2009).

Por su parte, Duarte, Mejías, & García (2012) señalan en la Guía Clínica de abordaje del Duelo Perinatal que la muerte fetal se diagnostica en tres etapas: temprana, intermedia y tardía.

La muerte fetal temprana, incluye todas las muertes que se producen “in útero” desde la concepción hasta las 22 semanas de gestación incluidos los bebés que pesan menos de 500g y/o tienen una longitud al nacer menor a 25 cm.

La muerte fetal intermedia, considera las muertes fetales que tienen lugar entre las 22 y 28 semanas de gestación con pesos comprendidos entre 500 y 999g y/o teniendo una longitud al nacer entre 25 a 34 cm.

La muerte fetal tardía, comprende las muertes fetales que se producen a partir de las 28 semanas de gestación, incluyéndose todos los fetos que pesan 1000g o más y/o tienen una longitud de 35 cm al nacer.

En su investigación Sánchez-Pichardo (2007), clasifica como pérdida gestacional la ocurrida antes de la semana 20 de gestación y como pérdida perinatal la que sucede de la semana 21 y hasta el primer mes de vida del bebé.

La Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, *s.f.*), señala que en México, la edad gestacional para la consideración de muerte fetal, es a partir de la semana 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor a 500 gramos.

A nivel mundial, tomando en cuenta las cifras de la OMS, dicha guía refiere estadísticas que reportan una frecuencia de muerte fetal estimada en 1% de todos los embarazos; esto es que sucede en alrededor de tres millones de embarazadas por año en todo el mundo. El 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socioeconómico, siendo los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto los que representan en un estimado, más de la mitad de los casos, pues muchos de ellos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias del orbe.

Tanto en México como en otros países, la fuente primaria para la generación de la estadística de mortalidad fetal es el Certificado de Muerte Fetal, documento expedido por profesionales de la salud luego de constatar la muerte del bebé y su probable causa de defunción.

Para confirmar la muerte fetal, generalmente se realiza un ultrasonido como prueba diagnóstica y para asegurar las causas de la muerte, se realiza la autopsia fetal, el examen de placenta, cordón, membranas y líquido amniótico, estudio de cariotipo y una evaluación materna para investigar la comorbilidad materna (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, **s.f.**).

Sánchez-Pichardo (2007) refiere en su estudio que la incidencia de las pérdidas perinatales en la población en edad fértil en México dentro del Instituto Nacional de Perinatología INPer es de dos pérdidas de embarazo en 4.1% de la población en edad fértil y el 1.44% presenta tres pérdidas. Reporta que el 4.5% de la población que ingresó en el año 2005 al INPer presentó Pérdida Gestacional Recurrente (PGR) como diagnóstico y como antecedente y como causas principales refiere aspectos genéticos o alteraciones hematológicas.

En el siguiente apartado expondremos los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal así como sus causas, partiendo de que el diagnóstico clínico se genera ante señales como la sensación de peso en el abdomen, regresión del tamaño de los senos, secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa o malestar general; siendo de relevancia y determinación para el diagnóstico de muerte fetal:

- La ausencia de movimientos fetales,
- La ausencia de crecimiento uterino y,
- La ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

2.1.2 Factores de riesgo y causas que influyen en la mortalidad perinatal.

Los factores de riesgo o causas de morbilidad relacionados en la muerte fetal, se clasifican en maternos, fetales y de otra índole o desconocidos.

Primero que nada, nos referiremos a los factores de riesgo maternos, los cuales se dividen en modificables como lo son la condición de obesidad materna o la adicción a sustancias como el alcohol y/o el tabaco; y en no modificables como antecedentes de pérdida perinatal, la presencia del factor RH negativo en la mujer o las enfermedades sistémicas como la diabetes, hipertensión arterial crónica, enfermedades renales o cardiopatías, entre otras.

Los factores de riesgo fetales están relacionados directamente con complicaciones durante el embarazo y/o el parto como son la ruptura prematura de membranas, disminución de líquido amniótico, malformaciones fetales congénitas, hemorragias o infecciones, por mencionar las más importantes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (*s.f.*), refiere que entre un 25 a 50% de los casos de muerte fetal no se identifica la etiología, por lo que en casi de la mitad de las muertes fetales no se tiene una causa específica.

Es necesario tomar en cuenta que la lista de causas vinculadas a la muerte fetal depende de diversas circunstancias. Podemos hablar de atender en la mujer gestante infecciones del aparato digestivo causadas por bacterias, virus o parásitos o las del aparato respiratorio por causas virales o bacterianas, las cuales resultan significativamente riesgosas; así como de dar seguimiento a casos de pérdida gestacional recurrente, o realizar un diagnóstico fetal temprano de enfermedades congénitas como malformaciones o alteraciones funcionales cardíacas o del SNC.

Aunque la lista podría considerarse extensa, resulta de suma importancia tener presente que el control prenatal y el monitoreo fetal recurrente traen consigo intervenciones médicas oportunas en virtud de prevenir, solucionar o disminuir a lo mínimo los factores de riesgo que lleguen a poner en peligro la salud fetal. Por lo que es relevante exponer de forma general los diferentes tipos de pérdida perinatal relacionados con la muerte fetal y mencionar de forma concisa las causas relacionadas a dichas pérdidas.

2.1.2 Tipos de pérdida perinatal.

Acerca del período comprendido para clasificar los tipos de pérdida perinatal, la OMS (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, *s.f*) indica el tiempo que va de la semana 22 de gestación hasta la primer semana de vida independiente del bebé.

Como hicimos mención, en la literatura los periodos se amplían, pues diversos autores coinciden en que dichas pérdidas suceden en cualquier momento de la gestación y hasta el primer mes de vida del recién nacido (Hutti 2005, en Sánchez-Pichardo, 2007; Pastor et al., 2013); sin embargo, otros proponen que el tiempo a considerar debe comprender desde la concepción hasta el primer año de vida del bebé (Kolawski, 1987 en López, 2011).

En definitiva, si partimos de dichos criterios, todas las pérdidas que sucedan durante el embarazo, en el momento del parto o en el período de posparto, serán significativas para la mujer, pues como revisamos anteriormente, en la medida en que el vínculo se estableció con el bebé, se experimentan las circunstancias de la pérdida y se hacen manifiestos los sentimientos, viviendo así el duelo perinatal.

Ahora bien, con la intención de identificar los diversos tipos de muerte fetal, de muerte neonatal y los otros tipos de pérdidas, que no necesariamente implican muerte pero que igualmente desencadenan una reacción de duelo en la madre, el padre o la familia, se estructura el siguiente cuadro, que de forma breve brinda información concreta sobre las pérdidas dentro del período perinatal (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Las pérdidas perinatales como desencadenantes de duelo perinatal.

Embarazo Ectópico	<p>Ocurre cuando el blastocisto se implanta fuera del endometrio que recubre la cavidad uterina; siendo los sitios posibles de un embarazo ectópico: el cuello uterino, las trompas de Falopio, los ovarios y el abdomen.</p> <p>Algunos factores predisponentes son las infecciones pélvicas, los dispositivos intrauterinos, los embarazos ectópicos previos y la cirugía tubaria anterior.</p>
Pérdida Gestacional Recurrente	<p>Se refiere a cuando se presentan mínimo dos pérdidas recurrentes del embarazo.</p> <p>Sus principales causas son aspectos genéticos y ciertas alteraciones hematológicas como problemas con la coagulación o las plaquetas y puede estar relacionada con la presencia de anomalías endocrinas o utilización de hormonales.</p>
Aborto Espontáneo o Inevitable	<p>Está directamente relacionado con el ambiente de desarrollo o con las alteraciones en la salud del bebé.</p> <p>Se explica a partir de factores genéticos, estructurales (en el útero), endocrinos, infecciosos, inmunológicos y ambientales.</p> <p>Se considerará “espontáneo” cuando sucede dentro de las primeras 22 semanas de gestación. En la mayoría de los casos ocurre antes de las 12 semanas de gestación.</p> <p>Es definido como la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable o compatible con la vida.</p>

<p>Aborto Voluntario o Inducido</p>	<p>Hay dos tipos de aborto durante el primer trimestre: quirúrgico y médico o medicamentoso.</p> <p>El aborto quirúrgico se puede hacer por medio de la dilatación del cérvix para llevar a cabo un legrado o una aspiración del producto.</p> <p>El medicamentoso se lleva a cabo a través de la ingesta de fármacos que propiciarán la expulsión del producto.</p>
<p>Interrupción Voluntaria del Embarazo para la Salud Materna</p>	<p>Se realiza debido a la presencia de problemas del feto o por amenaza a la salud materna.</p> <p>El diagnóstico se lleva a cabo por medio de ultrasonido o amniocentesis. Se notifica a la madre de que su bebé es incompatible con la vida cuando tiene algún síndrome o malformación que los profesionales de la salud consideran que le disminuye o elimina las posibilidades de supervivencia al feto a pesar de sus semanas de desarrollo intrauterino.</p>
<p>Reducción Selectiva en Embarazos Múltiples</p>	<p>Si la supervivencia de todos los fetos es inviable, se practica una reducción entre las semanas 10 y 12 de gestación por medio de inyección letal.</p> <p>Dicha reducción permite un mejor resultado del embarazo que, de haber continuado, podría haber acabado con prematuridad extrema, discapacidad severa o la muerte de todos los fetos.</p>
<p>Muerte de Gemelo en Gestación Pérdida en Embarazos Múltiples</p>	<p>El riesgo de muerte de un gemelo es hasta tres veces mayor en el embarazo monocorial (una sola placenta, una sola bolsa amniótica) comparado con el bicorial (dos placentas, dos bolsas amnióticas).</p> <p>Las causas de muerte intrauterina de un gemelo se pueden sistematizar en causas fetales (por síndrome de transfusión feto-fetal, malformaciones, etc.); ovulares (como el infarto placentario) y maternas (por hipertensión, diabetes gestacional, etc.).</p>

	<p>Por lo que la muerte fetal in útero de un gemelo trae consigo un riesgo alto de morbilidad/mortalidad para el bebé sobreviviente y la madre gestante.</p>
<p>Óbito – Muerte Fetal Pérdida por Feto Muerto Intraútero</p>	<p>Óbito se refiere a la muerte fetal en el útero antes del nacimiento, llamada también muerte fetal intraútero.</p> <p>El diagnóstico clínico se da ante ausencia de movimientos fetales, de crecimiento uterino, de pulsación de cordón o de frecuencia cardíaca fetal antes de la separación completa del cuerpo de la madre a partir de la semana 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500g.</p> <p>Los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal se clasifican en maternos, fetales y en algunos casos a causas no determinadas.</p> <p>Dentro de las causas primarias de la muerte fetal se consideran la hipoxia fetal extrínseca, la insuficiencia placentaria, desprendimiento o infarto placentario, patologías del cordón umbilical, enfermedades maternas como la hipertensión arterial, anomalías congénitas, infecciones bacterianas ascendentes, traumatismo en el parto o hidrops fetal, entre otros.</p>
<p>Pérdida por Feto Muerto Intraparto</p>	<p>La muerte intraparto se refiere a la que ocurre mientras transcurre del trabajo de parto.</p> <p>En la mayoría de los casos se debe a fracaso en el manejo obstétrico.</p>
<p>Mortinato</p>	<p>El término mortinato alude al bebé que nace muerto. Puede ser un óbito o una muerte intraparto.</p>
<p>Bebés Nacidos con Anomalías Congénitas</p>	<p>Las anomalías congénitas durante el embarazo no necesariamente implican muerte fetal o neonatal pero si la pérdida de expectativas que llevan a la vivencia del duelo.</p> <p>Su diagnóstico se realiza a través de ultrasonografía, amniocentesis o muestreo de sangre fetal.</p>

	<p>Igualmente se realiza biopsia de vellosidades coriónicas.</p> <p>Algunos de los antecedentes familiares de defectos al nacimiento según la incidencia y frecuencia, enlistan cardiopatías congénitas, defecto del tubo neural, labio, paladar o ambos hendidos, anomalías congénitas múltiples, retraso mental, fibrosis quística, distrofia muscular, alteraciones hematológicas o trastornos relacionados con el grupo étnico al que pertenece el bebé.</p> <p>Como causas externas se considera lo relacionado a la exposición a posibles teratógenos durante el primer trimestre de embarazo.</p>
Muerte Neonatal	<p>Durante el seguimiento y atención del embarazo, algunos problemas que comprometen la supervivencia del bebé pueden anticiparse y no resultar sorprendidos para los padres ni el equipo médico. Sin embargo, en otros casos las situaciones que ponen en riesgo grave la vida del bebé aparecen inesperadamente durante el parto o en las primeras horas o días de vida del neonato.</p> <p>La mortalidad neonatal va según la ocurrencia, de forma inmediata si sucede dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento; mediata si va de las 24 a las 168 horas después del nacimiento o primer semana de vida extrauterina o tardía si ocurre de los 7 a los 28 días de vida extrauterina.</p>
Muerte del Prematuro	<p>La OMS define como prematuro al producto de edad gestacional menor de 37 semanas cumplidas con peso al nacer menor de 2,500g.</p> <p>Por lo que el peso hace una gran diferencia en las posibilidades de su supervivencia.</p> <p>La clasificación va de peso adecuado, bajo peso, muy bajo peso a bajo peso extremo (<1000g).</p> <p>La morbilidad asociada a bebés prematuros es elevada.</p>

	<p>Las causas principales se deben a patologías respiratorias, septicemia y asfixia.</p>
<p>Síndrome de Muerte Súbita en el Lactante</p>	<p>Llamada también “muerte de cuna” debido a que el lactante suele morir mientras duerme; se refiere comúnmente a la muerte repentina de un bebé menor a un año de edad, cuyas causas permanecen inexplicables aún después de una necropsia completa, la investigación de la escena de la muerte y la evaluación de la Historia Clínica Médica del bebé y su familia.</p> <p>Es de origen multifactorial, siendo la hipótesis más común que éste síndrome refleja un retraso en el desarrollo del despertar y del control cardiorespiratorio del bebé.</p>
<p>Hijos Cedidos en Adopción</p>	<p>La adopción trae consigo una historia marcada por la renuncia y por la pérdida, pues para ‘ganar’ primero habrá que ‘perder’ (una familia, un niño, un sueño).</p> <p>A pesar de que la decisión de ceder a un hijo en adopción pueda parecer certera y firme; generalmente implica para la madre biológica vivir un duelo por la pérdida de la presencia de su hijo en su vida, siendo entonces que la adopción solo es posible a través de una pérdida. Así que el acompañamiento emocional para la madre biológica es indispensable para hacer frente a la pérdida de los derechos totales sobre su bebé y las dudas que pueda enfrentar.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos de Álvarez et al., (2010); Barba & Carvajal (2012); García (2008); Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, (**s.f.**); López (2011); Monge & Montero (2010); Ovalle, Kararieka, Correa, Vial & Aspillaga, (2005); Sánchez-Pichardo (2007); Varney et al., (2006).

2.2 Duelo perinatal.

A lo largo del presente trabajo, hemos referido que el duelo perinatal conlleva circunstancias emocionales y de adaptación por las que la madre debe transitar ante la pérdida de su bebé durante la gestación, al momento del parto o durante el periodo reciente posterior a su nacimiento; es decir, hasta “el periodo posnatal” (Varney, 2006).

Por lo que sanar el dolor de la pérdida, sea durante el embarazo o no, representará vivir un proceso que le demandará a la mujer el concederse un periodo para darse el tiempo y la libertad necesarios para vivir, elaborar y poder resolver su duelo.

Según se aborda en la Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal (Umamanita & El Parto es Nuestro, 2009) las circunstancias del nacimiento son determinantes para la vivencia del duelo; así también que los padres reciban la información y el apoyo adecuados por parte del equipo de salud a cargo, con la intención de que ejerzan la toma de decisiones desde la información y logren mantenerse activos y participes del parto aunque su bebé haya fallecido; ya que sigue siendo su parto y su hijo(a) esperado.

A continuación abordaremos los aspectos clínicos, así como la respuesta emocional común ante la vivencia, pudiendo señalar los factores de riesgo que pueden derivar en la complicación del duelo perinatal.

2.2.1 Aspectos clínicos del duelo perinatal.

Para Mander (1994, en López, 2011) el duelo perinatal tiene características que lo diferencian de otro tipo de duelos, siendo determinante la proximidad que existe entre el nacimiento y la muerte; ya que en el momento en que la vida es protagonista, el contacto inesperado con la muerte representa un duro impacto, pues ocurre una alteración en la aparente ley de vida que supone que los padres no entierran a sus hijos.

Con la muerte de un bebé no solo se pierden proyectos futuros, sino también promesas y expectativas generadas entorno de una relación más simbólica que real; la cual se ha basado en necesidades y deseos proyectados en alguien a quien literalmente aún no se le conoce, por lo que perderle resulta impactante y trascendente (Pastor et al. 2013).

Antes de exponer las particularidades del duelo perinatal, partiremos de la aproximación general al duelo, recordando que tras cualquier tipo de pérdida, incluida la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta emociones, actitudes y conductas que hacen evidente su condición de doliente y que de forma general enunciaremos según sigue.

Al momento de conocer la noticia sobre la muerte de un ser querido, la persona presenta shock y cierta insensibilidad, se le percibe con aturdimiento y dificultad para funcionar con normalidad. Posteriormente vive un sentimiento marcado de añoranza, presentando irritabilidad, labilidad emocional y/o sentimientos de culpa. Seguido de ello, aparece la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con la presencia de una sensación de gran vacío y desamparo.

Si ha transcurrido un tiempo y el duelo no se ha elaborado aún, las personas alrededor cuestionan el porqué de la demora en superar la pérdida; por lo que la postura social llega a influir directamente en que se dé marcha a la reorganización, en la que sin olvidar la pérdida, se intenta rehacer la vida y se procura recuperar la capacidad de disfrutar.

Sánchez-Pichardo (2007) refiere que la pérdida perinatal también conlleva a sentimientos de incredulidad, rabia, apatía y pena abrumadora; que en muchas ocasiones generan que la madre o ambos padres se sientan con pocas alternativas para vivir su duelo.

Son múltiples las pérdidas que les supone la muerte de su bebé, ya que a ella se suman las proyecciones hechas sobre éste, en aspectos personales, sobre una etapa de vida, un sueño o una intención; inclusive el temor de un nuevo embarazo. Así mismo, la intensidad de éstas emociones les hace mantener la desconfianza ante permanecer en bienestar, trayendo consigo la sensación de estar en riesgo de enfermar o deprimirse.

Si las personas a su alrededor perciben dichas emociones; muchas veces los padres llegan a ser señalados socialmente por mantenerlas y probablemente serán cuestionados ante su imposibilidad de no haber resuelto rápidamente la pérdida y seguir adelante con su vida con la posible presencia de un nuevo bebé; por lo que no se sentirán sostenidos adecuadamente ni contarán con la aprobación de los otros para estar en duelo; aspecto en el que profundizaremos más adelante.

Ronald Knapp (1986, en López, 2011) distingue que los padres que viven el duelo por la muerte un bebé le dan sentido a la pérdida a través de hacerse la firme promesa de no olvidarle nunca, reivindicando su existencia mientras hacen frente a la presión del entorno para que lo olviden.

Así mismo, hacen manifiesto su deseo de morir y de mantenerse en unión con su hijo a través de la muerte y/o revitalizando sus creencias religiosas, tratando de buscar un sentido a la pérdida sin manifestar su enojo, sólo a través de la pasividad de la resignación.

Un aspecto preciso a considerar cuando se suscita la muerte de un bebé, es que en ocasiones las madres no cuentan con la alternativa para poder conocer, mirar y despedirse de él; siendo que necesitan comunicarse con sus “creaciones, con sus bebés nacidos muertos” (Northrup, 2010). Ya que de no hacerlo, los efectos emocionales ante lo inconcluso de la situación, pueden llegar a generar complicaciones en la elaboración del duelo.

A este respecto, la frase *“es mucho más fácil tratar con lo que “es” que con nuestras fantasías de lo que no es”* cobra sentido, pues en muchas ocasiones las acciones que ayudan a los padres a experimentar la realidad de la existencia de su bebé y así facilitar el duelo saludable incluyen hacérselo ver, tocarlo, sostenerlo, que sean alentados a ponerle un nombre, que permitan recibir algunos recuerdos o conceder ser asesorados para la realización de algún tipo de exequias; siendo lo anterior el punto alusivo para abordar el impacto emocional que representa el enfrentarse a la realidad de aceptar que su bebé ha muerto.

2.2.2 Respuesta e impacto emocional por duelo perinatal.

Desde la respuesta individual ante el duelo, es importante considerar los tipos de respuestas de afrontamiento, las cuales se enfocan a la valoración, la resolución de problemas o se centran en las emociones presentes; siendo las que permiten manifestar las necesidades a cubrir o las posibilidades con las que cuenta la persona en el preciso momento que transita por la pérdida.

Por ejemplo, una respuesta de afrontamiento focalizada en el tipo de resolución de problemas ante las situaciones que se generan durante la vivencia del duelo, podría mostrar que el mantenerse en actividad, como el ocuparse en la preparación del funeral; daría la pauta para lograr resignificar o dar sentido a la pérdida a través de sentirse útil, resolviendo en la medida en que se adapta a la situación de pérdida.

Los modelos de afrontamiento aportan al proceso de duelo la evidencia de la relación causa-efecto entre el evento estresante, el tipo de afrontamiento y el resultado del proceso de adaptación; es decir, si se ha perdido un bebé en gestación, serán los factores y situaciones personales los que van a influir en el proceso que lleve a la elaboración de su pérdida; siendo las respuestas de afrontamiento y algunas otras estrategias asociadas, las alternativas de manejo con las que los padres podrán contar para integrar la experiencia de la pérdida.

El impacto del duelo por pérdida perinatal, en la mayoría de los casos se determina por el momento en que la pérdida ha tenido lugar; por ejemplo, en una fase relativamente avanzada del embarazo, cuando ya se perciben los movimientos fetales.

Influye también que sea el primer embarazo; que el bebé sea deseado, planeado o no; que se trate de una gestación al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización; además de los factores psicosociales presentes, dependientes de la personalidad de la madre y su contexto familiar y cultural.

Dentro de la Guía Clínica de abordaje del Duelo Perinatal, Duarte et al., (2012) hacen mención como pauta común de respuesta ante el duelo, el cambio de valores como nuevas alternativas de enfrentamiento; es decir, la madre o ambos padres tratan de mantenerse con mayor tolerancia y actitud positiva ante la sombra de dolor por la pérdida de su bebé; sin embargo el éxito de ésta respuesta dependerá mucho de la presencia activa de su red de apoyo.

Bowlby (1986) y Payás (2010) refieren que ante una situación de trauma o pérdida, el ser humano necesita del contacto interpersonal, y esa conexión resulta vital para su supervivencia emocional.

Pues las relaciones interpersonales con las que cuenta la persona que pasa por un duelo, son las que le sostienen a lo largo de su experiencia de pérdida y van a ser esenciales en el manejo, la aceptación y resolución de su duelo; por lo tanto, la falta de apoyo social se considera un factor de riesgo importante para la evolución del duelo y de ello hablaremos más adelante.

2.2.3 Factores de riesgo de un duelo complicado por muerte perinatal.

Una de las variables que convierten el duelo perinatal en duelo complicado, tiene que ver con la circunstancia que nos ocupa en el presente trabajo; es decir, que ocurra una muerte súbita e inesperada durante la gestación, la cual traerá a ambos padres el aumento del sentimiento de culpa.

Puesto que las dudas estarán en ellos mismos y en las personas al rededor sobre la competencia de éstos y principalmente con respecto a las capacidades de la madre y por ende, repercutirá directamente en la capacidad de recibir contención emocional; ya que éste factor la disminuye significativamente y facilita la presencia de depresión materna ante la pérdida de un bebé (Tizón, 2004).

Podemos señalar como uno de los desafíos del duelo perinatal, además de la tarea de pasar por la vivencia del duelo, el que a la mujer le implicará el reconstruirse desde el no ser madre; por lo tanto, la falta de apoyo social, se considerará un factor de riesgo primordial para desencadenar en ella serios trastornos psiquiátricos; pues sumado a la profunda desorientación que genera la muerte de un hijo, resulta ser una de las principales causas para sufrir estrés postraumático, si es que tanto el manejo como la resolución del duelo no son los adecuados (Umamanita & El Parto es Nuestro, 2009).

De ahí que la presencia de la familia y las redes de apoyo que cuenten con información clara y empática, será muy significativa para que la mujer se sienta acompañada y no se le abandone desde el juicio y el desconocimiento.

Tizón (2004), refiere en su estudio que en diversas investigaciones se han identificado sentimientos predominantes en las mujeres ante el duelo perinatal; entre los más relevantes menciona la presencia de desesperanza, la pérdida de autoestima, la desconfianza ante ser o llegar a ser buena madre o el sentirse rechazada por los demás.

Además, de que la relación con su pareja se ve alterada por el habitual aumento en las tensiones cotidianas originadas por la vivencia del propio duelo y muchas veces acentuadas por la fantasía de ser acusada por éste como la responsable de la pérdida de su bebé, resultando un factor de riesgo importante.

Pues en ocasiones puede aumentar la posibilidad de que se presenten situaciones tales como la separación y/o el divorcio, sumando un duelo más al contexto de pérdidas o en otros casos podría aumentar la estabilidad o incluso la adhesión afectiva entre la pareja o con otros miembros de la familia, procurando el equilibrio y el bienestar.

López (2011), indica que, los estudios de Neugebauer et al., en 1992 y los de Athey & Spielviogel en 2000, coinciden en la identificación de factores de riesgo para un duelo perinatal complicado; refiriéndose a la presencia previa de padecimientos psiquiátricos en las madres, así como cursar con un historial actual de depresión; el no haber tenido hijos antes de la pérdida; el no contar con familiares cercanos o con una red de apoyo que le sostenga emocionalmente.

También resulta significativo el no contar o tener escasa información sobre las circunstancias de su pérdida; tener una historia de pérdidas perinatales recurrentes; no tener pareja o no tener una condición estable con la pareja actual y que la pérdida perinatal coincida con otros problemas vitales importantes como una enfermedad crónica.

Por su parte, Sánchez-Pichardo (2007) y López (2011), refieren concordantemente como alteraciones emocionales principales, presentes después de una pérdida gestacional, depresión, sintomatología depresiva correspondiente al duelo, trastorno de ansiedad o trastorno de estrés postraumático; siendo más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos en general, nulíparas o que han tenido abortos previos; por lo cual, se debe tener presente los rasgos que permiten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el duelo. (ver Cuadro 5)

Cuadro 5. Diferencias para el diagnóstico entre duelo perinatal y depresión.

Duelo Perinatal	Depresión
Evocan tristeza y empatía	Evocan distancia, impaciencia o irritación
Preocupación por el bebé perdido	Aislamiento y autocompasión
Pena al ver bebés y mujeres embarazadas	Recuerdos desagradables sobre el embarazo
Crisis de llanto	Idealización del feto muerto
Deseo de hablar de lo sucedido	Vergüenza y desvalorización
Autorreproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por el feto	Sensación de haber fracasado como mujer
Ideas de suicidio no son frecuentes	Ideas de suicidio frecuentes
Búsqueda de consuelo en otras personas	Abandono de relaciones sociales
Dolor por la pérdida	Desesperanza, desconsuelo
Soledad y vacío	Culpabilidad global

Fuente: López, (2011).

Así pues, el contexto de atención mejor estructurado, sugiere que en la medida en que se realice una intervención puntual, respetuosa y profesional en el momento de la pérdida de un bebé; se proporcionará a las mujeres un contexto de oportunidad para comprender la dolorosa situación por la que atraviesan.

El procurarles información útil y presencia y apoyo emocional; puede disminuir los riesgos de vivir un duelo complicado; sin embargo, el manejo que realice el equipo de salud presente durante la pérdida, resultará fundamental para alcanzar dicha meta, por lo que a continuación expondremos, entre otros puntos, la forma en la que el acompañamiento profesional brinda al duelo perinatal una validación y un entorno para ser autorizado y posteriormente elaborado.

Capítulo 3.

El papel del equipo de salud ante la muerte y duelo perinatal.

Como hemos visto a lo largo de éste trabajo, la muerte perinatal trae consigo un gran impacto emocional a quienes la transitan por lo que principalmente hemos hecho referencia a la experiencia de la mujer, quien desde el vínculo particular que establece con su bebé en gestación, deberá vivir el duelo y elaborar la pérdida, en el mejor de los escenarios, acompañada de su pareja, familia y red de apoyo cercana; razón por la cual es a ella a quien va dirigida la propuesta que más adelante abordaremos.

Una posibilidad alentadora a la efectiva resolución del duelo sería el acompañamiento informado y sensible por parte del equipo médico presente durante la pérdida del bebé esperado; sin embargo, las pérdidas perinatales son comúnmente desautorizadas, minimizadas y poco reconocidas (Doka, 2002), tanto en el contexto social como en el sanitario.

A lo largo de este capítulo, revisaremos el término de duelo desautorizado como explicación al contexto en el que se sitúan las pérdidas perinatales y como argumento al no reconocimiento del impacto trascendente que éste tiene en la vivencia del proceso de cada una de las personas relacionadas al bebé fallecido.

Destacaremos la importancia del equipo de salud y su papel determinante ante la desautorización del duelo, tanto en estas mujeres como en sí mismos y daremos lugar a la trascendencia positiva de las buenas prácticas y el adecuado manejo emocional dentro del acompañamiento al duelo perinatal.

3.1 La vivencia del duelo perinatal como un duelo desautorizado.

Cuando sucede la muerte de un bebé, el núcleo familiar se ve afectado. No solo son los padres, los abuelos, los familiares más cercanos, sino también amistades y en ocasiones hasta personas de la comunidad que se ven alcanzadas por el impacto de la noticia de la pérdida del bebé que apenas esperaban.

Tizón (2004) hace referencia a que la muerte de un hijo afecta la estructura del sistema familiar pues genera un conflicto entre la dificultad de expresar las emociones y la cohesión a la adaptabilidad del sistema; ya que modifica todos los elementos básicos de la dinámica familiar; por ejemplo, los sentimientos y fantasías ante la llegada del nuevo integrante; de ahí su contundente impacto sobre la estructura o sistema de la familia como un todo, por lo que es importante considerar las variables sociales y socioculturales atribuidas al nacimiento del bebé y al contexto del manejo de las pérdidas.

Por consiguiente, debemos recordar que cada sociedad tiene normas de conducta, de expresión de emociones y por lo tanto, normas particulares para vivir el duelo; y como lo revisamos con anterioridad, no debemos dejar de lado que éste se vive de forma individual; por lo que la experiencia personal de vivir el duelo, muchas veces va en desacuerdo con aquellas “reglas” impuestas socialmente; por lo que la experiencia de la persona ante la pérdida puede ser validada o no por los demás.

Hemos hecho mención que la muerte perinatal conduce a fuertes reacciones de duelo; pues los padres que se enfrentan a la muerte de su bebé en gestación, viven una situación que resulta devastadora.

En ocasiones, el duelo por el que atraviesan es enmarcado por la dificultad de reconocer abiertamente su propia pérdida, pues no les es posible expresar su sentir en público ya que su red social de apoyo no les sostiene adecuadamente, pues en muchos de los casos, se sigue considerando, tanto por el equipo médico, los familiares o la sociedad como pérdidas menores, razón por la cual se ven inmersos en un duelo desautorizado.

Lagrand (2011), menciona en su investigación que es necesario encontrar personas que entiendan la naturaleza de cada relación y legitimen el duelo que se experimenta para no añadir más dolor al ya generado por tratar de enfrentar la pérdida en solitario; si no que hay que hacer lo posible porque al rededor se sepa del propio sufrimiento; es decir, legitimar el dolor y la pérdida, propiciarán el contexto más efectivo para la vivencia y elaboración del duelo.

Durkheim (1915, en Doka 2002) hace referencia al luto, sobre el cual menciona que es una alternativa de expresión ante el dolor del duelo, ya que el luto no es un movimiento natural de sentimientos, sino es un deber impuesto por el grupo; al cual define a través de procesos como el reconocimiento social; por ejemplo con respecto a la vestimenta, característica que representa la vivencia de la pérdida; o a través de los rituales permitidos que se llevan a cabo para la expresión del dolor por la pérdida, lo que brinda el apoyo social ante la expresión del duelo.

Un ejemplo claro es el funeral, el cual es también un proceso del luto; pues se transforma en el vehículo de reconocimiento y/o aprobación del duelo y mediante el cual el apoyo social se extiende.

Sin embargo, en el contexto del duelo perinatal, muchas veces ni la vestimenta, ni los rituales, ni el funeral toman lugar, pues desde el grupo social, no hay un reconocimiento ante la validez de llevarlo a cabo, ya que el bebé que ha muerto era un proyecto de vida, no una realidad.

Lewis (1976, en Bowlby, 1997) hizo hincapié en señalar que las personas alrededor de quienes transitan por un duelo perinatal, deben tomar en cuenta medidas que generen un efecto sanador y ayuden al inicio de la elaboración del proceso de duelo. Algunas de esas medidas son que los padres puedan estar con el bebé cuando muere y después de la muerte, que se les aliente a mirarlo, tocarlo, tenerlo en brazos y otorgarle un nombre; así como realizar un funeral sencillo y brindarle un lugar de descanso.

No obstante, de no haber estas medidas, los padres deberán enfrentar algo que aparentemente no ha sucedido; lo cual hace alusión a que si los padres no tienen aparentes razones para expresar su dolor, de igual forma no tienen el derecho de vivir su duelo y llorar esa pérdida, por lo que estaríamos hablando de un duelo desautorizado.

Doka (2002) acuñó el término de duelo desautorizado a finales de la década de los años ochenta. Partió de integrar el duelo y la pérdida, sosteniendo que el derecho a vivir el duelo tiene que ver con la naturaleza de la pérdida y del tipo de relación; es decir, el duelo debe ser abiertamente reconocido, socialmente validado y públicamente visto para ser autorizado.

El duelo desautorizado intensifica las reacciones emocionales de enojo, culpa e impotencia ya que las personas en duelo no tienen oportunidad de verbalizar la pérdida o de recibir expresiones de solidaridad ni apoyo; por lo que muchas veces son señaladas o ignoradas socialmente.

En un inicio la propuesta de Kenneth Doka partía de tres grandes categorías, en las que situaba al duelo desautorizado ante la pérdida; sin embargo, recientemente agrego dos más (Doka, 1989; 2002); por lo que las categorías del duelo desautorizado y sus características van como sigue:

1. **La relación no es reconocida**; si el lazo entre el fallecido y quien vive su pérdida no es de tipo sanguíneo; **no** se reconoce, aunque se haya tenido una relación o vínculo cercano.

2. **La pérdida no es reconocida**; si socialmente no es definida como significativa.

3. **La exclusión del doliente o de quien vive el duelo** sucede si la persona no es validada socialmente como capaz de vivirlo.

4. **Sobre las circunstancias o naturaleza de la muerte** se determina si se restringe o se amplía la posibilidad de recibir apoyo del grupo social.

5. **Las formas individuales de vivir el duelo** determinan múltiples posibilidades de expresión desde los sentimientos más profundos.

Kenneth J. Doka clasificó dentro del duelo desautorizado al duelo perinatal a razón de que la pérdida perinatal se trata de una pérdida que no es abiertamente reconocida o expresada en público, por lo que desde lo social se deslegitima el vínculo con el bebé en gestación y se desautoriza socialmente la posibilidad de vivir el duelo (Doka, 1989).

A saber de estos elementos, el duelo perinatal va enmarcado en una relación no reconocida socialmente; ya que el bebé que ha muerto “no nació” y al parecer de muchos, nunca se tuvo una relación con él. Sumado a ello, las características de la pérdida muchas veces se ocultan a causa del profundo dolor que viven los padres, por lo que el duelo por la muerte de un bebé durante la gestación está catalogado dentro de los duelos desautorizados por las características que posee.

En el caso del duelo perinatal y de las buenas prácticas en el acompañamiento de éste, veremos más adelante las alternativas que autorizan o desautorizan la vivencia y la expresión del dolor, no sin antes revisar las implicaciones emocionales para quienes transitan por la pérdida de un bebé.

3.1.1 Los protagonistas del duelo perinatal.

Hemos hablado que el duelo perinatal se caracteriza por tener un gran impacto emocional en los padres, la familia y las personas cercanas a este núcleo; de igual manera, dicho impacto repercute en el personal de salud. A continuación abordaremos las implicaciones emocionales ante la vivencia de la pérdida desde estas perspectivas.

Señala Tizón (2004), que tras la muerte de un hijo, no sólo cambian las relaciones intrafamiliares, sino que la relación con la red social de la familia que protagoniza el duelo perinatal, queda profundamente alterada; ya que en la mayoría de los casos, los amigos y allegados no saben cómo responder y cómo apoyar a los padres ante la pérdida.

Es importante considerar que para la trascendencia de la vivencia del duelo perinatal en sus protagonistas, resultará determinante la manera en que se llevó a cabo el nacimiento del bebé y la forma de interacción que se mantuvo en todo momento con los profesionales de la salud; ya que éstos primeros momentos darán como resultado la clave para la vivencia posterior, no sólo desde el punto de vista emocional, sino también físico o somático.

En otras palabras, si el escenario de la muerte del bebé desde el contexto sanitario originó un ambiente de desautorización; es muy probable que el grupo social cercano mantenga dicho entorno.

A continuación, expondremos las circunstancias relacionadas a las personas que principalmente transitan por un duelo perinatal; siendo **la madre** la principal protagonista; pues es ella quien necesita recibir desde el primer momento información precisa, completa e imparcial sobre la circunstancia médica que atraviesan ella y su bebé; ya que necesita saber a qué se enfrenta y con qué opciones cuenta; cuáles son las razones que el médico considera para sugerirle que la opción que le brinda es la mejor; y por encima de todo, decidir por sí misma si es esa opción la que realmente se ajusta más a sus necesidades reales.

Por ejemplo, cuando es el caso que ha transcurrido cierto tiempo de no registrar latido cardiaco del bebé; el equipo médico deberá plantear a la mujer la decisión de inducir el parto o ser sometida a una cesárea, haciendo de su conocimiento cuál es el método que resultará menos invasivo para su salud física y emocional, con la intención de que ella elija y su decisión sea respetada.

Puesto que en términos de parto normal y de salud materno-fetal idónea, se ha constatado en diversas ocasiones que los profesionales a cargo tienden a infantilizar a la mujer, tomando e imponiendo su criterio sin considerar sus deseos y necesidades; resulta muy complicado esperar que en la pérdida gestacional ocurra algo diferente.

Al respecto, Pérez (2015), puntualiza que es común que las mujeres no reciban el trato que merecen para ser acompañadas durante este difícil proceso; siendo los juicios, las culpas, las responsabilidades y hasta el abandono social, algunos de los “castigos” que les adjudica el grupo cercano después de una pérdida y en ocasiones, les deposita exclusivamente la problemática por la cual deberán de saldar cuentas ante tal cometido.

Sin embargo, al existir empatía por parte del equipo de salud, para comprender los sentimientos y necesidades de la madre; el actuar de forma ética y brindarle el “empoderamiento” a través del conocimiento en un momento tan delicado; la elección que tome la mujer se logrará desde un contexto de respaldo y respeto, adecuándola a los tiempos y consideraciones afectivas que le sean necesarias.

Tomar en cuenta dichas consideraciones, permitirá que quienes estén a cargo de su cuidado, ya sea el equipo de salud o su red familiar, tengan presente que éste momento álgido que vulnera a la mujer emocionalmente, le implica un gran trabajo emocional para lograr la efectiva toma de decisiones.

Al respecto, Álvarez et al., (2010), sostiene que la estructura afectiva de la mujer gestante que se enfrenta a la pérdida de su bebé, mezcla todo un conjunto de sentimientos que complican tomar decisiones y le representan cierta incapacidad para comprender lo sucedido; generando que el inmenso dolor de la pérdida se confunda con la engañosa necesidad de desear ‘pasar la página’ urgentemente para mitigar ese mismo dolor.

Por su parte, Tizón (2004), refiere que la confusión y sentimientos de culpa que la mujer presenta, le son difíciles de gestionar; pues el identificar que su cuerpo reacciona fisiológicamente para que su bebé nazca sin vida y no poder hacer nada para evitarlo, le produce un profundo dolor, desconcierto, incapacidad, descontrol y frustración.

En consecuencia, reconocer, validar y atender las circunstancias afectivas que conciernen a la madre en los duros momentos por los que atraviesa cuando pierde a su bebé en gestación; le proveen de escenarios en donde la toma de decisiones y el manejo de su proceso puedan tener lugar.

Por lo que también será prioritario procurar los espacios ideales para que quienes anhelan tener en los brazos a su bebé muerto, lo lleven a cabo y que dicho deseo no se vea frustrado por las reglamentaciones hospitalarias; ya que ésta oportunidad facilitará la vivencia del duelo y propiciará su 'autorización' desde un principio.

Lewis (1976, en Bowlby, 1997) señala en uno de sus estudios que al alentar a una madre para que tocara a su hijo, un bebé prematuro que murió en la incubadora diez días después del parto, ésta accedió muy emocionada lo miró, lo cargó, lo besó e interactuó con él unos momentos, para poco tiempo después tranquilizarse, despedirse de él y devolverlo a la enfermera; esto significó la despedida que la madre necesitaba para elaborar posteriormente y desde otros recursos la aceptación del duelo por la muerte de su bebé.

Con anterioridad hemos mencionado que el apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo. Para López (2011), el apego está presente desde que la mujer fantasea con la maternidad y su momento más significativo se presenta cuando nota al bebé moverse en su vientre.

Sin embargo, el apego paterno es más intelectual que emocional o físico; ya que para el padre, momentos como estar presente durante la ecografía, le vinculan realmente con el bebé que esperan, por lo que las diferencias de vinculación y apego se reflejarán en el duelo de cada uno, con diferente estilo y ritmo, si es que el bebé muere.

Partimos entonces de las circunstancias alrededor de otro de los protagonistas del duelo perinatal, **el padre**; quién desde esos parámetros intelectuales, se pregunta y cuestiona el motivo de lo ocurrido.

Desea saber cómo consolar a su pareja y siente culpa por solo importarle ella y su bienestar por encima del bebé por el que ya no se puede hacer nada más; además de preocuparse por la posibilidad de lograr un nuevo embarazo o si lograrán tener otro hijo en el futuro.

Su reacción viene dictada por las responsabilidades que debe asumir; ya que socialmente se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar los funerales del bebé; por lo que es común en el varón la negación de su propio duelo, en muchos de los casos, por largo tiempo; dando lugar a un sentimiento desbordado por la pena de su esposa. La emoción que tiene más presencia en el padre es el enojo, por lo que muchas veces dirige su rabia al personal sanitario.

Una reacción posterior suele ser la hiperactividad, como lo es volcarse en el trabajo; además de realizar cambios en sus rutinas con la intención de evadir los sentimientos que están presentes. El padre generalmente vive su pena en secreto y la lleva en solitario; ya que como a él no se le culpabiliza, a diferencia de la madre, no necesita del apoyo externo y puede solo.

Así pues, Jhonson (1996, en López, 2011), menciona que cuando las demás personas reparan en él es para preguntarle por su pareja, ejerciendo así un rol de mero acompañante, nunca de doliente; generándole incomodidad cuando se le pregunta por sus sentimientos, por lo que evita los cuestionamientos que evidencien sus emociones; pues aunque necesite ayuda y de cierto modo considere que debe confiar su pena a alguien, preferiblemente otro varón, no busca ese espacio de confianza y apoyo.

Conforme pasa el tiempo, puede plantear a su pareja tener relaciones sexuales con el propósito de crear un entorno de cercanía e intimidad; lo que muchas veces es considerado inadecuado por la pareja, pues llega a interpretarlo como una muestra de insensibilidad y en un momento dado ser la razón de originar en la pareja no solo distancia física, sino dificultad en la comunicación si no se aclara el hecho. Pues partimos de que ambos tienen su propio ritmo y modo de afrontamiento y situaciones como éstas facilitan la aparición de conflictos de pareja.

Es importante considerar que muchas parejas que viven la pérdida de un bebé durante la gestación son padres de hijos mayores; por lo que haremos una breve mención en este apartado sobre algunas de las circunstancias emocionales que sufren los **hermanos mayores** ante la pérdida de un hermanito por nacer, ya que en muchas ocasiones son relegados del proceso de duelo a consecuencia de la sobreprotección por parte de sus padres, cuya intención es evitarles sufrimiento.

La reacción de los hermanos mayores depende de la edad, género, rasgos de personalidad, lugar en la fratria y de los aspectos culturales y religiosos que predominen en el entorno familiar.

La propuesta que hacen Varney et al., (2006), es que a los hermanos mayores se les debe decir la verdad acerca de la muerte de su hermanito, aún si la pérdida del bebé llega a ser en etapas muy tempranas del embarazo; de modo que puedan recibir una explicación ante la expresión de sentimientos de sus padres y puedan reconocer y dar lugar a su propio proceso de pérdida, participando de los rituales de despedida de su pequeño hermano.

Por su parte, **los abuelos**, son protagonistas notables desde su doble sufrimiento ante la pérdida perinatal, pues al mismo tiempo que sufren por el duelo de su hija(o), viven su propio sufrimiento por la pérdida de su pequeño nieto.

Los abuelos consideran que sus nietos contribuyen a fortalecer los vínculos con sus hijos, por lo que les resulta primordial estar presentes y brindar el mayor apoyo a éstos últimos; cumpliendo así un papel de gran importancia en el entorno familiar mientras se transita por la pérdida.

En ocasiones puede aparecer el discurso de desear haber sustituido al nieto que han perdido, pues consideran injusto que una vida que estaba iniciando se vea desperdiciada frente a la suya, ya vivida, la que en muchas ocasiones consideran en conclusión.

La tarea de los abuelos se centra en ayudar en tareas cotidianas y acompañar a sus hijos y nietos mayores, si los hay; en brindar cuidado en la medida de sus posibilidades, pero no asumir un papel activo en toma de decisiones; pues sus hijos, aunque inmersos en un gran dolor, son adultos y deben mantenerse a cargo de hacer los ajustes para transitar por su propio proceso.

Por otro lado, la pérdida reciente puede acercar a la madre en duelo a su propia madre; siendo una oportunidad para que juntas resignifiquen la pérdida, fortaleciendo en el entorno familiar el legado del bebé que es amado, que vivió y que siempre importó (Umamanita & El Parto es Nuestro, 2009).

Por último, es muy importante tomar en cuenta que la pérdida de un nieto posibilita activar el duelo por antiguas pérdidas de embarazos propios; por lo que los abuelos deberán estar atentos de sus necesidades al respecto.

Dentro del rol de protagonistas que experimentan de forma directa el duelo perinatal, además de los integrantes del núcleo familiar del bebé, debemos incluir al **personal de salud** a cargo de la atención directa de la madre y del bebé y que interactúa con la familia; es decir, personal médico, de enfermería y/o acompañantes al parto como lo son educadores perinatales, asistentes al parto o Doulas; ya que son quienes tienen una relación activa durante su gestación y/o acompañan en el momento del nacimiento de un bebé muerto; por lo que su conducta, abordaje y presencia sobresalen e impactan en la vivencia del duelo, principalmente de la madre.

Pastor et al. (2011) destacan en su estudio el lugar que tienen el significado y creencias que el personal de salud atribuye al momento de la gestación en que ocurre la pérdida; ya que exponen que el impacto sobre la pérdida y en el proceso del duelo de los padres es mayor en la medida en que el parto está cerca pues, tanto al personal de salud, como a los padres les cuesta mucho poder asimilar cómo un bebé a punto de nacer pueda morir.

El personal de salud considera que las pérdidas tempranas; es decir, antes de la semana 20 de gestación, a diferencia de la muerte de un bebé cercano a término, representa la pérdida de ilusiones y expectativas y de cierto modo, al ser una situación común para el personal sanitario, no le otorgan la importancia que tiene; en cambio, las pérdidas tardías, consideradas entre la semana 20 de gestación y hasta el nacimiento, resultan ser estimadas como una experiencia muy dolorosa para los padres.

Así mismo, resulta importante destacar la gran dificultad e incomodidad que representa para el personal de salud el explicar la pérdida de un bebé a los padres; sobre todo cuando muchas veces fueron ellos mismos quienes en semanas previas les habían confirmado la salud de su embarazo.

No obstante las consideraciones y el sentir del personal de salud, resulta prioritario reflexionar al respecto de su idóneo proceder con respecto del manejo ante una muerte en el entorno perinatal, por lo consiguiente abordaremos dicho aspecto como sigue.

3.1.2 El equipo de salud y su quehacer ante la muerte perinatal.

En general, nuestra sociedad no nos enseña a relacionarnos con el momento de la muerte y sus circunstancias, así que cuando toca enfrentarnos a ella, lo hacemos de manera dolorosa y aislada, muchas veces sin el apoyo de nuestras amistades, familiares o incluso del personal de salud capacitado para brindar información y atención ante esta disyuntiva.

Sumado a ello, en las instituciones de salud como clínicas y hospitales, tanto públicos o privados, encontramos poca capacitación, actitudes de indiferencia y poca empatía cuando se suscita una pérdida, sobre todo si es de tipo perinatal; pues, como ya lo mencionamos, en muchas ocasiones para el equipo de salud, se trata de un procedimiento médico más en su agitada atención diaria; mientras que para las mujeres lo importante es dar lugar y respetar la pérdida pudiendo manifestar la necesidad de contención, cariño y seguridad.

El manejo que lleva a cabo el equipo de salud dentro del ambiente hospitalario, juega un papel crucial cuando sucede una muerte perinatal; ya que la forma en que los profesionales de la salud confirman la noticia a la madre, al padre o a la familia, sea desde la empatía o desde la indiferencia ante su dolor; será la clave que les permita o no contar con la posibilidad del contacto con el cuerpo del bebé, siendo determinante tanto en la etapa inicial del proceso de duelo por la muerte de su bebé como para su efectiva elaboración.

La primera responsabilidad de los proveedores de salud, tanto personal médico, de enfermería, educadores perinatales, acompañantes al parto o Doulas, y demás personal sanitario que se encuentre a cargo de la atención materna y del bebé ante una pérdida, es compartir la información que va suscitándose a cada momento con los padres.

Ellos son quienes pueden darse cuenta al instante cuando algo no está bien con respecto al bebé, siendo la sutileza de la inquietud en el ambiente, la tristeza inusual en los que asisten a la madre y generalmente el silencio, lo que le confirma a esta que las cosas no van bien; así que la familia y principalmente la madre tiene derecho a tanta información como se posea, en ese momento, no después, ya que la verdad y la realidad son más compasivas que la tranquilidad falsa o la ocultación.

Así que los proveedores de salud, en un escenario idóneo, deberían estar capacitados para el manejo emocional adecuado, además de tener disposición para acompañar la expresión del dolor de la madre y familiares, pudiendo crear un ambiente seguro para ello; lo que significaría contar con los recursos necesarios para generar un espacio íntimo, tomarse el tiempo para estar con ellos, compartir su pesar, escucharles y si lo necesitan, estar presentes mientras lloran.

En seguida, haremos una breve reseña de lo referido en diversos estudios a propósito del desempeño del personal sanitario con respecto al manejo inmediato realizado frente a una pérdida perinatal.

Dentro de la práctica asistencial, según describen en su estudio Pastor et al., (2011), la tendencia habitual de los profesionales de salud a cargo suele centrarse en los cuidados físicos de la madre, evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su propia angustia y negando la gravedad de la pérdida con su actitud.

Refieren también que se hace evidente la carencia de estrategias, destrezas y recursos con los que deberían contar como profesionales para afrontar dichas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres; por lo que plantea que el personal no es consciente de que una actitud profesional inadecuada puede incidir en la correcta evolución del duelo de los padres, además de sentirse poco preparados para establecer una relación empática; así que a este nivel, la muerte es un tema tabú y provoca en el equipo la presencia de sentimientos negativos como frustración, decepción, derrota y tristeza.

Por su parte, Álvarez et al. (2010), refieren que el manejo por muerte perinatal llega a ser para el área de ginecología un evento ordinario y habitual, mientras que para la madre resulta aterrador e inesperado; pues la mujer estaría asustada por el dolor físico o por la tristeza y experimentando impotencia por imaginar que todavía fuera el tiempo para poder hacer algo y así evitar la pérdida de su bebé. Esto último la hace encontrarse especialmente sensible y vulnerable a las palabras y gestos del personal médico en caso de tratarla como un caso más de rutina.

Al respecto, Oviedo-Soto et al. (2009), mencionan que cuando sucede una muerte perinatal, al personal de salud le resulta difícil testificar dicha muerte; pues les implica, además de ejercer su desempeño cotidiano, enfrentar cuestiones emocionales, muchas veces propias, y ante eso no se sienten preparados, ya que aunque hayan sido entrenados para curar y aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza, negando con estas actitudes esta vivencia.

Defey, Rosello, Friedler, Núñez y Terra (1985), señalan que el personal de salud necesita preparación emocional para apoyar a mitigar el duelo materno en una mujer que ha perdido a su hijo al nacer. Así también, para afrontar el duelo de los padres con respeto y acompañarles de forma efectiva, pudiendo lograr, no solo salvaguardar, la salud física y psíquica de los padres, sino también la propia.

Duarte et al., (2012) mencionan que el equipo médico en ocasiones tiende a infravalorar e incluso negar el proceso de duelo ligado a dichas muertes; lo que en ocasiones se debe a la falta de formación, conocimiento y recursos, que hace en ocasiones que el personal sanitario tienda a mostrarse frío y/o distante, por lo que resulta necesario que tenga los elementos suficientes para saber qué decir o hacer en virtud de favorecer un duelo no patológico en las mujeres bajo su atención.

Es decir, ante la muerte de un bebé, el profesional debe usar sobre todo su sentido común y compasión, ya que si las personas en duelo están satisfechas en la forma en como el personal de salud a cargo se comunicó con ellas seguramente podrán superar mejor el duelo.

En consecuencia, resulta conveniente que previo al nacimiento de un bebé que ha muerto, el personal de salud ofrezca a los padres su apoyo para que puedan enfrentarla.

Deben respetar la decisión de éstos de recibir o no la ayuda psicológica o espiritual que se les ofrezca, pues tanto la autonomía de la madre como la del padre son el principio que el personal de salud debe respetar y deben tener claro que la toma de decisiones sobre el bebé sin consentimiento de la madre o los padres no es papel que les corresponda.

Por otro lado, la información que se brinde a éstos sobre la muerte de su bebé debe ser comprensible y exhaustiva; planteada desde una forma respetuosa, informada y cálida y en el mejor de los escenarios, debe proporcionarse en un ambiente privado y de respeto.

Particularmente, una de las principales dificultades a las que se enfrenta el profesional a cargo del manejo de la muerte perinatal es el momento de comunicar la mala noticia; ya que la responsabilidad de informar a los padres dolientes es motivo de una gran ansiedad; pues tanto el médico, la enfermera o la Doula, identifican el reto de ofrecer la atención individualizada que la madre requiere y de cierto modo desconocen la posible contribución o impedimento que generaran en ellas para el inicio de un buen duelo.

De ahí que, los profesionales de la salud a cargo, ejercen un papel crucial en la manera en que se define la experiencia de la pérdida para los padres; pues sin saberlo de forma clara, tienen un gran compromiso para facilitar el reducir el impacto y trauma asociado, y con ello las posibles secuelas psicológicas de la misma. Ya que al no dar lugar al silencio que se produce en torno a la pérdida mediante la validación de los sentimientos de la mujer y la evitación de la medicación para controlar o anular las emociones naturales del momento; la sensación de incapacidad posiblemente presente en todos los involucrados tenderá a desaparecer en la medida en que las emociones tanto de la mujer como del resto sean visibilizadas y ello permita hacerse cargo a través del poder hacer.

Al momento del encuentro con los padres, el personal debe escucharles atentamente, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo; se les debe brindar la oportunidad de estar con el bebé, de abrazarlo, de hablarle y de otorgarle un nombre y si es el caso facilitarles el espacio para bautizarlo.

Así mismo, se le debe informar a la familia sobre la necesidad o no de realizar la autopsia y de ayudarlos u orientarlos acerca de los trámites funerarios; como también será de suma importancia referirles con profesionales en manejo de terapia de duelo.

De forma particular, Pastor et al., (2011), hacen referencia que la práctica asistencial, los sentimientos que despierta la pérdida y el significado y creencias sobre la pérdida y el duelo perinatal que experimenta el equipo médico; son los ejes principales para trabajar y fortalecer en ellos, partiendo de la formación sobre el manejo de duelo perinatal, la generación de estrategias emocionales, el diseño e implementación de guías de actuación, el trato desde la sensibilización, asertividad, humanización y la práctica basada en la evidencia; los cuales brindaran un escenario favorable y distinto en el tema principal que es la práctica asistencial.

Sabemos también que la forma abierta, honesta y empática por parte del profesional de la salud para recibir los sentimientos, lamentos y/o palabras de la persona a la que está atendiendo, se suman a la anticipación de las situaciones que pueden resultar estresantes; dando como resultado el mejor antídoto para enfrentar la ansiedad o el dolor de un paciente.

Varney et al., (2006), hacen hincapié en que siempre resulta difícil para el equipo de salud involucrado en el nacimiento de un bebé sin vida, o para quien a pesar de su duelo ha asistido a las familias que viven su propio pesar; no cuestionar sus propias habilidades, recursos y acciones; por lo que es de suma importancia mirar que por su parte, el equipo de salud vive su propio duelo ante la atención de una pérdida perinatal.

Así mismo vale reconocer que muchas veces viven también un duelo desautorizado, por lo que de igual forma necesitan que alguien les reconozca, legitime su duelo y reparare en procurar sus emociones y necesidades.

Dentro de este apartado, hemos expuesto la importancia del efectivo y afectivo seguimiento por parte del personal sanitario para la mejor vivencia del duelo de las mujeres que transitan por el momento de confirmar la muerte de su bebé en gestación

A continuación abordaremos lo referente a un cuidadoso y profesional acompañamiento; además del cuidado que debe tener el personal de salud para su propio manejo de emociones.

3.2 Acompañamiento a procesos de duelo perinatal.

La presencia, la intervención y el seguimiento a las mujeres y familias que viven duelo perinatal, resulta una tarea ardua y de gran impacto en el desarrollo de la resolución del duelo, por lo que en el presente apartado profundizaremos en las alternativas de atención profesional, actualizada y especializada para un manejo idóneo del duelo familiar, incluso hacia lo profesional.

A lo largo del presente trabajo, hemos hecho mención sobre los aspectos clínicos, la respuesta emocional, los factores de riesgo y la repercusión de la actuación del personal médico en la vivencia de la muerte perinatal y por consiguiente resulta importante considerar las implicaciones clínicas del impacto emocional ante el duelo perinatal.

Es decir, las circunstancias que enmarcan ciertos trastornos de ansiedad que aumentan tras la muerte perinatal, para disminuir después de las 12 semanas posteriores en términos generales; pero sobretodo que despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.

Las estadísticas refieren que factores de riesgo como el trastorno por estrés postraumático generado por la vivencia del duelo perinatal, se presenta hasta en el 25% de los casos durante el mes posterior a la pérdida o hasta en el 7% cuatro meses después (Bier, 2004; Toedter, Lasker & Aldaheff, 1998; en López, 2011). Lo que nos confirma que el acompañamiento profesional debe ser procurado para todos los casos de duelo perinatal dentro del menor tiempo posible después de acaecida la pérdida, pues esto evitaría situaciones como el que la mujer llegue a desarrollar serios trastornos psiquiátricos como ataques de ansiedad, fobias, pensamientos obsesivos y depresión profunda uno o dos años después de la muerte de su bebé (Cullberg, 1980; en Bowlby, 1997).

La probabilidad de que se originen serios problemas en los padres, sobre todo en la madre, llega a ser muy alta si no se lleva a cabo un trabajo de resolución del duelo; ya que es muy alta la posibilidad de que la madre vivencie como una dificultad el tener otro hijo.

Por ejemplo, Pastor et al., (2011), refieren en su estudio que un 20% de las madres sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad hasta un año después de la pérdida, pudiendo llegar a desarrollar desórdenes psiquiátricos que pueden afectar tanto en embarazos posteriores como en la relación con su siguiente bebé.

Reconocemos que abordar la pérdida perinatal es una tarea delicada, dicha experiencia no genera indiferencia en los profesionales que no han sabido cómo comportarse, acompañar o cuidar a una mujer y a su pareja cuando han sufrido la pérdida de su bebé; por lo tanto, es necesario saber cómo se interpretan y se abordan las pérdidas perinatales, las percepciones alrededor y el impacto ante la no intervención.

Ante lo anterior, Doka & Davidson (2001) señalan que la familia necesita tanto de buenos servicios profesionales como de apoyo informal; es decir, la presencia de personas que brinden tiempo y escucha, para el cuidado de sus necesidades emocionales al atravesar su duelo; por lo que a continuación nos referiremos a las estrategias de abordaje al manejo del duelo perinatal identificadas hasta el momento y las cuales serán consideradas para más adelante dar estructura a nuestra propuesta de intervención.

3.2.1 Buenas prácticas en el acompañamiento profesional por duelo perinatal.

Con respecto a las buenas prácticas de acompañamiento e intervención del duelo perinatal, partimos de la presencia y utilidad de elementos como la escucha empática y la observación atenta y consciente.

De gran importancia resulta el no ejercer juicios así como el identificar el significado de la pérdida perinatal en el contexto familiar; con la intención de intervenir de forma activa desde el dar lugar al propio trabajo como una opción de atención ante el duelo perinatal.

Por consiguiente, lo anterior debe integrarse a las reglas de actuación profesionales del personal encargado de acompañar a los padres en duelo; sumado a lo que Doka & Davidson (2001), proponen en su investigación con respecto a la resolución del duelo, pues consideran que brindar una consulta profesional especializada partiendo de proporcionar una asesoría adecuada y dando herramientas que faciliten la expresión e identificación de emociones, hará la diferencia para lograr el objetivo aspirado.

También hacen mención, que posterior a la intervención y la atención competente, deben testificarse los cambios logrados; pudiendo así, reconocer y celebrar avances que constaten la resolución del duelo.

Así que, al conocer y priorizar las buenas prácticas por parte del equipo de salud a cargo de la madre que recientemente ha perdido a su bebé y tomar en cuenta los principios básicos para la intervención o asesoramiento en procesos de duelo arriba citados y aplicados específicamente al manejo del duelo perinatal, podremos hablar de un esquema de intervención especializado.

A lo largo del presente trabajo hemos ido bosquejando un esquema de intervención desde el abordaje ante la presencia de emociones a causa del impacto por la muerte de un bebé, así como la dificultad de enfrentarse a un duelo desautorizado socialmente; por lo que a continuación, nos centraremos en las alternativas más objetivas que la literatura especializada ha señalado en cuanto a la mejor posibilidad de acompañamiento ante las pérdidas perinatales.

La Guía Clínica de abordaje del duelo Perinatal (2012) señala como cualidades necesarias en el personal de salud la compasión, la honestidad, la empatía, la paciencia, el entendimiento y la comunicación.

Siendo ésta última llevada de forma ética, facilitando el establecimiento de la empatía y la confianza con la madre y la familia en crisis; pues es de relevancia que los padres no se sientan abandonados durante ese tiempo.

Por esta razón, la guía propone que la comunicación y la interacción entre los profesionales y los padres se base en el uso de la clave LAST (por sus siglas en inglés), apuntando los aspectos a considerar según se expone:

- **L (Listen). Escucha** para apoyar en lo individual. Se debe facilitar que digan y repitan su historia y desde la escucha activa repetir su discurso; es decir, los padres deben saberse escuchados y lograr escucharse a sí mismos.
- **A (Acknowledge). Reconocimiento** que valida lo inaceptable de la muerte; permitiendo ser empático y admitir lo que sienten los padres.
- **S (Support). Apoyo** brindado desde la compasión para responder ante las preocupaciones o inquietudes sobre la muerte del bebé; partiendo de la honestidad para construir confianza y empatía con los padres dolientes.
- **T (Touch). Contacto.** A través de la comunicación no verbal, el lenguaje corporal, el tacto, la postura, el contacto visual, la actitud, el tono de voz, la expresión facial, a través de un abrazo o dar la mano con la intención de conectar con los padres y acompañarles en su sentir.

Igualmente, dichas habilidades de comunicación y abordaje para con los padres y familiares, resultaran de suma utilidad en los tiempos para dar la noticia, así como para la preparación previa al momento del parto o cesárea y para hacer frente a sus implicaciones.

Es decir, si hablamos de que la mujer debe parir a su bebé sin vida y su parto será vaginal, se debe generar un tiempo de espera entre el momento en que la madre / los padres reciben la noticia y el tiempo en que sucede o se induce el parto, siempre que la situación clínica de la mujer lo permita.

Éste intervalo facilita asimilar la muerte, permite a los padres organizarse y tomar decisiones; como el contactar con los familiares y amistades de los que necesiten les apoyen o el poder decidir sobre cómo quieren que sea el parto y la despedida.

Según refieren Varney et al. (2006), posterior a la confirmación y comunicación a los padres de la muerte de su bebé, la conducta médica implicará aguardar de forma expectante el comienzo del trabajo de parto, el cual se atribuye a el desencadenamiento fisiológico a causa de la interrupción del funcionamiento placentario posterior a la muerte fetal.

Por lo que se debe monitorear a la madre con pruebas sanguíneas periódicas y de no llegar a los niveles esperados, se procederá a realizar la inducción del trabajo de parto para posteriormente decidir sobre una autopsia o un entierro. No obstante, la decisión de inducción o esperar a que ocurra de manera espontánea la activación del trabajo de parto, dependen únicamente del deseo de la mujer y su pareja.

Hacemos hincapié en que los padres necesitan un entorno seguro y tranquilo en el que puedan abrirse y compartir sus sentimientos, manifestar sus emociones desbordadas por la pena, por la frustración y por la impotencia, tanto entre la pareja como de forma próxima con sus seres queridos; por lo que en la medida en que sea permitida la presencia de su red de apoyo, podrán expresar su dolor y se sentirán acompañados en cercanía y apoyados cálidamente.

Por lo tanto es muy importante hacer consciencia de que el personal de salud encargado, de cierto modo, representa una autoridad para las mujeres y sus familias.

En consecuencia, sí desde el equipo de salud se permite el contacto entre la madre, la familia y el bebé; dejando de lado las actitudes protectoras y paternalistas que anulan la expresión ante el duelo y mantienen la creencia de que el personal sanitario sabe lo que más le conviene a la madre, al bebé y demás familiares involucrados; se favorecerá una condición idónea para transitar el duelo perinatal de forma “autorizada”, como un proceso que seguirá su curso desde lo que cada persona necesite.

Así pues, Pastor et al. (2013), confirman como buenas prácticas dentro del abordaje del duelo perinatal, la acogida, el acompañamiento y el buen trato a los padres; el comunicar de forma sensible las malas noticias y el brindar la información del diagnóstico médico de la pérdida perinatal.

También proponen que el equipo médico debe contar con alternativas de atención para las reacciones y/o respuestas frente a la pérdida por parte de la madre, el padre y demás familiares que acompañen, además de procurar la mejor asistencia posible al parto como la administración de analgesia durante el trabajo de parto.

En relación con la atención al parto de un bebé muerto, la estrategia que sugieren es la humanización de todo el proceso a través de la disminución de las intervenciones innecesarias; respetando las decisiones de la mujer y su pareja en cuanto a la intimidad, con respecto al acompañamiento y al plan de parto; así como la procuración cuidadosa y respetuosa del cuerpo del bebé.

Con anterioridad mencionamos aspectos referentes al parto humanizado, los cuales resultaran de gran valía para hacer frente al parto de un bebé sin vida; por lo que, en la medida de lo posible, deberán de tener lugar condiciones en las que la mujer debe sentirse cómoda físicamente y estar bien informada; así como ser respetados los tiempos fisiológicos de este, pues mientras ella viva menos intervenciones su recuperación física será más pronta; lo que traerá consigo una diferencia en el impacto emocional que la situación conlleva. También resultará significativo que el personal médico a cargo cuente con la apertura ante las necesidades de la mujer para brindarle o no analgesia o facilitarle su postura ideal durante el parto.

En el estudio realizado por Pastor et al. (2013), revelan que cuando ocurre una muerte perinatal y se da la opción a la mujer y a su pareja de decidir cuestiones sobre la inducción del trabajo de parto, la evitación de la sobre sedación, el control del dolor o la postura idónea durante éste; de cierto modo se está contribuyendo al normal desarrollo del trabajo de duelo, puesto que ambos se están haciendo cargo activamente de su proceso y éste está siendo respetado; siendo importante subrayar que no existe solo una decisión correcta ante estas cuestiones, pues las alternativas ideales serán tantas como las propias mujeres y sus trabajos de parto al experimentar una pérdida perinatal.

En otro estudio, Pastor et al. (2011), señalan que es vital respetar la decisión de los padres respecto a ver y tocar a su bebé, pues solo los padres son los que deciden las circunstancias en las que deben despedirse de él, en qué momento verlo y tocarlo y quiénes serán las personas (p.ej. los abuelos o los tíos) que podrán estar presentes acompañándoles o participando de la despedida; indicando que muchas veces el personal sanitario apoya dicha alternativa pues prefiere que alguien más de la familia vea el cuerpo del bebé para evitar suspicacias sobre si realmente estaba muerto.

Las recomendaciones procedentes de la literatura científica evidencian que los proveedores de salud y las instituciones deben de llevar a cabo la tarea de quitar prejuicios e informar a los padres para una efectiva toma de decisiones al respecto de la pérdida de su bebé.

Por lo que es prioritario que de antemano cuenten por escrito con las acciones a seguir relativas al buen trato ante las pérdidas perinatales, partiendo de la posibilidad de que las mujeres estén acompañadas por una persona de su confianza todo el tiempo.

Además de tener un protocolo de manejo a la atención al rededor del bebé que ha muerto, de preferencia destinar también un espacio apropiado, como lo es una habitación asignada, con señalización adecuada y gentil o un espacio con privacidad en donde la madre pueda mantenerse; para que junto a sus familiares den rienda suelta a sus sentimientos y puedan estar con su bebé fallecido si así lo desean, dentro de un ambiente íntimo y respetuoso; con el objetivo de que el personal a cargo o cercano, tenga la claridad del deber ser aveniente y respetuoso ante la mujer que vive la pérdida de su bebé y quienes le acompañan.

El personal debe comunicar de manera empática, respetuosa y comprensible la situación de la pérdida o de la muerte fetal disponiendo del tiempo necesario para informar, acompañar y aclarar dudas de la madre y familia presente, por lo que es necesario recurrir a las frases que validen la pérdida de las que no lo hacen, además de que el personal de salud deberá tener la disposición y el entrenamiento para contener las emociones de la mujer o de ambos padres; a quienes se les debe explicar las opciones con las que cuentan, además de hacerles partícipes de la toma de decisiones sobre lo que necesitan y desean hacer para recibir y despedir a su bebé, brindándoles la privacidad y el tiempo necesario para que elijan desde sus valores y creencias.

El momento de llevar al bebé con los padres debe ser un momento de naturalidad y respeto, en el que el bebé sea visto, sostenido y acogido con amor por ellos, siendo necesario mostrarles con paciencia y cuidado como sostenerlo y como mantenerlo en sus brazos a pesar de la tristeza.

Resultará importante para propiciar el vínculo con el bebé, guardar recuerdos idealmente generados en presencia de los padres, como fotos, huellas de pies y manos o un mechón de pelo, pues favorecen la aceptación de la realidad de la pérdida y contribuirán a la superación del duelo.

Esto tiene que ver directamente con las buenas prácticas durante el parto de un bebé muerto; por lo que el personal de salud puede sugerir o hacer los recuerdos del bebé, únicamente con la autorización de los padres, para después entregarlos a ellos si así lo deciden.

Por otro lado, de ser necesario realizar una necropsia, debe informarse a los padres desde un inicio; quizá antes de que se lleve a cabo el parto, para así obtener su consentimiento y que ellos a su vez puedan interiorizar el proceso.

Lo anterior demandará de realizar un acompañamiento específico a los padres en cuanto a dicho procedimiento, debiendo contemplar los aspectos bioéticos con respecto a posibles donaciones cadavéricas, pudiendo ejercer sus decisiones apoyados en los recursos y redes de apoyo que posean.

Deberán darse facilidades a los padres para la realización de algún tipo de ritual de despedida si así lo solicitan; quizá rituales socioculturales o de tipo religioso con los que la familia se identifique; procurando la atención a la familia desde un ambiente confortable, íntimo y tranquilo, lejos de ruidos y/o interrupciones.

Como hemos referido, es de suma importancia para el manejo idóneo del personal de salud a cargo, que posea el listado de la serie de acciones que sirven de referente para llevar a cabo en el abordaje y el manejo del duelo perinatal, ya que por ser una situación estresante y difícil, es necesario contar con un sistema de apoyo interno para conducirse a través de estrategias clínicas y emocionalmente efectivas, tanto el parto de un bebé muerto, el parto de un bebé que no tiene posibilidades de vivir o que de repente un bebé muera en el parto; tal y como lo detallan Duarte et al., (2012) en la Guía Clínica de abordaje del duelo Perinatal.

Para lograrlo, proponen necesario que el personal a cargo ejerza un rol diferente en cada ocasión; es decir, que no sean siempre los mismos profesionales brindando atención; pues además de que es necesario que todo el personal tenga experiencia, es primordial que exista el espacio para que expresen hacia el resto del equipo sus sentimientos y las dificultades a las que se han enfrentado al atender nacimientos de muerte perinatal.

Participar de estos casos, implicará al personal tener una pausa breve de trabajo; es decir, lo importante será no alternar la participación en nacimientos y muertes perinatales en una misma jornada laboral pues es necesario que el equipo de salud haga un espacio de cuidado emocional propio entre el atender bebés vivos y bebés muertos; y esto podría lograrse de forma positiva a través del reconocimiento del equipo a cargo y su trabajo realizado, permitiéndose el recibir y brindar ayuda y apoyo tanto al interior del equipo de salud como hacia los padres.

A lo anterior, resulta puntual citar la sugerencia para la formación profesional que hacen Pastor et al. (2011), en su artículo, partiendo de que en muchas ocasiones la falta de conocimientos y de recursos para enfrentar la pérdida perinatal por parte del equipo de salud a cargo, hace que se adopten actitudes poco adecuadas.

Lo que genera en los profesionales a cargo una sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete el desempeño profesional; y concluyen que es fundamental promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal además de elaborar una guía particular de práctica clínica para la atención a la pérdida perinatal.

En cuanto a las buenas prácticas en el posparto tras una pérdida perinatal, será de suma importancia hablar con la madre sobre los cuidados puerperales y la evolución normal del cuerpo tras el parto; por lo que antes de ser dada de alta de los servicios hospitalarios debe recibir información al respecto.

Destaca lo referente a las diferentes alternativas de la supresión de la lactancia materna y la explicación sobre los cuidados con respecto a la “subida de leche” o ingurgitación mamaria; pues la producción de leche se da como respuesta natural fisiológica, lo que resulta impactante al tratarse de la producción de leche materna para un bebé que ya no está. Por lo que muchas veces se opta por la inhibición farmacológica o la inhibición gradual y fisiológica a lo largo del primer mes de puerperio o un poco más, debido al manejo hormonal de la prolactina; siendo también una posibilidad la donación de leche materna (Umamanita & El Parto es Nuestro, 2009).

Con respecto al manejo emocional, Klaus & Kennell (1983, en Bowlby, 1997), recomiendan que los padres deben tener entrevistas conjuntas con un terapeuta experto en duelo; siendo la primer oportunidad inmediatamente después de la muerte y la segunda dos o tres días más tarde; momento en que se sentirán menos aturdidos y más capaces de expresar sus sentimientos, preocupaciones y dudas, así como el hacer uso de la información que se les ha proporcionado.

Ambos autores recomiendan una tercera entrevista algunos meses más tarde para determinar si el duelo sigue su curso favorable y, en caso contrario, poder tomar alguna medida al respecto.

Igualmente resaltan la importancia de ayudar a los padres a compartir su dolor, ya que, como lo vimos anteriormente, consideran alta la probabilidad de que la muerte de un bebé genere más tarde serios problemas emocionales.

Por lo tanto, durante el transcurso de las primeras semanas y meses, se deben proporcionar a los padres las mayores herramientas emocionales e información precisa durante las asesorías ante el duelo por muerte perinatal y sobre el duelo desautorizado, para evitar que alguna situación les confronte con la generación de un duelo complicado. Idealmente el poder hacer un seguimiento tras la pérdida, permitirá evaluar la condición física y emocional de la mujer.

Así mismo, resulta relevante sugerir a la brevedad que de inmediato no se busque una próxima gestación; ya que el ejercicio de autocuidado y responsabilidad idóneos determinan que hasta que no se haya producido una recuperación física y psicológica adecuadas será conveniente para la mujer y/o la pareja vivir un nuevo proceso de embarazo.

Pues bien, en relación con las buenas prácticas de abordaje al seguimiento del duelo perinatal, Wenzel (2014), sostiene que mucha gente que ha vivido la muerte de su bebé durante la gestación o al momento de su nacimiento, encuentran muy sanador el poder conmemorar a sus bebés, ya sea mostrando algún tipo de recordatorio referente a él o haciendo un ritual en el aniversario de la pérdida; ya que además de ser un tiempo de reflexión del vínculo con su hijo, también representa una manera de honrar la forma en cómo el bebé tocó su vida y la de la familia.

Además refiere que la conmemoración a la memoria del bebé resulta un recurso ante la pérdida y las diversas alternativas de realizarla dependen de las necesidades y creatividad de los padres; ya que se puede partir de alguna de las listas sugeridas en la literatura especializada o proponer una diferente, siendo elección propia de los padres; ya que no hay una forma correcta o incorrecta de conmemorar a su bebé o si se elige no hacer nada para conmemorarlo, también está bien.

Las alternativas que él propone a los padres para llevar a cabo durante la conmemoración del recuerdo de la pérdida de su bebé, tienen que ver con actos significativos y simbólicos ante la vivencia del duelo; entre los que menciona el asistir a un lugar favorito (p.ej. la playa) para recordarle; enmarcar una fotografía de uno de los ultrasonidos o de recién nacido; poder usar un dije con las iniciales o el nombre del bebé o contar con alguna expresión artística con sus iniciales.

También, plantar un árbol o flor en su memoria; encender una vela en la fecha que se le desea recordar; hacer algún ritual o lectura religiosa dedicado a él; hacer algún tipo de donación de caridad o participar de algún evento deportivo en su nombre o quizá el organizar una pequeña reunión con amigos cercanos y familia en el aniversario de la pérdida o en la fecha en la que hubiera nacido.

Tal como nos hemos referido en el presente apartado, la posibilidad que nos brinda el conocer de las buenas prácticas de manejo en el abordaje del duelo perinatal, nos permitirá dimensionar el impacto de cada una de las conductas hacia quienes lo viven, las posibilidades de autorizar el duelo y facilitar su elaboración; pudiendo equiparar el gran compromiso que tienen la red social de apoyo y el equipo de salud a cargo en cuanto a contar con la sensibilización adecuada para lograr efectivamente dichos objetivos.

3.2.2 Implicaciones del abordaje del duelo desautorizado en la experiencia de la muerte y duelo perinatal.

Sobre el duelo y su autorización, nos referimos anteriormente a aquellas personas reconocidas por la sociedad como individuos que tienen una pérdida significativa, a quienes se les otorga *per se* el derecho a la experiencia del duelo, a expresar sus reacciones ante esa pérdida y quienes pueden recibir el reconocimiento y apoyo social a sus respuestas frente a la vivencia de sus pérdidas.

También mencionamos que la desautorización, implica que la vivencia del duelo está prohibida, restringida, sancionada y no tiene apoyo del entorno; por lo que no resulta una fácil experiencia para ser expresada; así que el trabajo terapéutico con el duelo desautorizado forma parte de un gran reto para entender el camino de las pérdidas.

Por lo cual, previamente revisamos la importancia que tiene el entorno social para quien vive una pérdida perinatal; ya que en el entendido de que las pérdidas deben ser socialmente validadas, reconocidas y vistas para que las personas que las sufren directamente estén autorizadas socialmente para experimentar la vivencia del duelo; confirmamos que el derecho a vivir el duelo perinatal, está íntimamente relacionado desde el exterior con el tipo de relación o la naturaleza de la pérdida, ya que la muerte perinatal tiene un significado poco aceptado por el entorno y está considerada como un duelo desautorizado, pues para la sociedad el dolor por la pérdida de un bebé es relativo, no se debe sufrir por quien no se llegó a conocer.

El concepto de duelo desautorizado admite que la sociedad tiene formas y normas para manejar el duelo; es decir, reglas de duelo que intentan especificar quién lo vive, cuándo y en qué momento, dónde y cómo lo vive, por cuánto tiempo y qué otras personas a la par pueden vivenciarlo. Además de que muchas variables afectan la reacción de la intensidad del duelo como las interpersonales, psicológicas, sociales o fisiológicas por las cuales su curso natural se ve impactado.

Sabemos que la pérdida perinatal despierta sentimientos en todas las personas involucradas en el momento de la pérdida; por consiguiente, el gran impacto emocional que conlleva, puede ser también uno de los puntos generadores de tornarlo desautorizado.

De modo que, de la respuesta por conocer sobre la muerte del bebé en gestación, parten circunstancias negadoras o evitativas ante la pérdida, con la intención de controlar el estrés, pero que en un momento dado determinan su invalidación y por ende propician un contexto en el que no se autoriza a la madre, a ambos padres y en ocasiones, también a los profesionales que les atienden, la posibilidad de expresar sentimientos como la culpa o la sensación de fracaso.

Quizá una de las mayores contribuciones de Doka (2002), ha sido el señalar la paradoja que trae consigo el duelo desautorizado; es decir, la naturaleza de este tipo de duelo exacerba la problemática de la vivencia y del proceso ante la pérdida; por lo cual, atender de otro modo las situaciones de pérdida perinatal propiciará que los profesionales de la salud directamente involucrados modifiquen las estrategias de acompañamiento y cuidado para la mujer y su pareja, sin tender a distanciarse de los padres desolados con la intención de proteger su propia vulnerabilidad emocional.

Por tanto, entender el duelo perinatal como un duelo desautorizado y que el personal a cargo cuente con la formación actualizada para su abordaje, permitirá brindar la atención adecuada a quienes transitan por la pérdida de su bebé durante la gestación; razón que hará evidente la validación de sentimientos y permitirá que el significado inconsciente de dicha pérdida pueda colocarse en un lugar que propicie el movimiento y participación activa de la red de apoyo para que, más allá de alejarse, el personal de salud brinde contención y soporte necesarios a los padres.

El resultado para muchas mujeres, sus parejas y demás familiares en duelo, será disponer de la posibilidad que permita que sus sentimientos sean comprendidos y validados, como pauta a seguir para manifestar socialmente la vivencia del luto y posteriormente percibir la elaboración de su proceso de duelo.

Además, los profesionales de la salud mental y emocional a cargo, particularmente deberán contar con habilidades adecuadas de abordaje terapéutico; aunque ciertamente el trabajo emocional sobre ésta temática lleve al aumento de la sensibilidad ante las situaciones y circunstancias que crean pérdida y evocan las propias experiencias de duelo.

De manera que es importante tener presente que las reacciones de duelo, tanto de los dolientes o del personal a cargo; ya sean apropiadas, esperadas, súbitas o exacerbadas, pueden mitigarse a través de su reconocimiento, así como lo refiere Conway (1995, en Doka, 2002) quien sostiene que la empatía mostrada ante el duelo por la pérdida durante la gestación, permite a las mujeres hacer evidente su sentir ante el duelo que está viviendo.

En definitiva, sumado a que los recursos comunes de consuelo y apoyo no están de cierto modo disponibles para mitigar el impacto de la pérdida perinatal; y como hemos mencionado, tanto las reglas, el contexto de aprobación social y sus características intervienen directamente en su manejo; es que la naturaleza del duelo desautorizado y la poca disposición a un apoyo informal hacen en el caso de quien vive la experiencia del duelo perinatal, busque como recurso la atención a través de un apoyo profesional, de tipo terapéutico, formal y confiable; que le confirma un espacio en el que sus emociones encuentren validación, reconocimiento y escucha, además de recibir la atención y el apoyo necesario para el manejo de su pérdida.

Así que, en la medida que la intervención a procesos de duelo desautorizado se lleve a cabo con mayor frecuencia; tanto los dolientes, la red de apoyo, el personal sanitario involucrado y la sociedad en general, podrían estar preparados para reconocer, legitimar y apoyar las experiencias de duelo perinatal de forma individual, desde ámbitos privados o comunitarios, haciendo más fácil para los dolientes el poder compartirlo; condición de la que partimos para el planteamiento de una propuesta de intervención para el manejo de duelo perinatal, el cual explicaremos como sigue.

Capítulo 4.

Propuesta de intervención para el manejo de duelo por muerte perinatal.

A lo largo del presente trabajo, hemos referido que los padres crean para el bebé en gestación un lugar dentro de su entorno afectivo, lo que permite que le consideren su hijo y se vinculen con él; pues este es el lugar dentro del cual le han dotado de identidad propia, en muchas ocasiones desde las primeras semanas de embarazo o inclusive previo a concebirle.

Dicho contexto resulta fundamental al momento de dimensionar el gran impacto emocional que ocasiona en la mujer la muerte de su bebé durante el embarazo y por consecuencia es muy importante que tanto los ámbitos sanitario, familiar y/o social que le rodean, cuenten con las habilidades básicas para ofrecerle un trato sensible y acompañamiento informado para poder brindarle el apoyo necesario ante el sufrimiento por tan significativa pérdida; tal como hemos hecho mención al respecto sobre los diversos estudios que lo confirman (Oviedo - Soto et al. (2009); Pastor et al. (2013); Sánchez - Pichardo (2007)).

Kolker & Burke (1993, en Doka, 2002), sostienen que las mujeres vivencian la pérdida de un embarazo deseado con gran intensidad, independientemente de la edad de gestación del bebé; por ende la posibilidad de que las mujeres en duelo reciban apoyo emocional a la brevedad se convierte en una necesidad elemental, pudiendo hacerse de recursos emocionales suficientes para transitar por dicha situación y así lograr elaborar su proceso en las mejores condiciones.

De manera que, éste es el punto de partida para la presente propuesta de intervención; en la que destaca la importancia de recibir atención emocional ante la pérdida, lo que evitará a dichas mujeres vivir un duelo desautorizado; pues propiciará la validación de emociones y podrá ser un recurso que prevenga las complicaciones en la elaboración del proceso de duelo perinatal.

4.1 Planteamiento del problema.

López (2011) y Sánchez - Pichardo (2007) confirman en sus investigaciones que en la mayoría de las ocasiones se tiende a infravalorar e incluso negar el proceso de duelo ligado a la muerte perinatal. Por un lado, debido a la falta de capacitación adecuada del personal de salud para brindar un acompañamiento emocional especializado; y por otro lado, dentro del entorno familiar, en virtud del mínimo o nulo conocimiento por parte de los familiares involucrados para hacer frente a la pérdida y proporcionar el apoyo más acertado.

De modo que, resulta indispensable saber qué decir y qué hacer para no propiciar la desautorización del duelo; ya que sabemos que las acciones y las emociones que manifiestan las personas que acompañan el entorno de la muerte perinatal, sean cercanas o no a quienes viven directamente esta pérdida, llegan a ser una gran influencia.

Thornton, Robertson & Mlecko (1991, en Doka, 2002) destacan en su estudio que quienes viven un duelo desautorizado reciben menos apoyo social y se les percibe con roles personales y sociales invalidados, al contrario de quienes tienen pérdidas reconocidas o simplemente vistas.

Por ello Doka y Davidson (2001), proponen como una alternativa de intervención al duelo desautorizado un grupo de autoayuda en donde sus integrantes compartan el mismo tipo de pérdida, lo que complementará la ausencia de la responsabilidad esperada del contexto social; teniendo en cuenta que Doka (2002), parte de que todo proceso de duelo conlleva hacia una adaptación desde lo individual, dirigida a la aceptación de la pérdida y desde lo social hacia la validación y el reconocimiento de ésta (Martin & Doka, 2000 en Doka, 2002).

En virtud de ello, los grupos de apoyo resultan ser una intervención efectiva para el manejo de duelo; ya que facilitan la ocasión al doliente de hacer público lo que siente, generando así un tipo de antídoto para la desautorización; ya que su desarrollo permite un espacio seguro en el que se recibe reconocimiento, comprensión y apoyo; pues quienes le integran son personas que en común se proveen ayuda mutua para hacer frente a sus pérdidas.

Así mismo, pueden ser un método económico para brindar soporte y consejería a muchas personas y como una útil herramienta de intervención para diversos tipos de duelo, ya sean desautorizados o no; dado que su entorno se caracteriza por ser especialmente analítico, pues en él se instruyen y respaldan entre sí personas en duelo, quienes lo validan además de ofrecer consejos desde su propia experiencia para hacer frente a la pérdida, brindan esperanza y señalan las posibilidades de cambio.

No obstante, para el efectivo manejo del duelo desautorizado, sus dolientes más que los dolientes tradicionales, necesitan de este tipo de entorno y respaldo para contrarrestar el aislamiento, la soledad, la vergüenza y la culpa que pueden llegar a experimentar; considerando que la experiencia grupal no solo permite compartir emociones, sino también información.

Es decir, las personas pueden conocer y entender a cerca del duelo y su desautorización para posteriormente categorizarse como dolientes desautorizados y hacer frente a su proceso; sin embargo, resulta elemental generar alternativas que permitan contar con los conocimientos apropiados con respecto al duelo y su proceso, sin importar que seamos acompañantes o dolientes.

De manera que, para que tales grupos sean exitosos, debe adecuarse en ellos la escucha e identificación con las otras historias, concediendo que las pérdidas sean menos juzgadas socialmente, puesto que pueden ser respetadas en el grupo y por ende, los grupos perinatales logran ser de gran ayuda no solo desde lo individual, sino también para las parejas; ya que tanto la madre como el padre que viven la pérdida de su bebé necesitan un ambiente seguro y el apoyo de otras personas que les comprendan y les permitan compartir sus pensamientos y sentimientos.

En particular, la temática a la que nos enfrentamos se centra en la dificultad que viven las mujeres para elaborar el duelo ante la pérdida de su bebé durante el embarazo. Por lo que la presente propuesta tiene el propósito de recurrir a la alternativa de compartir las emociones originadas por el duelo perinatal, dentro de un espacio grupal con otras mujeres que transitan por la misma experiencia, como una posibilidad para su elaboración a través del reconocimiento, validación y aprendizaje de recursos emocionales efectivos.

Por ello, la opción de realizar una intervención dentro de un espacio grupal invita a identificar, sensibilizar y conocer sobre las emociones referentes al duelo perinatal; propicia el desarrollo de empatía por quienes transitan por una pérdida similar, lo que contribuye a la autorización de la pérdida y también proporciona recursos para la creación de nuevas estrategias de afrontamiento y autocuidado, que hagan lo más gentil posible el recorrido del propio proceso de duelo.

La presente propuesta se desarrollará en la modalidad de taller, señalando el diseño de un modelo de atención breve e inmediata para el manejo del duelo por muerte perinatal durante el embarazo; en el que destaque un asesoramiento eficaz que acentúe los principios para brindar el apoyo emocional necesario a las mujeres que viven duelo perinatal y puedan hacer real la pérdida; ya que para las mujeres aceptar la muerte de su bebé como real e irreversible es el primer paso para alcanzar su recuperación emocional después de haber logrado concebir y gestar; aunque la aceptación de ser madre en dichas circunstancias, de principio sume a su pena.

4.2 Justificación.

En relación con el inicio de la vida, generalmente asociamos como única posibilidad la tríada embarazo-parto-nacimiento, por lo que para la mayoría de las personas resulta difícil comprender y validar la realidad de la muerte a las puertas de la vida.

El estudio y la atención del duelo perinatal en México es reciente e insuficiente, pese a que anualmente las estadísticas refieren de cientos a miles de casos en los que las mujeres pierden a sus bebés durante el embarazo y específicamente semanas antes de nacer.

Mota (2011), refiere en su investigación que en 2002 el registro del Consejo Nacional de Población CONAPO señaló 15.4 muertes fetales por cada mil embarazos. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática INEGI (2016), sabemos del registro de 22,208 muertes fetales en todo el país; de las cuales 9,090 ocurrieron durante el último trimestre de embarazo (a partir de la semana 28 de gestación) y de las cuales 515 muertes fetales sucedieron en la Ciudad de México.

La posibilidad de brindar alternativas de atención emocional a las mujeres que viven la muerte de su bebé durante la gestación no está al alcance en todos los casos; pues generalmente está restringida a ciertos espacios, algunos públicos y otros privados.

Un ejemplo de ello, es el caso del protocolo de atención por muerte perinatal del Instituto Nacional de Perinatología INPer, implementado a sus usuarias desde el 2016; cuyo plan a futuro inmediato es llegar a instancias públicas en todo el país con la intención de replicarlo (García, I., 2018); y aunque la demanda real está presente en cualquier lugar de México dónde se atiende la salud gestacional de las mujeres, se requerirá de un gran trabajo institucional y profesional para cumplir la meta propuesta.

Lo anterior nos confirma que las y los profesionales de la salud involucrados en la atención femenina, particularmente en la salud gestacional; además de procurar la actuación debida desde lo fisiológico, deberán sugerir el apoyo emocional necesario para atender a las mujeres que viven muerte perinatal, contribuyendo así a su recuperación integral.

Así mismo, las y los profesionales de la psicología interesados deberán capacitarse para proporcionar una intervención adecuada a este sector; logrando ofertar mayor posibilidad de espacios de atención a nivel público y privado.

La revisión teórica realizada sobre el manejo de duelo perinatal destaca que la eficaz intervención, además del trabajo para la elaboración del duelo, trae consigo el abordaje, expresión y manejo de emociones en la medida en que se brinda apoyo inmediato o cercano al suceso de la muerte perinatal. Por ejemplo, Sánchez-Pichardo (2007) propuso como criterio de inclusión a su grupo de investigación que se tratara de mujeres que hubieran tenido una pérdida perinatal en edad reproductiva.

Que vivieran con temor a una nueva pérdida, solicitaran ayuda psicológica o el personal de salud a cargo detectara en ellas depresión o estrés emocional; siendo sus criterios para el alta que la paciente lograra descubrir otras áreas de su vida tan importantes a desarrollar como la maternidad, manifestara un mejor manejo ante la pérdida, se reintegrara a actividades que habían quedado abandonadas después de ésta y mostrara tener la capacidad de iniciar proyectos nuevos.

Con respecto a posponer o a no recibir atención adecuada y próxima a la pérdida perinatal, Oviedo-Soto et al., (2009), señalan en su estudio que tanto las madres como los padres que viven la muerte de su bebé durante el embarazo pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, según sus patrones socioculturales y religiosos; por lo que el manejo tardío y deficiente del duelo puede derivar en una patología, representando un riesgo mayor en los dos primeros años posteriores a la pérdida de su bebé.

Por este motivo, la relevancia en la atención que se brinde a las mujeres que viven pérdidas perinatales, traerá consigo un cambio en el significado de la validación del duelo y favorecerá su proceso de elaboración; además de que permitirá el reconocimiento por la pérdida de ese bebé que tuvo una corta presencia física en relación con la historia familiar.

En consecuencia, la presente propuesta representa una alternativa de solución a la demanda de atención que esta población requiere, ya que la modalidad de taller facilita su réplica en escenarios diversos, sin importar ámbitos públicos o privados, urbanos o rurales; pues no requiere de gran infraestructura.

El beneficio en el impacto emocional de las participantes permitirá que las constantes del duelo por la pérdida de su bebé propicien las condiciones para la autorización de la vivencia del duelo a través de su experiencia en dicho espacio y que tal circunstancia no intervenga para proyectar embarazos futuros, pudiendo repercutir no solo en ellas, sino también en sus parejas y hasta en familiares cercanos.

A continuación expondremos los parámetros desde los que partimos para generar la presente propuesta de intervención; ya que el presente taller pretende desarrollar en cada mujer participante el conocimiento y sensibilización adecuados para facilitar la elaboración del proceso de duelo perinatal que vive por la muerte de su bebé durante el embarazo.

Por medio de la obtención de las herramientas necesarias para lograr identificar y expresar sus sentimientos, podrá hacer énfasis en las diferencias individuales de cada proceso con referencia al resto de las participantes, desde un contexto seguro y de compañía mutua.

Su finalidad se orienta a la autorización del duelo y en dado caso, a la identificación de algún trastorno afectivo que requiera realizar la derivación correspondiente; con la intención de facilitar a cada participante su transitar por ésta dura etapa.

4.3 Taller de acompañamiento psicoemocional ante procesos de duelo perinatal.

“Resignificando el vacío en mi corazón”

Taller psicoafectivo para el manejo de duelo perinatal.

Dirigido a mujeres en edad reproductiva que viven duelo perinatal por la muerte de su bebé durante la gestación.

Con 15 horas de duración, distribuidas en 5 sesiones de tres horas cada una.

El diseño del presente taller se adapta a escenarios institucionales, públicos o privados, como un espacio grupal en el que el común denominador es la vivencia de la pérdida perinatal.

Según los requerimientos particulares de cada contexto; la convocatoria y la difusión pueden llevarse a cabo de forma abierta o apegada a ciertos parámetros; por ejemplo, dentro de un espacio institucional, la propuesta será presentada a las autoridades correspondientes y una vez aceptada, se llevarán a cabo la convocatoria y difusión del taller en los espacios y con la población asignada. Si se tratara de un espacio público o privado se implementarían las adecuaciones pertinentes para convocar a las participantes y gestionar el espacio adecuado para su realización.

Carteles y volantes informativos serán el medio principal de difusión. En ellos se proporcionará un correo electrónico para que las mujeres interesadas puedan obtener mayores informes e inscribirse.

Cuando el cupo este cubierto, se confirmará a las participantes la sede, fechas y horarios previstos. De haber más mujeres interesadas en asistir, se conformará una lista de espera para posteriormente abrir un nuevo grupo.

4.3.1 Presentación general.

El desarrollo del presente taller conlleva un trabajo de quince horas, distribuidas en 5 sesiones de tres horas cada una, con un breve receso intermedio.

Su impartición puede adaptarse a una sesión diaria durante una semana o a una sesión semanal durante cinco semanas según las necesidades institucionales o del espacio. Ambas posibilidades permitirán a las asistentes abordar su proceso de duelo en grupo, dar seguimiento y concluir el taller, sin claudicar por resultar extenuante.

Se realizará en un espacio adecuado para actividades lúdicas, limpio, amplio, privado, con asientos suficientes para el número de participantes y con buena iluminación y ventilación.

Como punto de partida, se llevarán a cabo dinámicas para realizar ajuste de expectativas de las participantes, así como establecimiento de reglas de operación y participación; además se explicará el objetivo general y los objetivos específicos de los temas que serán abordados. Cada una de las temáticas a revisar y las técnicas grupales propuestas durante las sesiones, están relacionadas con el proceso de duelo perinatal y su elaboración.

La modalidad grupal y actividades de tipo vivencial y teórico-reflexivo, facilitaran el manejo psicoafectivo de los recursos propuestos en su estructura.

La organización de las actividades en el transcurso y cierre de cada sesión, permitirá que las participantes lleven a cabo un cierre emocional y la sensibilización hacia cada tema se complementará con la información contenida en fichas temáticas que les serán proporcionadas; las cuales servirán de referente para cuando las asistentes compartan con su red de apoyo las vivencias dentro del taller.

Durante el avance del taller se dará seguimiento a la estrategia terapéutica diseñada para la elaboración del duelo perinatal; la cual consiste en identificar en el discurso de las participantes aspectos significativos relacionados con su proceso de duelo. Se realizará a la par de la ejecución de las técnicas grupales propuestas, en tres momentos distintos: al inicio, durante el desarrollo y en el cierre de cada sesión.

En la medida en que las participantes se sensibilicen y se les facilite el contacto y expresión de sus emociones, las observaciones se incorporaran a las notas clínicas del formato correspondiente; lo que permitirá reconocer necesidades, determinar avances en la elaboración de duelo y brindar una retroalimentación precisa a cada una de ellas.

Tal estrategia reafirma la posibilidad de evaluar el alcance de los objetivos particulares del taller; así confirmar el acercamiento afectivo y de contención al interior del grupo y de forma individual.

Al inicio de cada sesión se proponen técnicas que permitan explorar las emociones presentes que faciliten su identificación, visibilización y abordaje.

Mientras se desarrolle la sesión, se realizan técnicas grupales que favorezcan la reflexión y se orienten a la comprensión de la información, a reforzar su aprendizaje y propicien la sensibilización acerca del tema abordado.

Hacia el cierre de sesión, se plantean actividades que permitan un cierre afectivo, con la intención de no dejar ninguna emoción abierta en las participantes.

El cierre del taller se dirigirá para realizar técnicas grupales que faciliten el cierre a nivel personal y grupal, desde aspectos racionales, afectivos y simbólicos.

A través de la retroalimentación final, se confirmará el cumplimiento de expectativas y objetivos de aprendizaje; además de formular compromisos para la aplicación de lo aprendido con respecto a la procuración de su autocuidado.

Por último, se proporcionarán referencias para consulta de información y de atención psicológica para dar seguimiento a su proceso de elaboración del duelo.

4.3.2 Perfil Profesiográfico.

El profesional que funja como facilitador del taller, contará con formación profesional en Psicología; preferentemente en el área clínica.

Su entrenamiento y expertiz se distinguirán por sus habilidades de abordaje terapéutico y de manejo de grupos.

Idealmente tendrá formación en Tanatología, con experiencia de intervención en el contexto hospitalario. Así mismo, deberá estar capacitado, actualizado y/o especializado en el manejo del duelo, preferentemente en el duelo perinatal.

4.3.3 Población a la que va dirigido.

El presente taller está destinado a mujeres en edad reproductiva, que hayan vivido la muerte fetal/óbito de su bebé durante la gestación, sin importar su lugar de residencia, su estado civil y el tiempo transcurrido desde que ocurrió la pérdida.

El número mínimo de participantes es de 6 y el máximo de 10 plazas.

Para integrarse al taller, será necesario que cada participante tenga el interés y la disposición para explorar sus emociones con la intención de elaborar de forma afectiva y efectiva, dentro un espacio seguro de tipo grupal, el proceso de duelo perinatal que vive por la muerte de su bebé durante el embarazo.

Como característica principal, las participantes deberán mostrar respeto y empatía por las experiencias de las demás asistentes; así como mantener la información compartida en un entorno de confidencia.

4.3.4 Contenido.

En el presente apartado, abordaremos de forma general los recursos empleados para el desarrollo de las sesiones; además de presentar a detalle la carta descriptiva que aborda las cinco sesiones de trabajo del taller.

4.3.4.1 Técnicas Grupales.

Todas las técnicas propuestas se centran en el abordaje afectivo dirigido al acercamiento, identificación y manejo de las emociones que trae consigo la pérdida de un bebé durante el embarazo.

De igual forma, se emplean técnicas que facilitan el intercambio de ideas, experiencias y opiniones sobre los temas abordados a lo largo del desarrollo del taller.

También, se proponen técnicas grupales de distensión y relajación según lo establecido en la carta descriptiva, ya que permiten la construcción del grupo, posibilitan la convivencia e incluso favorecen los cierres de sesión.

4.3.4.2 Materiales Didácticos.

Los materiales didácticos utilizados serán impresos, virtuales o proyectables por lo que resultaran de mucha utilidad para alcanzar los objetivos propuestos en el taller.

4.3.4.3 Carta Descriptiva

<p>Taller</p>	<p align="center">“Resignificando el vacío en mi corazón” Taller psicoafectivo dirigido a mujeres que viven el duelo por la muerte de su bebé durante el embarazo.</p>
<p>Objetivo General</p>	<p>Al finalizar el taller, cada participante será capaz de nombrar la etapa del proceso de duelo que vive al enfrentar la muerte de su bebé durante el embarazo y contará con la información adecuada para visibilizar de forma básica sus necesidades emocionales.</p> <p>Se pretende desarrollar en cada participante la correcta identificación de la etapa de duelo que vive, facilitando su elaboración a través de la sensibilización apropiada que evite su desautorización.</p>

<p align="center">Sesión 1</p>				
<p align="center">Reconociendo la Pérdida</p>				
<p>Encuadre</p>	<p>Avance</p>	<p>Material Didáctico y Equipo</p>	<p>Seguimiento Terapéutico</p>	<p>Tiempo Parcial</p>
<p>Bienvenida. Presentación del curso y de la Instructora</p>	<p>Una vez que todas las participantes hayan ocupado su lugar, se procederá a darles la bienvenida, agradeciendo su asistencia. Se hará la presentación del curso y de la instructora. (Técnica Instruccional: Expositiva)</p>	<p>-Lap Top y cañón. -Presentación de PPT.</p>		<p>5'</p>
<p>Presentación de las participantes</p>	<p>La presentación de las participantes, será a través de la Técnica Grupal: Presentación por parejas. La instructora tomará nota de los comentarios de las participantes relevantes al duelo perinatal.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio. Conocer a cada participante y distinguir en su discurso elementos significativos sobre su proceso de duelo.</p>	<p>15'</p>

Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Descripción General del Curso-Taller	De forma breve, se hará una descripción del presente taller (Técnica Instruccional: Expositiva)	-Lap Top y cañón. -Presentación de PPT.		5'
Integración del Grupo Expectativas	Con la intención de propiciar la integración y el ambiente participativo y dinámico en el grupo, cada participante hablará de sus expectativas sobre el taller por medio de la Técnica Grupal de Rompe-Hielo: La Telaraña. La instructora anotará lo relacionado con el aspecto emocional.	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo. -Bola de estambre.	Inicio Identificar las necesidades emocionales manifestadas por cada participante.	15'
Objetivos de Aprendizaje y Contenido Temático	Con apoyo de las diapositivas, se explicará el objetivo general del presente taller, así como los temas y subtemas que serán abordados durante éste. (Técnica Instruccional: Expositiva)	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		5'
Ajuste de expectativas	Una vez expuestos el objetivo general y la temática que será abordada a lo largo del taller, se cuestionará al grupo si sus expectativas se cumplen. (Técnica Instruccional: Diálogo) La instructora escribirá los comentarios significativos de las participantes.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Inicio Confirmar las expectativas e identificar inquietudes al respecto de los temas y del manejo de emociones de cada participante durante el desarrollo del presente taller.	5'
Reglas de Operación y Participación	Con el propósito de favorecer el ambiente participativo en el grupo, las participantes establecerán las reglas de operación y participación bajo las que nos conduciremos a lo largo del taller. El papelógrafo se pegará con masking tape en una de las paredes laterales del aula y permanecerá a la vista de todas las participantes las sesiones que dure éste. (Técnica Grupal: Papelógrafo)	-Hoja de Rotafolio. -Plumones. -Masking tape. -Lap Top y cañón. -Presentación de PPT.		10'

Propuesta de Intervención para el Manejo de Duelo por Muerte Perinatal

Alma Delia Sánchez Quiroz

Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Carta de Consentimiento Informado	Con el apoyo de la diapositiva se informará al grupo el sentido y la importancia de la carta de consentimiento informado; se hará hincapié en el resguardo de la información personal que compartirán en el taller y en los términos de confidencialidad esperados. Se entregará a cada participante una carta, se les solicitará que la lean con atención y detenimiento para luego firmarla.	-Cartas de consentimiento informado. -Bolígrafos. -Lap Top y cañón. -Presentación de PPT.		5'
Convenio de participación	Con el apoyo de las diapositivas de PPT se formularán los cinco compromisos que cada participante llevará a cabo para el buen desarrollo del taller; procurando resaltar elementos como la confidencialidad, la empatía y el respeto. La instructora tomará nota al respecto.	-Hojas blancas. -Plumones. -Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Inicio Determinar los elementos de interacción presentes en las participantes con respecto al trabajo en grupo.	10'
Intereses Personales y Familiares sobre el taller	Se solicitará a cada participante compartir con el grupo de forma breve los beneficios personales y familiares que considera le traerá el trabajo para la elaboración del duelo y las habilidades a reforzar propuestas en el presente taller. La instructora anotará sus comentarios para asociarlos al momento del cierre general de éste. (Técnica Instruccional: Diálogo)	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Inicio Verificar el alcance que las participantes vislumbran ante su participación al taller.	10'
Receso	Se darán algunos minutos de receso para posteriormente continuar con la segunda parte de la sesión sin interrupciones.			15'

Desarrollo Tema 1. Vínculo, Apego y Pérdida.					
<p>Objetivo Particular. Al finalizar el tema cada participante será capaz de explicar qué es el apego, cómo se establecen los vínculos, el significado del vínculo en la diada madre – hijo durante el embarazo y el impacto que genera la pérdida por la muerte de un bebé durante la gestación.</p> <p style="text-align: center;">Dominio del Aprendizaje: Cognoscitivo-Afectivo.</p> <p>Se pretende desarrollar un conocimiento sobre las características del vínculo y el apego durante el embarazo relacionadas con la vivencia de la pérdida.</p>					
Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>A) El Apego como demostración afectiva. Al finalizar la técnica introductoria al tema, el grupo se habrá sensibilizado y habrá escuchado los puntos de vista de sus compañeros/as sobre manifestar apego a las personas como demostración de afecto.</p>	<p>Se analizarán las ventajas y desventajas de manifestar apego con las personas como forma de demostrar afecto.</p>	<p>Técnica Instruccional: Diálogo-Discusión. La instructora planteará al grupo que dé su opinión sobre manifestar afecto a las personas queridas en forma de apego y tomará notas de los comentarios relevantes.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Desarrollo Reconocer el lugar que tiene el apego relacionado con el proceso de duelo de quien participa en el taller.</p>	10'
<p>B) Identificación y validación de las emociones. Al finalizar la técnica cada participante habrá visibilizado las emociones que predominan en su personal vivencia de duelo al inicio del presente taller.</p>	<p>De forma inicial se dará un lugar a la identificación y reconocimiento de emociones como punto de partida para el avance en el trabajo de la elaboración del duelo y la validación de las emociones que toman lugar alrededor del duelo perinatal. La instructora tomará nota de los comentarios.</p>	<p>Doy lugar a mis emociones. ¿Qué siente mi corazón? La instructora proporcionará hojas blancas en las que las participantes dibujaran un corazón y dentro de él representaran por medio de palabras o dibujos cada una de las emociones que reconocen en ellas al momento de iniciar el taller.</p>	<p>-Hojas blancas. -Lápices de colores. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Desarrollo Validar emociones presentes previo al abordaje del duelo perinatal para lograr elaborarlas durante el desarrollo de este.</p>	15'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instrucciona/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>1. Apego y Vínculo. Al finalizar el subtema cada participante podrá nombrar el significado de cada término como punto introductorio a la temática del presente taller.</p>	<p>La instructora expondrá una breve introducción sobre el significado del Apego y el Vínculo.</p>	<p>Técnica Instrucciona: Expositiva. Abordaje del concepto de Apego y Vínculo según Jhon Bowlby.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>5'</p>
<p>2. Vínculo en el embarazo. Al finalizar el subtema cada participante comprenderá el establecimiento del vínculo durante la gestación en la diada madre - hijo.</p>	<p>La instructora abordará brevemente las características sobre cómo se determina el vínculo madre - hijo durante el embarazo.</p>	<p>Técnica Instrucciona: Expositiva. Abordaje del concepto de vínculo madre - hijo según Verny y Kelly.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>5'</p>
<p>3. Pérdida. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer las características de la pérdida y la implicación emocional para quien atraviesa por la muerte de su bebé durante la gestación.</p>	<p>La instructora explicará puntualmente las características de la vivencia personal de la pérdida y las relacionará con las implicaciones en el vínculo y el apego en la diada madre - hijo ante la pérdida de un bebé durante el embarazo.</p>	<p>Técnica Instrucciona: Expositiva. Acercamiento desde lo planteado por Bowlby ante la vivencia de la pérdida.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>5'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>4. Escribiendo sus secretos. Al finalizar el subtema cada participante habrá abordado el recuerdo doloroso de vivir la pérdida de su bebé durante el embarazo desde un primer acercamiento a través de la escritura emocional.</p>	<p>La instructora hará mención sobre el desarrollo del recurso de la escritura emocional a lo largo del taller poniendo énfasis en el efecto positivo de comunicar de forma escrita los hechos y las emociones relacionadas con la experiencia de la pérdida de un bebé durante el embarazo.</p>	<p>Encontrando el mecanismo del cambio individual. Ejercicio A. Se pedirá al grupo que observe la diapositiva y siga las instrucciones que se indican. Una vez concluida su escritura, se pedirá a las participantes que conserven su escrito; ya que en la sesión final se realizará un ejercicio reflexivo con dichos escritos.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Hojas blancas. -Bolígrafos.</p>		15'
<p>Distensión/ Relajación Se propondrá al grupo una dinámica de relajación cuyo objetivo será centrarse de nuevo en el aquí y el ahora; identificando y procurando las emociones que la técnica anterior mostró, para así poder cerrar la primer sesión.</p>	<p>Una vez que concluyó el ejercicio de escritura emocional se les pedirá a las participantes que encuentren la postura y el lugar que más les acomode para llevar a cabo la presente técnica de forma atenta y respetuosa.</p>	<p>Técnica Grupal: Respiración diafragmática. De forma clara, la instructora dirá las instrucciones al grupo con el objetivo de que el grupo alcance un estado de relajación, pudiéndose centrar en el momento presente.</p>		<p>Cierre Relajación previa a orientar al grupo al cierre de la primera sesión del taller, con la intención de no dejar emociones abiertas.</p>	10'
	<p>Al concluir la exposición, la instructora llevará a cabo un repaso de los términos referentes al tema uno, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.</p>		<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		3'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Ficha Temática: Sesión 1.	La instructora hará énfasis en la importancia de llevar consigo y compartir con la red de apoyo de cada participante la información contenida en la ficha temática correspondiente a la primera sesión.	Se hará entrega al grupo de la ficha temática de la presente sesión, como apoyo al seguimiento del contenido y trabajo emocional de este taller. Se explicará que la información contenida les permitirá reflexionar sobre el trabajo llevado a cabo, así como esclarecer dudas cuando la compartan con su red familiar y social, pudiendo conocer más al respecto del adecuado manejo de emociones ante la vivencia del duelo perinatal.	-Fichas temáticas de la sesión 1.	Cierre Desde el recurso informativo, la ficha temática permitirá integrar los temas abordados durante la sesión, siendo una alternativa para poder compartir con la red de apoyo e impactar en ella.	5'
Cierre de sesión	La instructora anotará los comentarios que hagan las participantes para poder asociarlos al finalizar el taller.	Se le pedirá a cada participante que mencione en una palabra lo que se lleva a reflexión personal del trabajo realizado durante la primera sesión del presente taller.	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Cierre Identificar emociones significativas hacia el cierre de la primera sesión del taller.	8'

Sesión 2				
La vivencia del duelo perinatal				
Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Bienvenida	Se dará la bienvenida a las participantes a la segunda sesión del presente taller.			3'
Revisión Sesión 1	La instructora hará un repaso puntual del tema y los subtemas vistos en la primera sesión, así como de la información contenida en la ficha temática proporcionada; solicitando al azar que las participantes expliquen con sus palabras lo comprendido; propiciando la participación y permitiendo el esclarecimiento de dudas.	-Lap Top y cañón. -Presentación de PPT.		5'
Reglas de Operación y Participación	Con el propósito de confirmar las reglas de operación y participación, se recordará a la asistencia el considerar las reglas establecidas con anterioridad, enfatizando que todo el tiempo están a la vista.	-Hoja de Rotafolio.		2'

Desarrollo Tema 2. El Duelo Perinatal y su impacto emocional. Objetivo Particular. Al finalizar el tema cada participante será capaz de explicar qué es el duelo, a qué se refiere la muerte perinatal, el duelo perinatal, el duelo desautorizado y reconocerá las características del impacto emocional que viven las personas que pasan por la muerte de un bebé durante el embarazo. Dominio del Aprendizaje: Cognoscitivo-Afectivo. Se pretende desarrollar un conocimiento en relación a las características, condicionantes y consecuencias del duelo desautorizado por la vivencia del duelo perinatal.					
Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
A) La vivencia del Duelo Perinatal como un Duelo Desautorizado. Al finalizar la técnica introductoria al tema, el grupo se habrá sensibilizado pudiendo escuchar la historia de la participante que voluntariamente comparta su experiencia desde la técnica planteada ante la vivencia de la pérdida de su bebé durante la gestación.	Cada participante realizará la técnica de forma individual; posteriormente se pedirá una participación voluntaria para compartir con el resto del grupo su experiencia. Desde el trabajo grupal reflexivo, abordaremos la dificultad de contener emociones así como la presión social que limita su expresión, aspecto que abordaremos desde el duelo desautorizado. Se tomará nota de lo significativo.	Técnica Instruccional: Diálogo. Cuéntame la historia de lo que sucedió en términos de situación, no de emoción de Ariane Seccia. Se pedirá a cada participante que escriba únicamente en términos descriptivos sobre las circunstancias de la muerte de su bebé, tratando de no abundar en las emociones, solo identificarlas.	-Hojas blancas. -Bolígrafos. -Ficha de notas clínicas.	Inicio Identificar la emoción presente en el discurso compartido, así como la respuesta afectiva del grupo hacia la técnica.	25'

Subtema / Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Distinción Se propondrá al grupo una dinámica de distinción con el objetivo de relajarse y poder dar paso a las actividades subsecuentes.	Con la intención de propiciar un ambiente participativo y relajado se llevará a cabo la presente técnica.	Técnica grupal: Rompe Hielo. ¿Notas la diferencia? De forma clara la instructora dirá las instrucciones al grupo con el objetivo de que la actividad lúdica favorezca la distinción y permita la concentración para dar paso al seguimiento de la sesión.			8'
1. Duelo. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de nombrar el significado de duelo.	La instructora expondrá la coincidencia de los autores citados en referencia a definir el concepto de duelo.	Técnica Instruccional: Expositiva. Definición de duelo en la que coinciden autores como Kübler-Ross, Doka, Tizón y Worden.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		5'
2. Duelo Perinatal. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de nombrar el significado de duelo perinatal.	La instructora explicará brevemente el concepto de duelo perinatal.	Técnica Instruccional: Expositiva. Abordaje del concepto de Duelo Perinatal según Varney.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		5'
3. Duelo Desautorizado. Al finalizar el subtema cada participante reconocerá definición y características del duelo desautorizado y cómo el duelo perinatal se define como desautorizado.	La instructora mencionará la definición y explicará una a una las características del duelo desautorizado haciendo referencia a la pérdida perinatal como parte de los duelos desautorizados.	Técnica Instruccional: Expositiva. Acercamiento a lo planteado por Doka sobre los duelos no autorizados y su referente ante el duelo perinatal.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		10'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>4. Impacto emocional del Duelo Perinatal como un duelo desautorizado. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer las emociones predominantes en la vivencia del duelo desautorizado por muerte perinatal.</p>	<p>La instructora expondrá las circunstancias relacionadas con el impacto emocional del duelo perinatal y como éstas facilitan la desautorización del duelo.</p>	<p>Técnica Instruccional: Expositiva. Acercamiento a las emociones y circunstancias predominantes en la vivencia del duelo planteadas por Tizón; las que permitirán a las participantes entender con mayor claridad dicho impacto, cumpliendo así con la finalidad de favorecer el aprendizaje.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		10'
<p>Receso</p>	<p>Se darán algunos minutos de receso para posteriormente continuar con la segunda parte de la sesión sin interrupciones.</p>				12'
<p>5. El entorno que visibiliza la pérdida. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de distinguir si su proceso de duelo perinatal ha sido reconocido o desautorizado por su entorno.</p>	<p>La instructora pedirá a las participantes que de forma individual consideren a las personas que han sido empáticas y han procurado hacer visible su pérdida.</p>	<p>Quién reconoce y me acompaña en mi pérdida. Desde el área familiar, laboral, de amistades y comunidad las participantes identificarán quienes han mostrado empatía y han reconocido la pérdida de su bebé. Se reflexionará sobre la vivencia del duelo desautorizado.</p>	<p>-Hojas blancas. -Bolígrafos. -Ficha de notas clínicas.</p>	<p>Desarrollo Identificar los elementos presentes para la autorización del duelo como el reconocimiento, la validación y la visibilización de la pérdida.</p>	15'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>6. Protagonistas del duelo perinatal. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de identificar y validar a las personas a las que ha alcanzado el duelo desautorizado por la pérdida perinatal.</p>	<p>A través de un diálogo reflexivo, se hablará en grupo sobre quienes son alcanzados por la desautorización del duelo desde el ámbito médico y social; y también como la dificultad en el manejo de emociones tiende a complicar la validación del propio duelo.</p>	<p>Técnica Instruccional: Diálogo. Desde la reflexión en grupo, partiendo de la experiencia de cada una de las participantes, se identificará a cada uno de los personajes que viven el duelo desautorizado por la pérdida de un bebé durante el embarazo.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Desarrollo Reconocer al resto de protagonistas que transitan por la vivencia del duelo perinatal de forma desautorizada en el caso de cada participante.</p>	25'
<p>Distensión/ Relajación Se propondrá al grupo una dinámica de distensión con el objetivo de relajarse y poder concentrarse en la siguiente actividad.</p>	<p>Con la intención de propiciar la distensión y el ambiente participativo en el grupo, las participantes llevarán a cabo la presente técnica lúdica.</p>	<p>Técnica grupal: Rompe Hielo. Canasta de frutas. De forma clara, la instructora dirá las instrucciones al grupo con el objetivo de que la actividad lúdica favorezca posteriormente la concentración.</p>			10'
<p>7. Escribiendo sus secretos. Al finalizar el subtema cada participante habrá abordado el recuerdo doloroso de vivir la pérdida de su bebé durante el embarazo desde la segunda fase del acercamiento propuesto en la técnica de James Pennebaker a través de la escritura emocional.</p>	<p>La instructora recordará a las participantes sobre el recurso de la escritura emocional en el presente curso-taller, enfatizando en el efecto positivo de comunicar de forma escrita los hechos y las emociones relacionadas con la experiencia del duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo.</p>	<p>Encontrando el mecanismo del cambio individual. Ejercicio B. Se pedirá al grupo que observe la diapositiva y siga las instrucciones que se indican en ella. Se pedirá a las participantes que también conserven éste escrito, recordándoles que en la sesión final del presente curso-taller se llevará a cabo un ejercicio reflexivo con dicho trabajo.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Hojas blancas. -Bolígrafos.</p>		25'

Propuesta de Intervención para el Manejo de Duelo por Muerte Perinatal

Alma Delia Sánchez Quiroz

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>Distensión/ Relajación Se propondrá al grupo una dinámica de relajación con el objetivo de centrarse nuevamente en el aquí y el ahora, para poder dirigirnos al cierre de la segunda sesión.</p>	<p>Una vez que concluyó el ejercicio de escritura emocional se les pedirá a las participantes que encuentren la postura y el lugar que más les acomode para llevar a cabo la presente técnica.</p>	<p>Técnica Grupal: Relajación Muscular Progresiva. De forma clara, la instructora dirá las instrucciones al grupo con la intención de lograr el estado de relajación idóneo, pudiendo centrarse en el momento presente.</p>		<p>Cierre Relajación previa a orientar al grupo al cierre de la segunda sesión del taller.</p>	5'
	<p>Al concluir la exposición, la instructora llevará a cabo un repaso de los términos referentes al tema, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.</p>		<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		5'
<p>Ficha Temática: Sesión 2.</p>	<p>La instructora señalará la importancia de compartir con la red de apoyo la información contenida en la ficha temática que llevan consigo.</p>	<p>Se hará entrega a cada participante de la ficha temática de la presente sesión, como apoyo al seguimiento del contenido y trabajo emocional de este taller. Se explicará que la información contenida les permitirá reflexionar sobre el trabajo llevado a cabo durante la sesión y se podrán esclarecer algunas de las dudas de la red de apoyo cuando la compartan, pudiendo conocer más al respecto del adecuado manejo de emociones ante la vivencia del duelo perinatal.</p>	<p>-Fichas temáticas de la sesión 2.</p>	<p>Cierre Como recurso informativo la ficha temática permitirá integrar los temas abordados durante la sesión y será una alternativa para informar e impactar en la red de apoyo.</p>	5'

Propuesta de Intervención para el Manejo de Duelo por Muerte Perinatal

Alma Delia Sánchez Quiroz

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Cierre de sesión	La instructora anotará los comentarios que realicen las participantes para poder asociarlos al final de las sesiones del presente taller.	Se les pedirá a las participantes que de forma voluntaria mencionen en una palabra lo que se llevan a reflexión personal del trabajo realizado durante la segunda sesión del taller.	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Cierre Confirmar en las participantes voluntarias las emociones identificadas al cierre de la segunda sesión.	5'

Sesión 3				
Las emociones relacionadas con la pérdida				
Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Bienvenida	Se dará la bienvenida a las participantes a la tercera sesión del presente taller.			2'
Revisión Sesión 1 y 2	La instructora llevará a cabo un repaso puntual de los temas y subtemas vistos en la primera y segunda sesión, solicitando al azar a las participantes expliquen con sus palabras el contenido expuesto, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		7'
Reglas de Operación y Participación	Se recordará a la asistencia que las reglas de operación y participación establecidas con anterioridad, las cuales se encuentran a la vista, serán bajo las que nos conduciremos a lo largo del taller.	-Hoja de Rotafolio.		2'

Desarrollo					
Tema 3. Identificación y manejo de emociones ante el duelo perinatal.					
<p>Objetivo Particular. Al finalizar el tema cada participante será capaz de explicar cuáles son las etapas del duelo y las emociones predominantes en cada una; reconocerá qué etapa cursa su propio duelo, identificará sus emociones predominantes y contará con herramientas para el manejo y expresión de sentimientos y emociones característicos de las personas que transitan por la muerte de un bebé durante el embarazo.</p> <p style="text-align: center;">Dominio del Aprendizaje: Cognoscitivo-Afectivo.</p> <p>Se pretende desarrollar un conocimiento en relación al reconocimiento de las emociones y la autorización de su expresión ante la vivencia del duelo perinatal.</p>					
Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>A) La identificación de emociones como alternativa de expresión. Al finalizar la técnica introductoria al tema, el grupo se habrá sensibilizado y habrá contactado con sus emociones; además de haber identificado cuales predominan ante la vivencia de la pérdida de un bebé durante la gestación.</p>	<p>Las participantes deberán realizar la técnica de forma individual.</p> <p>Al compartirla de forma voluntaria con el grupo, la instructora señalará las emociones predominantes. Tomará nota de los aspectos relevantes en los discursos.</p>	<p>Reconozco mis emociones. Se pedirá a cada participante que por medio de colores, líneas, formas, figuras y símbolos represente las emociones que han predominado en ella ante la vivencia del duelo perinatal por la que transita. Posteriormente, quien así lo desee, compartirá con el grupo su reflexión.</p>	<p>-Hojas blancas. -Lápices de colores. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio Identificar las emociones predominantes con respecto al duelo perinatal, tomando en cuenta la forma de expresión.</p>	<p>25'</p>
<p>1.Etapas del duelo según Elisabeth Kübler-Ross. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de nombrar las cinco etapas por las que se transita ante la vivencia</p>	<p>La instructora expondrá las etapas del duelo y sus emociones predominantes.</p> <p>Desde un ejercicio reflexivo y personal, pedirá a las participantes identifiquen la etapa en la que</p>	<p>Técnica Instruccional: Expositiva. Abordaje de las cinco etapas del duelo propuestas por Elisabeth Kübler-Ross, las emociones predominantes por etapa y el quehacer ante cada una.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio Partiendo del abordaje teórico, las participantes reconoceran en que etapa de duelo se encuentran y cuál es</p>	<p>10'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
de un duelo y reconocerá las emociones más significativas por etapa.	se encuentran, así como la emoción presente más significativa. La instructora tomará nota al respecto.			su emoción predominante.	
2. Duelo como respuesta multidimensional. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer las áreas de impacto a las que responden las personas que viven el duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo.	La instructora mencionará cada una de las áreas que se ven impactadas ante la respuesta a la vivencia del duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo. Se proporcionaran ejemplos que facilitarán la comprensión de los conceptos favoreciendo así el aprendizaje.	Técnica Instruccional: Expositiva. Acercamiento desde lo planteado por Lagrand ante la respuesta personal por la vivencia del duelo no autorizado.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		10'
3. Emociones predominantes durante el duelo Perinatal. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer las emociones predominantes en la vivencia del duelo por muerte perinatal y las identificará en su propio proceso.	A) Se pedirá a los participantes que formen parejas y realicen una lista de las situaciones que resultan disparadoras de las emociones relacionadas con el duelo por el que transitan y que lograron identificar en el ejercicio anterior. B) Una vez concluida la primera parte, en grupo compartirán lo identificado y se relacionará a	A) Técnica Instruccional: Diálogo. En parejas, identificarán las situaciones que generan las emociones que presentan asociadas al duelo y a la etapa en la que se encuentran. B) Técnica Instruccional: Expositiva. Revisión de las emociones predominantes en	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo. -Lap Top y cañón. Presentación de PPT.	Inicio Determinar situaciones y emociones individuales relacionadas con la vivencia del duelo perinatal en relación de lo planteado por los autores.	30'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
	<p>la información revisada en la presentación.</p> <p>La instructora tomará nota al respecto.</p>	<p>el duelo perinatal planteadas por Lagrand y Sánchez-Pichardo.</p>			
Receso	<p>Se darán algunos minutos de receso para para continuar con la segunda parte de la sesión sin interrupciones.</p>				15'
Manejo de emociones 1. Al finalizar la técnica cada participante habrá contactado con su emoción predominante ante la vivencia de la pérdida de su bebé durante la gestación y de forma simbólica habrá logrado exteriorizarla a través del ejercicio lúdico y gentil propuesto.	<p>Se repartirán un par de globos a cada participante y el resto quedará a su disposición. Se les pedirá que la emoción que identificaron como predominante en su proceso de duelo actual, de forma simbólica la introduzcan dentro del globo (s) y que posteriormente hagan la acción que deseen con él: aventarlo, azotarlo, poncharlo, etc., con la intención de colocar la emoción en el exterior.</p>	<p>El globo. Se darán las instrucciones, haciendo hincapié en que ésta técnica es una herramienta lúdica para el desahogo inmediato de la emoción presente.</p> <p>Al final del ejercicio, de forma voluntaria compartirán al grupo cual era la emoción con la que trabajaron, qué decidieron hacer con ella y cómo se encuentran en ese momento.</p> <p>La instructora tomará nota al respecto.</p>	<p>-Una bolsa de globos. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	Desarrollo Exteriorizar de forma lúdica la emoción predominante, pudiendo reconocer sus sensaciones ante su manejo en la presente técnica.	15'
4.Impacto emocional del Duelo Perinatal y los factores de riesgo de duelo complicado. Al finalizar el subtema cada	<p>La instructora mencionará las circunstancias que de estar presentes, facilitan la complicación del duelo.</p>	<p>Técnica Instruccional: Expositiva. Acercamiento a lo planteado por López sobre las emociones manifiestas, el</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		10'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
participante será capaz de reconocer las complicaciones ante la vivencia del duelo por muerte perinatal.		impacto de éstas y sus complicaciones ante la vivencia de la muerte de un bebé durante el embarazo.			
<p>Distención/ Relajación Se propondrá al grupo una dinámica de relajación con el objetivo de centrarse en el aquí y el ahora para poder realizar las actividades restantes de la presente sesión de manera más focalizada.</p>	La instructora les pedirá a las participantes que encuentren la postura y el lugar que les genere mayor comodidad para llevar a cabo la presente técnica.	<p>Técnica Grupal: Imaginación guiada. Con el apoyo de una melodía se llevará a cabo la técnica de imaginación guiada en la que se procurará de forma gentil contactar con la emoción del momento, para después soltarla y fluir en sensación de bienestar.</p>	<p>-Reproductor de sonido. -Selección de música.</p>		10'
<p>5. Escribiendo sus secretos. Al finalizar el subtema cada participante habrá abordado el recuerdo doloroso de vivir la pérdida de su bebé durante el embarazo desde la tercera fase del acercamiento propuesto en la técnica de James Pennebaker a través de la escritura emocional.</p>	La instructora recordará a las participantes sobre el recurso de la escritura emocional y el efecto positivo de comunicar de forma escrita los hechos y las emociones relacionadas con la experiencia del duelo por la pérdida de un bebé durante el embarazo a lo largo del desarrollo del presente taller.	<p>Encontrando el mecanismo del cambio individual. Ejercicio C Se pedirá al grupo que observe la diapositiva y siga las instrucciones que se indican en ella. Se recordará a las participantes sobre conservar sus escritos, recordándoles que en la sesión final del presente taller se realizará un ejercicio reflexivo con su trabajo.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Hojas blancas. -Bolígrafos.</p>		25'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>Manejo de emociones 2. Al finalizar la técnica, cada participante habrá contactado con sensaciones y emociones que le evoquen bienestar; pudiendo validar la posibilidad de experimentar otro tipo de emociones mientras vive su proceso de duelo. Nos dirigimos al cierre de la tercera sesión.</p>	<p>La instructora pedirá a las participantes que identifiquen a su ritmo y conforme la música suena, sensaciones y emociones que le han brindado bienestar.</p> <p>Se reflexionará sobre la posibilidad de elegir experimentar algunos momentos de bienestar mientras se transita por la vivencia del duelo perinatal.</p>	<p>La música y el bienestar. Mientras en el grupo se escucha la selección de melodías, cada participante evocará sensaciones y situaciones que le han generado bienestar y las anotará en una lista.</p> <p>De forma voluntaria las participantes compartirán al grupo lo identificado. La instructora tomará nota al respecto.</p>	<p>-Reproductor de sonido. -Selección de música. -Hojas blancas. -Bolígrafos. -Ficha de notas clínicas.</p>	<p>Cierre Relajación previa a orientar al grupo al cierre de la tercer sesión del taller con la intención de no dejar emociones abiertas.</p> <p>Identificar emociones relacionadas con el bienestar como recurso para hacer frente a la vivencia del duelo.</p>	<p>8'</p>
	<p>Al concluir la exposición, la instructora llevará a cabo un repaso de los términos referentes a la presente sesión, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.</p>		<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>5'</p>
<p>Ficha Temática: Sesión 3.</p>	<p>La instructora señalará la importancia de compartir con la red de apoyo la información contenida en la ficha temática que llevan consigo.</p>	<p>Se hará entrega a cada participante de la ficha temática de la presente sesión, como apoyo al seguimiento del contenido y trabajo emocional de este taller. Se explicará que la información contenida les permitirá reflexionar sobre el</p>	<p>-Fichas temáticas de la sesión 3.</p>	<p>Cierre Como recurso informativo la ficha temática permitirá integrar los temas abordados durante la sesión y será una</p>	<p>5'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
		trabajo llevado a cabo durante la sesión y se podrán esclarecer algunas de las dudas de la red de apoyo cuando la compartan, pudiendo conocer más al respecto del adecuado manejo de emociones ante la vivencia del duelo perinatal.		alternativa para informar e impactar en la red de apoyo.	
Cierre de sesión	La instructora anotará los comentarios que hagan las participantes para poder asociarlos en la retroalimentación que se llevará a cabo en la sesión final del presente taller.	Se le pedirá a cada participante que mencione en una palabra lo que se lleva a reflexión personal de las herramientas practicadas para manejar emociones abordadas en la presente sesión.	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Cierre Identificar en las participantes los aspectos relevantes sobre las temáticas y las técnicas abordadas durante la sesión.	5'

Sesión 4 Elaboración del duelo perinatal				
Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Bienvenida	Se dará la bienvenida a las participantes a la cuarta sesión del presente taller.			2'
Revisión Sesión 1, 2 y 3	La instructora llevará a cabo un repaso puntual de los temas y subtemas vistos en las sesiones 1, 2 y 3. Solicitará al azar a las participantes expliquen con sus palabras el contenido expuesto, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		9'
Reglas de Operación y Participación	Se recordará a las participantes que las reglas de operación y participación se encuentran a la vista del grupo y que es importante seguir conduciéndonos apegadas a ellas.	-Hoja de Rotafolio.		2'

Desarrollo					
Tema 4. La elaboración de la pérdida y las tareas del duelo.					
<p>Objetivo Particular. Al finalizar el tema cada participante será capaz de explicar cuáles son las tareas del duelo y sus complicaciones. Reconocerá el trabajo que realizó durante la experiencia de la pérdida dejando de dar lugar a la culpa y pondrá en consideración las sensaciones opuestas a la tristeza y al dolor por la pérdida de su bebé durante el embarazo.</p> <p style="text-align: center;">Dominio del Aprendizaje: Cognoscitivo-Afectivo.</p> <p>Se pretende desarrollar un conocimiento en relación a los aspectos emocionales que se abordan en la elaboración del duelo, haciéndose cargo de su propio proceso ante la vivencia del duelo perinatal.</p>					
Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>A) Reconocimiento de acciones generadas, libres de control y culpa. Al finalizar la técnica introductoria al tema, el grupo se habrá sensibilizado y cada participante habrá contactado con su necesidad de control y sensación de culpa presentes, las cuales interfieren en la vivencia del duelo por la pérdida de su bebé durante la gestación.</p>	<p>Las participantes formaran parejas de forma voluntaria. A través de un ejercicio reflexivo, se hará un primer acercamiento a la validación de las acciones que realizaron en el momento de la pérdida de su bebé, con lo mejor que estuvo a su alcance y hasta donde fue posible.</p> <p>La reflexión grupal se dirigirá hacia la importancia de no dar lugar al control y a la culpa, trabajo principal de la presente sesión.</p>	<p>Devuelvo la responsabilidad a la vida sin control ni culpa. Se pedirá a las participantes que analicen la frase:</p> <p style="text-align: center;">“Hago lo mejor que puedo, con las cartas del momento; el resto le pertenece a la vida.” Arianne Seccia.</p> <p>Posteriormente, se compartirá con el grupo su reflexión.</p> <p>La instructora tomará nota de los comentarios de las participantes.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio Validar cada acción y decisión tomadas en torno a la pérdida de su bebé; identificando el control y la culpa presentes para poder facilitar la elaboración del duelo.</p>	<p>20'</p>
<p>1.Las tareas del duelo y sus complicaciones según William Worden. Al finalizar el subtema cada participante será</p>	<p>La instructora expondrá las cuatro tareas para la elaboración del duelo, incluido el duelo por muerte perinatal y cuales resultan ser sus</p>	<p>Técnica Instruccional: Expositiva. Abordaje de las cuatro tareas del duelo y sus complicaciones propuestas por</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>	<p></p>	<p>10'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
capaz de nombrar las cuatro tareas para la elaboración del duelo propuestas por Worden y conocerá sus posibles complicaciones.	complicaciones para transitarlas.	William Worden.			
<p>2. Haciendo frente a la transición del duelo. Al finalizar el subtema el grupo se habrá sensibilizado y cada participante habrá identificado al menos uno de los recursos que le han sido útiles y le han permitido transitar hasta este momento por el duelo perinatal que enfrenta.</p>	<p>Las participantes realizarán la técnica de forma individual. Representarán simbólicamente los recursos que les han sido de utilidad en esta primer etapa de la vivencia del duelo perinatal por la que transitan y consideran podrían brindarles apoyo en el tiempo restante.</p> <p>Al terminar, de forma voluntaria compartirán al grupo su reflexión, mientras la instructora toma nota de sus comentarios.</p>	<p>Objeto-Recurso de bienestar. Se pedirá a cada participante que represente cada uno de los recursos que le han sido de utilidad en esta etapa. Que identifique lo que le represente ánimo, cierta inspiración y/o le recuerde el proceso de constante adaptación en el que se encuentra.</p>	<p>-Hojas blancas. -Lápices de colores. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio Reconocer y dar lugar a elementos significativos que han resultado para cada participante recursos útiles para hacer frente al duelo.</p>	20'
<p>3. Reconocimiento y validación de las decisiones logradas a nuestro alcance. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer que</p>	<p>La instructora entregará a cada participante un paquete de tarjetas. Se dará la instrucción de que sin mirarlas previamente, respondan una a una desde su experiencia</p>	<p>Lo mejor ha sido dado. Arianne Seccia. A través de la presente técnica se pedirá a las participantes que respondan a las preguntas de las tarjetas escribiendo desde las</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Paquete de 7 tarjetas impresas para cada participante -Bolígrafos.</p>	<p>Desarrollo Se retomará la reflexión de la técnica introductoria para confirmar que las decisiones que se</p>	20'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>realizó lo mejor que le fue posible en el momento de la pérdida de su bebé. La reflexión se dirigirá a retomar elementos como la aceptación, el proceso de elaboración y la adaptación para validar sin control ni culpa lo logrado hasta el momento y así favorecer su proceso de duelo perinatal.</p>	<p>reciente. Al finalizar, de forma grupal se hará la reflexión de reconocer seguridad y certeza en las acciones que llevaron a cabo; retomando soltar el control y la culpa; permitiendo así una mejor elaboración en su proceso de duelo. La instructora escribirá los comentarios al respecto.</p>	<p>decisiones que tomaron en el momento de la pérdida de su bebé. Desde la reflexión se resignificará la idea de “no haber hecho lo suficiente”, reafirmando que llevaron a cabo todo lo mejor posible desde las circunstancias en las que se encontraban, permitiendo soltar el control y la culpa para facilitar la elaboración del duelo por el que transitan.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas.</p>	<p>tomaron en los momentos alrededor de la pérdida perinatal, fueron las mejores que tenían en sus manos; dando lugar a la certeza y apreciando el esfuerzo realizado en ese momento.</p>	
<p>Receso</p>	<p>Se darán algunos minutos de receso para para continuar con la segunda parte de la sesión sin interrupciones.</p>				<p>15'</p>
<p>Distención Se propondrá al grupo realizar una dinámica de distención con el objetivo de relajarse y lograr concentrarse en la segunda parte de la presente sesión.</p>	<p>Con la intención de propiciar distención y mantener el ambiente participativo en el grupo, las participantes realizarán la presente técnica lúdica.</p>	<p>Técnica grupal: Rompe-Hielo. Policías y ladrones. La instructora dará de forma clara las instrucciones al grupo con el objetivo de que la actividad lúdica favorezca la concentración hasta el finalizar la presente sesión.</p>			<p>10'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>4. Re - Ordenando roles. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer el lugar que le corresponde como madre del bebé que perdió y podrá transformar la demanda que hace a su bebé de llenar un espacio que en orden le corresponde fungir a la madre, pues el rol receptor es propio del bebé.</p>	<p>La instructora pedirá al grupo su reflexión acerca del rol que deben ejercer las madres con sus hijos, cuál es su papel y cuáles son las acciones a desempeñar desde el cuidado y protección hacia ellos, anotando en una hoja de rotafolio sus comentarios.</p> <p>El replantear su rol desde el orden se dirigirá a la apropiación de su lugar como adulta, madre y procuradora de su bebé fallecido.</p> <p>La instructora escribirá los comentarios significativos que realicen las participantes.</p>	<p>Técnica Instruccional: Diálogo. Apropiación de rol materno. Desde la reflexión, se abordaran las acciones del rol materno con los hijos y se planteará al grupo la resignificación de su propio rol, ya que los hijos no abastecen; son las madres las que llenan el espacio de cuidado, procuración y nutrición a sus bebés; por lo que será importante para la elaboración de su proceso de duelo que replanteen la demanda de presencia que solicitan a su bebé fallecido transformando su rol receptor en materno.</p>	<p>-Hoja de rotafolio. -Plumones. -Masking Tape. -Bolígrafos. -Ficha de notas clínicas.</p>	<p>Desarrollo Desde un ejercicio reflexivo se sensibilizará a las participantes a considerar asumir su rol materno en orden y procuración con su bebé dentro de un contexto dirigido a la elaboración del duelo que viven por su pérdida.</p>	15'
<p>5. Dando lugar a emociones positivas. Al finalizar el subtema cada participante será capaz de reconocer algunas de las emociones positivas relacionadas con su vivencia del rol materno.</p>	<p>Se pedirá de forma individual a las participantes puedan enlistar cada una de las situaciones por las que sienten agradecimiento de haber vivido desde su rol materno y durante la transición de su proceso de duelo.</p> <p>La instructora</p>	<p>Memorias de gratitud. De forma individual las participantes identificarán situaciones que agradecen haber experimentado con sus bebés a través reconocimiento de su historia y validación de sus actos. De forma voluntaria será</p>	<p>-Hojas blancas. -Bolígrafos. -Ficha de notas clínicas.</p>	<p>Desarrollo Reconocer las circunstancias vividas en su rol materno, identificando como son recibidas y agradecidas por cada una.</p>	11'

Propuesta de Intervención para el Manejo de Duelo por Muerte Perinatal

Alma Delia Sánchez Quiroz

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
	tomará nota de los comentarios compartidos por las participantes.	compartido.			
<p>6. Escribiendo sus secretos. Al finalizar el subtema cada participante habrá abordado el recuerdo doloroso de vivir la pérdida de su bebé durante el embarazo desde la cuarta fase del acercamiento propuesto en la técnica de James Pennebaker a través de la escritura emocional.</p>	La instructora hará mención sobre el recurso de la escritura emocional el efecto positivo de comunicar de forma escrita los hechos y las emociones relacionadas con la experiencia del duelo perinatal por el que transitan.	<p>Encontrando el mecanismo del cambio individual. Ejercicio D Se pedirá al grupo que observe la diapositiva y siga las instrucciones que se indican en ella. Se advertirá a las participantes que éste y sus anteriores escritos deberán traerlos consigo la próxima sesión para la realización del ejercicio reflexivo de cierre de la presente técnica.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Hojas blancas. -Bolígrafos.</p>		25'
<p>Distención/ Relajación Se propondrá al grupo una dinámica de relajación con el objetivo de centrarse en el aquí y el ahora y poder dirigirnos al cierre de la presente sesión.</p>	La instructora solicitará a las participantes que encuentren la postura y el lugar que más les acomode para llevar a cabo la presente técnica.	<p>Técnica Grupal: Imaginación guiada. Se llevará a cabo la técnica de imaginación guiada reconociendo las emociones identificadas durante la sesión, permitiendo soltarlas y fluir con sensaciones gentiles.</p>		<p>Cierre Relajación previa a orientar al grupo al cierre de la cuarta sesión del taller, con la intención de no dejar emociones abiertas.</p>	10'
	Al concluir la exposición, la instructora realizará un repaso de los subtemas sobre los que se reflexionó durante		<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		5'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
	la sesión, propiciando la participación y el esclarecimiento de dudas.				
Ficha Temática: Sesión 4.	La instructora señalará la importancia de compartir con la red de apoyo la información contenida en la ficha temática que llevan consigo.	Se hará entrega a cada participante de la ficha temática de la presente sesión, como apoyo al seguimiento del contenido y trabajo emocional de este taller. Se explicará que la información contenida les permitirá reflexionar sobre el trabajo llevado a cabo durante la sesión y se podrán esclarecer algunas de las dudas de la red de apoyo cuando la compartan, pudiendo conocer más al respecto del adecuado manejo de emociones ante la vivencia del duelo perinatal.	-Fichas temáticas de la sesión 4.	Cierre Como recurso informativo la ficha temática permitirá integrar los temas abordados durante la sesión y será una alternativa para informar e impactar en la red de apoyo.	5'
Cierre de sesión	La instructora anotará los comentarios que hagan las participantes para poder asociarlos junto con el resto de comentarios en la retroalimentación de cierre del presente taller durante la próxima sesión.	Se le pedirá a cada participante que mencione en una palabra su vivencia a lo largo del trabajo realizado en lo que va del taller. Se reconocerá su gran trabajo y se les recordará que la siguiente sesión será la última, por lo que haremos juntas el cierre de nuestro trabajo.	-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.	Cierre Identificar en las participantes los aspectos relevantes sobre sus vivencias durante el desarrollo del taller.	5'

Sesión 5 La vida después de una pérdida				
Encuadre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
Bienvenida	Se dará la bienvenida a las participantes a la última sesión del presente taller.			2'
Revisión Sesiones 1 a 4	La instructora llevará a cabo un repaso puntual de los temas y subtemas vistos en las sesiones previas. Solicitará al azar que las participantes expliquen con sus palabras el contenido expuesto, propiciando un ambiente participativo y permitiendo el esclarecimiento de dudas.	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		11'
Reglas de Operación y Participación	Se recordará a las participantes que las reglas de operación y participación se han mantenido a la vista del grupo y se señalará lo efectivo que ha resultado a lo largo del presente taller el habernos conducido apegadas a ellas y que en ésta última sesión seguiremos atentas de seguirlas.	-Hoja de Rotafolio.		1'

Desarrollo Tema 5. Estrategias para una nueva vida. Objetivo Particular. Al finalizar el tema cada participante será capaz de explicar cuáles son las buenas prácticas a realizar para su autocuidado y el de las personas que comparten con ella la pérdida de su bebé durante la gestación; generarán nuevos recursos y resignificarán el dolor de la pérdida. Dominio del Aprendizaje: Cognoscitivo-Afectivo. Se pretende desarrollar el generar nuevas estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal desde un contexto afectivo y seguro.					
Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>A) ¿Cómo sería para ti vivir sin dolor?</p> <p>Cierre Emotivo Personal.</p> <p>Al finalizar la técnica introductoria al tema, el grupo se habrá sensibilizado y habrá contactado con algunas metas personales que ha pospuesto o desearía realizar si el dolor por la pérdida de su bebé dejara de tener presencia; pudiendo vislumbrar emociones positivas como la alegría o el bienestar como posibilidades que permitirán hacer contacto con su bebé desde otro lugar, no solo a través del dolor de su pérdida, trabajo principal</p>	<p>Las participantes realizarán la técnica de forma individual. Será un ejercicio reflexivo y se apoyarán del material proporcionado para representar por medio de dibujos o por escrito lo que identifiquen sobre los proyectos que llevarían a cabo o retomarían si no estuviera presente el dolor de la pérdida.</p> <p>Posteriormente, de forma voluntaria, compartirán con el grupo sus reflexiones y se dirigirán hacia la posibilidad de que dichas acciones pueden honrar la vida de su bebé, pues las sensaciones gratas sugieren vida, eliminan culpa y son una</p>	<p>Imagina lo que te gustaría hacer si tu dolor se disipara por arte de magia. William Worden</p> <p>Se pedirá a las participantes que escriban o representen por medio de dibujos los proyectos importantes o las metas que retomarían o desearían iniciar o alcanzar sin la presencia del dolor.</p> <p>En la reflexión grupal se orientarán dichas manifestaciones a ser posibilidades de logro en nombre de su bebé; ya que el honrarle desde las buenas intenciones, permitirá reconocer que la vida es una forma para seguir en contacto con él y le brindará un lugar alejado del dolor, uno que su</p>	<p>-Hojas blancas. -Bolígrafos. -Lápices de colores. -Plumones. -Ficha de notas clínicas.</p>	<p>Inicio Identificar anhelos, planes y proyectos significativos para las participantes a los que les darían posibilidad si no estuviera el dolor presente.</p> <p>Considerar la alternativa de continuar la vida como tributo a la memoria de su bebé.</p>	<p>30'</p>

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
de la presente sesión.	<p>forma distinta para hacer frente al dolor.</p> <p>La instructora tomará nota al respecto de cada comentario compartido.</p>	bebé merece.			
<p>1. Buenas prácticas de autocuidado.</p> <p>Cierre Racional-Teórico.</p> <p>Al finalizar el subtema cada participante será capaz de nombrar cuales son las cuatro alternativas de comunicación efectiva y afectiva para hacer frente al duelo perinatal a nivel personal, familiar y/o social.</p>	La instructora expondrá las cuatro alternativas de comunicación como un recurso para hacer frente a la transición del duelo perinatal desde la solicitud o el ofrecimiento a los protagonistas del duelo, procurando el autocuidado.	<p>Técnica Instruccional: Expositiva.</p> <p>Abordaje de las alternativas de comunicación: LAST (por sus siglas en inglés) y las propuestas por la Guía Clínica del Abordaje del Duelo Perinatal como estrategia de autocuidado.</p>	-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.		10'
<p>2. Escribiendo sus secretos.</p> <p>Cierre.</p> <p>Cierre Emotivo-Racional-Teórico-Personal.</p> <p>Al finalizar el subtema cada participante será capaz de nombrar los fundamentos y alcances de la técnica de escritura emocional</p>	La instructora hará mención de los aspectos que fundamentan el plan de ejercicios propuestos por James Pennebaker acerca de la expresión de emociones por escrito sobre de un hecho doloroso como lo es la vivencia del duelo perinatal. Las participantes que así lo deseen compartirán con	<p>Encontrando el mecanismo del cambio individual.</p> <p>Cierre.</p> <p>Técnica Instruccional: Expositiva. Diálogo.</p> <p>Desde la exposición, la reflexión y la participación voluntaria, se abordaran los fundamentos y alcances de la escritura emocional</p>	<p>-Escritos de las participantes de los ejercicios A al D de la técnica de escritura emocional.</p> <p>-Lap top y cañón. Presentación de PPT.</p> <p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Inicio</p> <p>Reconocer los alcances identificados por las participantes en relación a los ejercicios propuestos por Pennebaker.</p>	30'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
sugerida por James Pennebaker; pudiendo señalar sus beneficios como una herramienta útil para el afrontamiento eficaz del duelo perinatal por el que transitan, desde la experiencia práctica a lo largo de las sesiones previas del presente taller.	<p>el grupo su experiencia de identificación, expresión, manejo de emociones y sensaciones, así como los cambios identificados relacionados con la realización de los ejercicios relacionados a lo largo del taller.</p> <p>La instructora tomará nota de lo mencionado por las participantes.</p>	planteada por James Pennebaker con la finalidad de señalar el cambio experimentado a nivel emocional y fisiológico por las participantes ante el manejo de duelo perinatal desde la presente técnica.			
Receso	Se darán algunos minutos de receso para continuar con la segunda parte de la sesión sin interrupciones.				15'
<p>3. La conexión permanente mamá - bebé.</p> <p>Cierre Emotivo-Simbólico con su bebé.</p> <p>Al finalizar el subtema las participantes habrán establecido una conexión simbólica y permanente con su bebé desde el lugar grato y afectivo que concede el identificar las cosas positivas</p>	<p>La instructora hará hincapié a las participantes en que identifiquen las situaciones gratas que le han dado sentido o podrían darle sentido a su vida y desean compartir con su bebé por medio de éste lazo perdurable con él.</p> <p>De forma voluntaria, las participantes compartirán con el grupo su ejercicio personal.</p>	<p>El lazo de corazón a corazón.</p> <p>Se pedirá a cada participante que represente por medio de un dibujo el lazo que une su corazón al corazón de su bebé partiendo de identificar cada una de las acciones, buenas intenciones y momentos gratos que podrá participarle simbólicamente a través de ese lazo, desde éste momento y hacia el futuro.</p>	<p>-Hojas blancas. -Lápices de colores. -Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Desarrollo</p> <p>Reconocer nuevas y duraderas formas de contacto con su bebé, con la intención de reafirmar su presencia y no su ausencia desde un vínculo amoroso y simbólico; único entre mamá y bebé.</p>	20'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
que procuran un sentido de vida y permiten retomar el propósito y la pasión por ésta, con el objetivo de integrar de forma gentil su gran pérdida y permitirse continuar viviendo la vida.	<p>La reflexión se dirigirá a señalar que desde el reconocimiento de la alegría y el mantener sensaciones positivas la conexión permanente con su bebé traerá consigo la posibilidad de encaminarse hacia la elección de volver a vivir la vida.</p> <p>La instructora tomará nota al respecto.</p>	La presente técnica propiciará a las participantes una alternativa cálida y positiva para estar unidas a su bebé, distinta a la tristeza y el dolor que ha propiciado el duelo.			
<p>Distención Se propondrá al grupo realizar una dinámica de distención con el objetivo de integrar parejas de participantes al azar para la actividad de cierre grupal.</p>	<p>Con la intención de generar distención y la integración de parejas al azar como pauta para la última actividad; cada participante deberá tomar una tarjeta y buscar en el grupo a quien tiene la tarjeta que complete su refrán.</p> <p>Al finalizar deberán mantenerse con su pareja de refrán para poder dar comienzo a la siguiente actividad.</p>	<p>Técnica grupal: Rompe Hielo. Refranes. La instructora dará de forma clara las instrucciones al grupo con el objetivo de que la actividad lúdica favorezca la distención y la integración del grupo para realizar la última actividad de cierre.</p>	<p>-Caja. -Tarjetas de refranes.</p>		5'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
<p>4.Cierre grupal.</p> <p>Cierre Afectivo. Grupal.</p> <p>Al finalizar la técnica, las participantes habrán podido expresar a sus compañeras la frase de agradecimiento y reconocimiento que da sentido al trabajo a lo largo del presente taller y que representa el haber compartido su dolor ante la vivencia del duelo perinatal; pudiendo reconocerlo ante el grupo para aligerar el transitar por él.</p>	<p>La instructora señalará que con ésta técnica se enmarca el cierre del taller.</p> <p>Se darán las instrucciones para iniciar la técnica haciendo hincapié respecto al gran trabajo realizado a lo largo de las sesiones previas, pudiendo reconocer que fue una tarea compartida, llevada a cabo en un espacio seguro, procurando el apoyo mutuo. Siendo este, el momento para agradecerse por la presencia, el apoyo y lo compartido.</p>	<p>Ritual de cierre compartido.</p> <p>Se pedirá a las participantes que formen dos círculos en los que puedan mirarse de frente unas a otras, uno interior y uno exterior, debiendo quedar frente a su pareja del ejercicio anterior para dar inicio con la técnica.</p> <p>Por turnos y dando los giros necesarios hasta que se complete una vuelta, las participantes deberán coincidir una vez con el resto del grupo; para que al final del ejercicio cada una haya expresado a... y recibido de... todas sus compañeras: "Gracias por compartir. Gracias por estar".</p>			25'
<p>Resumen general del taller.</p> <p>Cierre Teórico-Racional.</p>	<p>La instructora hará un resumen del contenido del taller, realizando afirmaciones y cuestionamientos sobre las temáticas abordadas, apoyándose en la presentación de PPT utilizada para que las participantes</p>	<p>A través de las diapositivas se abordarán de forma puntual los temas y subtemas del taller.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		5'

Subtema Objetivo específico	Actividades de Enseñanza Aprendizaje	Técnicas Didácticas (Instruccional/ Grupal)	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	Tiempo Parcial
	<p>reafirmen conocimientos y aclaren las dudas restantes.</p> <p>Con esta actividad se hace el anuncio del cierre del taller.</p>				
Ficha Temática: Sesión 5.	<p>La instructora señalará la importancia de tener la información de las cinco fichas temáticas, compartirlas con la red de apoyo y consultar la información contenida en ellas posterior al taller según sea necesario.</p>	<p>Se hará entrega a cada participante de la última ficha temática, como apoyo al seguimiento del contenido y trabajo emocional de este taller.</p> <p>Se explicará que la información contenida les permitirá continuar reflexionando sobre el trabajo llevado a cabo durante el taller; pudiendo esclarecer algunas de las dudas de la red de apoyo cuando las compartan.</p>	-Fichas temáticas de la sesión 5.	Cierre Como recurso informativo la ficha temática permitirá integrar los temas abordados durante la última sesión del taller y será una alternativa para informar e impactar en la red de apoyo.	5'

Cierre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	HORARIO/ Tiempo Parcial
<p>Cumplimiento de expectativas, objetivos de aprendizaje y de elaboración del duelo</p>	<p>Se cuestionará al grupo si se cumplieron sus expectativas, los objetivos de aprendizaje y el objetivo general del taller planteados en la primera sesión.</p> <p>En la medida de las respuestas, de forma general, la instructora reafirmará la información significativa proporcionada por las participantes sobre sus expectativas, el ajuste de éstas y durante los cierres de cada sesión; con la intención de otorgarles una breve retroalimentación.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT. -Fichas de notas clínicas generadas durante el taller.</p>	<p>Cierre Señalar de forma general a las participantes los aspectos significativos que se identificaron a lo largo del taller con respecto al seguimiento y a la elaboración de su proceso de duelo.</p>	<p>8'</p>
<p>Cierre de sesión</p>	<p>Se le pedirá a cada participante que mencione en una palabra la vivencia más significativa experimentada a lo largo del taller y que de forma significativa haya contribuido a plantear las circunstancias para la elaboración de su proceso de duelo. La instructora tomará nota al respecto.</p> <p>Se reconocerá su compromiso consigo mismas y la importancia de dar seguimiento, de ser necesario, a su trabajo para elaborar su pérdida.</p>	<p>-Ficha de notas clínicas. -Un bolígrafo.</p>	<p>Cierre Identificar en las participantes el aspecto más relevante sobre su participación en el taller.</p>	<p>5'</p>
<p>Sugerencias para reforzar la información</p>	<p>Se proporcionarán referencias bibliográficas y digitales para que las participantes consulten y aseguren los conocimientos adquiridos durante el presente taller; además de que puedan hacer sugerencias de lectura a las personas de su red de apoyo.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>3'</p>

Cierre	Avance	Material Didáctico y Equipo	Seguimiento Terapéutico	HORARIO/ Tiempo Parcial
<p>Formulación de compromisos de aplicación de la información</p>	<p>Se le pedirá a cada participante que en la hoja de árbol que tiene en sus manos, escriba con el plumón el/los compromisos que se lleva del taller, para replicarlos en su entorno personal; junto con quienes ha llevado el protagonismo de éste duelo y hacia quienes la información pueda servir de apoyo ante una vivencia similar.</p> <p>Se pedirá que una a una pase al frente y peguen en la fronda del árbol las hojas con sus compromisos, después de haberlos leído al grupo. La intención es procurar el compromiso de forma semejante a como cuando cuidamos de un árbol, mientras sean nutridos, nos regalaran frutos; es decir, mientras hagamos explícitas nuestras necesidades y acompañemos a otros en su proceso; los duelos se resolverán de forma efectiva.</p>	<p>-Fronda de árbol en cartulina. -Recortes de papel verde en forma de hojas de árbol con cinta doble cara por la parte de atrás. -Plumones.</p>		<p>5'</p>
<p>Agradecimiento y Despedida</p>	<p>Se agradecerá a las participantes, su asistencia, reconociéndoles el compromiso con su propio proceso de duelo, así como su disposición y actitud durante el taller.</p> <p>Se confirmarán vías de contacto con la instructora y se reiterará que los conocimientos adquiridos, son adecuados para un trabajo introductorio a la elaboración del duelo perinatal; por lo que de estar interesadas en dar seguimiento a su propio trabajo emocional o de identificar otras necesidades en su proceso de duelo perinatal, deben solicitar atención profesional de forma inmediata.</p>	<p>-Lap Top y cañón. Presentación de PPT.</p>		<p>2'</p>

4.3.4.4 Formatos.

Cada uno de los documentos que conforman la sección de anexos han sido diseñados con criterios apegados a las técnicas, según los requerimientos y objetivos planteados. Su objetivo es facilitar el desarrollo de las sesiones y lograr mejores resultados, derivados del trabajo propuesto y llevado a cabo en los espacios donde se implemente el presente taller.

La carta de consentimiento informado expone los términos de confidencialidad y el compromiso de resguardo de la información que las participantes compartirán dentro del taller; aunque la intervención será breve, resulta importante que las participantes den su consentimiento previo para abordar y trabajar con sus emociones, ya que es un tema sensible.

La información contenida en cada una de las fichas temáticas se plantea como un ejercicio breve, reflexivo y complementario a lo referido durante el desarrollo de las sesiones del presente taller. Su finalidad es que dicha información sea útil para las participantes y para quienes conforman su red de apoyo familiar y social; resultando un medio de consulta que reafirme los conocimientos adquiridos, el esclareciendo dudas, que permita la sensibilización y sea un apoyo para el contacto y manejo básico de las necesidades emocionales presentes en el momento ante la vivencia, autorización y elaboración del duelo perinatal.

Esta alternativa favorecerá la validación de emociones y permitirá identificar la necesidad de dar seguimiento al trabajo emocional orientado a la resolución del duelo una vez concluido el taller.

El formato de ficha de nota clínica individual /grupal, será empleado en cada técnica en la que las participantes compartan su reflexión de forma voluntaria.

Su función será llevar un registro de observaciones con respecto al discurso de las participantes, como referente de sus procesos individuales; permitiendo confirmar que los objetivos planteados en cada actividad sean cumplidos y que el seguimiento terapéutico de elaboración del duelo se cumple según lo previsto.

Como apoyos didácticos utilizaremos las instrucciones incluidas en el manual de Domínguez, López, & Méndez, (1988) para la escritura emocional propuesta por James Pennebaker y las preguntas planteadas por Seccia, A. (comunicación personal, 2 de diciembre de 2017) en una de las técnicas de su modelo de atención al duelo perinatal, dentro de la formación que imparte sobre el acompañamiento psicoemocional en el periodo perinatal; los cuales se abordaran en un trabajo grupal reflexivo según corresponda.

El cartel propuesto para la difusión del taller, contiene información básica para despertar el interés en la población a la que va dirigido; también, se brinda un correo electrónico como contacto para pedir mayores informes o inscribirse.

Discusión.

Al referirnos de forma general a la vivencia y al manejo del duelo, es posible distinguir que cada uno de los procesos llevados a cabo para hacer frente a una pérdida, suceden de forma individual y muy particular; ya que el duelo es propio, privado y diferente al de cualquier otra persona y aunque la pérdida sea compartida, ningún duelo será igual a otro; no obstante, en ocasiones puede haber coincidencia de emociones con quienes se comparte el dolor.

Es importante tomar en cuenta que el vínculo con quien fallece y las necesidades afectivas para elaborar el duelo son también particulares, propios y privados. Así mismo, dichas necesidades podrán o no ser cubiertas desde el exterior, según sea permitido por quien vive el duelo; es decir, la presencia cercana de otros podrá ser útil y apreciada en la medida en que es consentida por quien atraviesa una pérdida.

El presente trabajo está orientado al abordaje del duelo perinatal, partiendo del contexto en el que el embarazo transcurre de forma normal, sin patologización o riesgo obstétrico alguno para la diada madre-hijo; circunstancia que genera que la vivencia de la muerte perinatal durante la gestación sea experimentada por los padres de forma inaudita.

Alrededor de la temática que nos ocupa, existen diversas circunstancias que complican y trastocan significativamente el proceso y la elaboración del duelo; por ejemplo, el impacto que genera en los padres que su red de apoyo sostenga la idea de que éste debería superarse pronto por el hecho de que no pudieron conocer más o aparentemente no establecieron un vínculo extenso con su bebé.

Sin reparar en que durante el nacimiento ocurre el primer contacto físico entre el bebé y sus padres, para quienes será la ocasión en la que le vean por primera y última vez; sin tomar en cuenta que entre ellos existía un vínculo previo, el que se dio durante el embarazo.

Resulta difícil comprender que los padres tienen una sola oportunidad para conocer a su bebé y decirle adiós; pues en un orden natural, nadie suele despedir a un bebé cuando está “llegando a la vida” ya que no es común, esperado y mucho menos deseado; además de que se hace tangible para ellos que el tiempo del que creían disponer para el entorno de una bienvenida, termina en el marco de un suceso que nunca imaginaron, cegado por el dolor de la despedida.

Ese grande y profundo dolor, es generado por el “hueco” que queda en su existencia; que se constata en el cuerpo que albergó vida y que quedó vacío, en el sitio de la casa asignado a ese bebé y que no se ocupó, en los brazos que no pudieron acunarlo y en el corazón que se nota devastado; ya que ante la muerte de un bebé se confronta la manifestación de perder un gran y auténtico amor aún no materializado, pues ninguna mujer que gesta a su hijo y lo ha perdido, ha necesitado tenerle en sus brazos para amarlo profundamente; situación que también resulta difícil de entender para muchos, pero que para estas mujeres y sus parejas refiere una alternativa legítima de amor, de presencia y de vínculo compartido con su bebé.

El dolor inmenso ante ésta pérdida no tiene que ver solo con el tiempo compartido; ya que en la misma relatividad del tiempo, para algunas de las personas alrededor, éste parecería poco y por lo tanto no merecería ser valorado; pero para quien vive la muerte perinatal, el tiempo compartido con su bebé ha sido el tiempo real vivido y por lo tanto es el tiempo que reconoce que la vida de su bebé fue realmente amada y atesorada a pesar de ser corta.

Y es que quienes transitan por una pérdida perinatal, principalmente las mujeres que han gestado a sus bebés, sienten una gran confusión ante el shock de vivir lo que nunca esperaban, pues ésta pérdida les hunde en una absoluta desgracia; sin embargo en la mayoría de las ocasiones, además de sortear con el profundo dolor que les perturba, deben hacer frente y luchar de cierto modo contra las personas a su alrededor que minimizan su pérdida.

Por lo que regularmente el duelo perinatal va acompañado del silencio del entorno, el cual será importante romper para evitar el hermetismo que violenta en la medida en que el dolor no es visto o no es nombrado; de modo que contar con el espacio para elaborar el duelo contribuirá a que el dolor no sea tan intenso, permitiendo hacer visible tanto a los bebés fallecidos como al propio proceso de duelo.

La importancia de la visibilización de la muerte gestacional o perinatal no solo se dirige a hacer notable la existencia de un bebé para que sus padres elaboren el duelo; también se conduce a reivindicar el lugar del bebé dentro de su contexto social; por ejemplo, a través de otorgarle un nombre con la intención de hacer pública la circunstancia de su pérdida, lo que de cierto modo facilitará que en colectivo le reconozcan, además de favorecer el proceso de sanación para los padres, haciendo viable que el duelo sea respetado y propicie la alternativa de los rituales de despedida.

De igual forma, visibilizar la pérdida perinatal se orienta a otorgarle al bebé una familia y un merecido lugar en el genograma, confirmando a sus parientes la posibilidad de asumir la experiencia de tener un sobrino, un nieto o un primo que vivió únicamente en el vientre de su madre.

Cabe destacar que ubicar la relación de parentesco del bebé en relación con la mujer que lo gestó, el varón que lo concibió y sus familiares, contribuye para hacer frente al duelo perinatal; pues de cierto modo los bebés toman un lugar distante al dolor que causa la indiferencia, cuando son reconocidos como hijos o en filiación; ya que su validación como integrante de la familia o del grupo social, facilita a los dolientes la expresión de emociones y no la contención de éstas.

Por consiguiente, el reconocer a las mujeres en su rol de madre; idealmente desde un frente común en pareja, en familia y de ser posible en grupo, el cual las sostenga en la batalla que dan para ser identificadas como tal; validará el deseo de honrar a su bebé, de hablar de él, de darle un lugar y que quienes le rodean también lo hagan, logrando legitimar a sus bebés, que aunque sin vida, si nacieron y si llegaron a sus vidas, pudiendo ratificar que ellas son madres de ese bebé para siempre.

En un momento dado, dicho reconocimiento, a la par de la elaboración del duelo, propiciará que reconfiguren su identidad a partir de la pérdida perinatal; es decir, estas mujeres deben dirigir su trabajo personal a reconstruirse desde el ser madre y no serlo; pues son madres desde que concibieron, gestaron y parieron a sus bebés sin vida y por esa misma razón a la vez no lo son, pues no tienen a nadie a quien maternar.

Es importante confirmar que en términos de impacto afectivo, desde el profundo dolor causado por la pérdida y lo que les significa, las mujeres no comprenden quiénes son en realidad; pues no son las que creían que iban a ser después del nacimiento de su bebé y creen que jamás volverán a ser ellas, las de antes; pues las que ahora son, no son reconocidas ni por ellas mismas y en ocasiones ni por sus personas cercanas.

En gran medida, esto se atribuye a que el nacimiento de los bebés está marcado por el profundo dolor que genera su muerte, lo que principalmente implica a sus madres replantear la vida tratando de darle un nuevo sentido al afrontar su pérdida; lo cual debe ser considerado al dar seguimiento dentro del trabajo emocional en el acompañamiento inicial, así como en el abordaje terapéutico en torno a la elaboración del duelo perinatal; siendo relevante tomar en cuenta que la recuperación de cada una de las personas que transitan por él se tomará el tiempo justo, el que deba tomarse para poder ser elaborado.

Así mismo, al centramos en visibilizar las pérdidas y el duelo perinatal, es posible brindar un lugar a los padres, cuyo rol de maternar/paternar se origina desde la acción social y colectiva en el embarazo, no solo a partir del nacimiento; pues en consecuencia se ratifica que los bebés fallecidos se relacionaron desde el mundo intrauterino con sus familiares y de cierto modo, ya sin vida, continúan relacionándose con ellos a partir de objetos que les pertenecieron o les representan.

Anteriormente mencionamos que éste vínculo se establece desde que los padres asumen ese título, en ocasiones, cuando recién ha quedado confirmado el embarazo y éste se fortalece con la interacción que el bebé mantiene in útero hacia el exterior.

En muchas ocasiones, lo anterior se ve reforzado por el mismo personal sanitario a cargo de la salud materna, pues con regularidad, durante las consultas prenatales son quienes llaman “mamás” a las mujeres gestantes y mientras realizan la ecografía les invitan a ver a su “hijo” a través del monitor, lejos del discurso médico que llama producto, embrión o feto a su bebé; siendo los lazos y la apropiación del rol evidentes y sin duda alguna, determinantes para la vivencia del impacto al que se enfrentan por la muerte de su bebé.

Sabemos que la circunstancia del duelo perinatal por si sola es estremecedora y que genera a su alrededor emociones diversas desde las experiencias particulares que se entrelazan con los sentimientos que enmarcan las etapas de duelo por las que atraviesan su protagonistas.

En primer lugar podemos señalar que la conmoción que genera la noticia que transmite el personal médico en los padres, familiares cercanos y los mismos proveedores de salud a cargo de la atención materno-fetal en el momento de la muerte perinatal no puede ser gestionada con facilidad por nadie, debido a lo que implica para cada uno de ellos; principalmente, porque muchas veces el médico que tiempo antes dijo que todo se encontraba bien con el embarazo, días después sea quien dé la desgarradora noticia sobre la ausencia de latido fetal.

Por su parte, el padre debe lidiar con su dolor y no solo ser “obligado” socialmente a sostener a su pareja; mientras que la madre muchas veces debe hacer frente a parir a su bebé sin vida para posteriormente encargarse de la dura tarea de la lactancia “a nadie” y pasar por el posparto de un bebé que no vino a casa; por lo que el reconocimiento social a través de otorgarle un nombre, realizar un ritual de despedida, compartir con la familia y validar el legado que deja su paso por la vida y la experiencia misma, también permite la autorización del duelo.

Ahora bien, en la presente propuesta de trabajo nos acercamos a la vivencia del duelo perinatal como un duelo desautorizado; pudiendo detallar sus características con la intención de comprender lo que resuena e impacta de ésta pérdida y así abordar la mayor posibilidad de aspectos psicoafectivos que permitan un trabajo inicial dirigido a la elaboración del duelo de las mujeres que pasan por la pérdida de su bebé durante la gestación a pesar de haber cursado por un embarazo considerado normal.

Pues como hemos mencionado, resulta fundamental la atención de calidad, sensible y profesional que las mujeres que atraviesan por una pérdida perinatal deben recibir; siendo la empatía, el respeto, la calidez y el compromiso piezas clave de la estructura planteada para desarrollar el espacio propicio en el que se les brinde cualquier tipo de atención durante ésta etapa; lo que propiciará que dentro de éste doloroso proceso puedan reconocer nuevas formas de actuar mientras pasan por la vivencia del duelo perinatal.

En consecuencia, dicho tránsito muchas veces conlleva una sensación profunda de desamparo ante el gran dolor y soledad que representa ésta pérdida; de manera que en el desconocimiento de estrategias para descifrar cómo continuar la vida, a la par de hacer frente ante dichas circunstancias, resulta necesario generar un espacio seguro en el que las mujeres puedan hablar, compartir y acompañarse de otras mujeres con las que en cierta medida coincidan en emociones, sensaciones y pensamientos al encontrarse en la misma condición de pérdida.

Debido a lo cual, en la presente propuesta nos hemos remitido a tal espacio planteando un taller psicoafectivo, que además de tocar las bases teóricas del duelo perinatal y de su elaboración, cumpla con el objetivo de contar con fundamentos que permitan brindar desde lo afectivo recursos que propicien transitar por el dolor, ofreciendo elementos que faciliten a las mujeres la identificación y expresión de emociones, según la etapa de duelo por la que se transite, a través de exteriorizar sus sentimientos ante el vacío en el entorno, en su cuerpo y en sus afectos o sobre la culpa que viven por la creencia impuesta o autoasignada de no haber sido buenas madres; además de reconocer cada una de las áreas de impacto que le distinguen como un suceso multidimensional, haciendo hincapié en las particularidades que generan que un duelo se torne complicado.

Con la intención de dar herramientas para propiciar la elaboración del duelo, se propone el abordaje desde la validación y el reconocimiento de las decisiones tomadas en los primeros momentos del suceso de la muerte perinatal, así como en su entorno cercano; es decir, legitimando las alternativas por las que se decidió en el inicio de la experiencia de la pérdida.

Así pues, será factible favorecer en las mujeres la posibilidad de exponer las sensaciones referentes a la culpa para ser elaboradas y eventualmente conceder el lugar a las emociones positivas facilitando su manejo; puesto que la importancia de la vivencia del duelo sin la carga de la culpa, admite desde un lugar gentil la apropiación de la característica procuradora del rol materno, dejando de lado el rol receptor y demandante de consuelo.

Por medio de diversas técnicas se propicia el abordaje de los sentimientos referentes al duelo, siendo una alternativa para generar y fortalecer las propias redes de apoyo al exterior, así como afianzar dentro del grupo de trabajo conformado, la alternativa del respaldo, la escucha y la procuración de cuidado entre las integrantes; brindando la oportunidad de que a través del espacio regular que ofrece el taller se dé un entorno de reflexión y contención grupal.

Esto les permitirá contar con un apoyo extra, el de unas participantes con otras, mitigando los momentos de intensa soledad con la oportunidad de acompañarse empáticamente y compartir, no solo información adecuada desde la coincidencia y el encuentro, sino también su propia historia más allá de con quien tienen lazos sanguíneos. Por lo tanto, desde un ejercicio recíproco, proporcionarse el apoyo necesario para colocarse en un lugar de fuerza y empoderamiento; con la intención de seguir transitando por el duelo de manera colectiva, en común con quienes han tenido experiencias similares.

Uno de los temas clave, es el trabajo sobre las condiciones que dieron como resultado un escenario que se alejó mucho de los preparativos en los que habían venido trabajando para recibir a su bebé; el cual nunca hubieran sido capaces de dimensionar a lo largo de sus semanas de gestación, pues solo estaban abocadas a dar inicio al ejercicio tangible de su maternidad, jamás a vivir un dolor tan profundo.

Por lo que validarlos desde el interior de un contexto social permitirá elaborarlos satisfactoriamente; partiendo del reconocimiento del vínculo en la diada madre-hijo, de forma implícita se desmitifica que estas mujeres no fueron capaces de mantener a su bebé vivo, que lo hicieron mal o que no fueron o hicieron lo suficiente para él; lo cual concede dimensionar y madurar ese gran impacto.

Por otro lado, sabemos que es de suma importancia lograr reestablecer los recuerdos que en su momento se vivieron con felicidad y no solo dar lugar a lo que evoca dolor; por lo tanto, en la medida en que el duelo pueda ser elaborado a través de un acompañamiento, cálido, seguro, sensible y respetuoso; las mujeres podrán hacer frente dando lugar a elementos que les permitan atravesar por la vivencia del duelo perinatal y lidiar con las circunstancias de alegría y felicidad que admitan haber vivido previo a la muerte de su bebé; confirmando la presencia, lo experimentado y logrado, no solo dando peso a la carencia, a la ausencia o al dolor.

Dicho está que esto será una meta a alcanzar mediante un proceso que no implique inventar o borrar recuerdos, procurando aceptar cada vivencia para integrarla de forma gentil a la historia y a las experiencias de vida.

Así que, la parte final del taller está orientado a considerar la idea de poder lograr vivir sin la normalidad del dolor, estimando que los aspectos referentes al autocuidado planteados en su contenido permeen también en la red de apoyo y faciliten a las mujeres la apropiación de su vínculo mamá-bebé.

Pudiendo resignificar el dolor de la pérdida, reconfigurando su relación y el vínculo que se creó previo a ésta; dado que partir del dolor individual, solitario y silencioso hacia la acción grupal para obtener el reconocimiento propio, el de la red de apoyo y el de la sociedad, se logrará reconocer el dolor y atravesarlo colectivamente con la intención de empoderarse, fortalecerse y resurgir de la devastación emocional a la que tuvieron que enfrentarse, desde una acción resiliente y acompañada afectivamente.

A propósito de lo anterior, confirmamos que lograr transitar por lo que pasa alrededor de la muerte perinatal, tratando de que el corazón se mantenga en paz; implica afirmar la posibilidad de saber que la pérdida de éste bebé, trajo consigo una especie de enseñanza concisa y de fortaleza, que muestra con certeza el amor incondicional y que de forma consciente permite dar seguimiento a la propia vida con lo que ésta traiga consigo; pues de cierto modo, nos referimos a un renacer que les implica a estas mujeres tener que examinar sus vidas y redefinirse a partir de reconocer su vivencia individual, de reconstruir su pasado transformando creencias y valores, otorgándole un lugar a la pérdida y así, construir un futuro distinto.

Seguramente los alcances del trabajo afectivo dentro del taller consolidaran en cierta medida la elaboración del duelo, por lo que se requerirá dar continuación a espacios terapéuticos individuales según sea necesario; pues una vez que se ha transitado por el duelo y se ha dado cierta elaboración de la pérdida, el dolor asociado a la ausencia del bebé, de forma tangible ya no resulta tan necesario; pues el trabajo realizado y el aprendizaje obtenido permite vivir con su ausencia, ya que resulta que su presencia se va planteando desde otro contexto.

Posteriormente, uno de los aspectos a considerar, de forma general, será la concientización sobre el duelo perinatal dirigido a encargarse de los afectos y efectos personales y sociales ante la pérdida, procurando minimizar el impacto emocional desde los adecuados protocolos de atención en los servicios de salud.

De manera que habrá que tener muy presente la capacitación y sensibilización en el manejo de duelo por parte de sus proveedores a cargo y del equipo de acompañantes capacitados; ya que esto hará la diferencia en el acompañamiento a los padres en su proceso de duelo, trayendo para éstos el impacto positivo del trato comprensivo, respetuoso y cálido que deben recibir de parte del personal de salud presente en el momento de confirmarse la muerte de su bebé; ya que es una circunstancia que dejara una huella tan significativa como los recuerdos materiales del embarazo y de la vida compartida con él.

Debido a lo cual, resultará conveniente que a nivel institucional, tanto público como privado, se ofrezca formación a nivel teórico y práctico sobre las adecuadas alternativas de atención a través de talleres y cursos, a todos aquellos profesionales involucrados con la atención de las mujeres durante la gestación; pudiendo cubrir la necesidad de formación, manejo y atención profesional que se demanda.

Así mismo, sería importante considerar que esta propuesta sea objeto de reflexión y contribuya a ser un incentivo para el diseño de una guía de actuación de abordaje multiprofesional a la pérdida perinatal inmediata o in situ y otra más de actuación a corto plazo; con la finalidad de dar seguimiento al proceso de elaboración del duelo de la madre y familiares cercanos.

Tal guía favorecería las alternativas del trabajo en equipo y el consenso interdisciplinario, basado en la evidencia científica; dentro del qué destacaría la orientación a la alternativa de actuación dirigida hacia el cuidado emocional de quienes reciben la atención y a los profesionales que la brindan; con la intención de evitar prácticas paternalistas hacia la madre, negligentes para con el padre o demás familiares y negadoras con el bebé.

Su objetivo se orientaría a la práctica clínica sin invisibilizar ni sustituir la relación y la subjetividad en cada caso; dando lugar a las necesidades particulares; partiendo de las características individuales, los aspectos idiosincráticos y propios de cada persona para su efectivo soporte emocional. Tomando en cuenta todas las variables que puedan influir, pues cada persona es diferente; como lo es el vínculo con su bebé y su manera de afrontar la pérdida. Y que su establecimiento procurara la alternativa de flexibilidad para ser utilizada de una manera orientativa y no como normas fijas; generando el espacio propicio como pauta inicial para la elaboración del duelo perinatal y facilitando la autorización de su vivencia.

Tanto la formación profesional como el diseño de la guía de atención pudieran ser un reto a desarrollar en materia de cuidados perinatales; sin embargo resultaría de suma importancia tener presente que en lo general, el primer impacto ante la confirmación de la muerte perinatal lo recibe el equipo médico, siendo ellos quienes deben dar la noticia a la madre o a ambos padres; por lo que dicha formación sería la clave que permita a los profesionales de la salud gestionar desde el autocuidado el abordaje de la pérdida perinatal sin propiciar su desautorización.

Así mismo, a lo largo del presente trabajo hemos dado lugar a que el recibir apoyo emocional hace diferencia en las personas que deben enfrentar su pena, superarla y restablecer su vida después de una pérdida perinatal; pues el trabajo emocional del duelo no solo brinda la alternativa de reconocerlo, sino también de sanar otras historias de pérdidas perinatales, de otorgarle un lugar al dolor y principalmente al bebé que debido a su ausencia no ha tenido un lugar claro en la familia pero si en sus corazones de quienes le esperaban.

La modalidad de taller psicoafectivo, permite difundir el conocimiento general de la naturaleza del duelo mediante la educación sobre el tema, pudiendo propiciar como consecuencia el establecimiento de redes de apoyo más sólidas y la manifestación de empatía ante la vivencia de otros procesos de duelo.

Concediendo gran importancia al trabajo grupal, que principalmente favorece a que el duelo se haga “público” y sea reconocido y abordado en un contexto seguro; partiendo de ser un recurso para la elaboración del duelo, del que podemos señalar otros beneficios como el que permitiría desarrollar estrategias de afrontamiento como la seguridad y confianza, necesariamente presentes para un siguiente embarazo.

Al respecto de éste tema y de forma breve, haremos mención que dependerá de la resolución del proceso de duelo a la que hayan llegado, lo que determinará su actitud hacia el momento en el que la mujer o la pareja planeen o sepan de un nuevo embarazo; así también de su capacidad para considerar al nuevo bebé como un individuo distinto y no como un sustituto del bebé que perdieron con anterioridad.

Como sugerencia para futuras investigaciones y propuestas de intervención, resultaría primordial que se diera seguimiento a largo plazo a las mujeres después de una pérdida perinatal una vez que iniciaran un proceso psicoterapéutico individual o grupal, en dónde además de trabajar en la identificación y manejo de emociones, la elaboración del duelo, la resolución de la pérdida y en la proyección de nuevos escenarios, también se abordasen sus antecedentes de pérdidas perinatales y su impacto.

En un escenario de atención compartido con la pareja, sería de gran valía que posterior a la pérdida se integrasen a un grupo de autoayuda o a un grupo de duelo perinatal; con el propósito de inducir la interrelación con otras personas que viven en duelo, estimulando el compartir, generando la discusión con dirección a la escucha y a propiciar el diálogo reflexivo y el apoyo emocional para superar el duelo.

Se sugiere voltear la mirada a espacios que se centren en la humanización del parto, en dónde la gestación se aborda como un proceso saludable y sin riesgo; brindando atención a la salud integral, física y emocional de la diada madre-hijo y que incluye a la pareja en un rol activo desde la confirmación del embarazo.

Es de considerarse que el haber medicalizado el embarazo, trajo consigo el criterio médico de riesgo latente en la salud materno-fetal, cuando el embarazo no debería de implicar ansiedad por el bienestar o depresión por la incertidumbre. Pues es un proceso fisiológico al que debe darse seguimiento en un entorno que fortalezca a la mujer y que no la coloque en un contexto vulnerable, pues para éste proceso natural, desde los inicios de la humanidad, la mujer ha tenido la capacidad, fortaleza y herramientas para transitarlo.

Dentro del contexto de humanización del parto, al momento de presentarse la vivencia al duelo perinatal, el entorno facilitaría el dar lugar a un escenario sin tantas culpas, pues para la mujer estaría una parte asumida de que cursó por un embarazo cuyo proceso siguió de forma natural y fisiológica y para el que su organismo y estructura emocional contaban con la capacidad para hacerle frente; siendo estos elementos los que harían la diferencia si llegara a ocurrir.

A esto mismo, agregamos que resultaría muy significativo que la mujer que ha vivido una pérdida perinatal, no contó con un trabajo previo de elaboración del duelo y se encuentra embarazada nuevamente, reciba apoyo psicoemocional desde las primeras semanas de gestación para facilitarle la comprensión y aceptación de los sentimientos de ambivalencia y negatividad durante este periodo. Con el objetivo de que viva una nueva gestación sin temores pasados o sentimientos de culpa que no le permitan disfrutar el momento presente.

Por lo que una tarea más para el equipo de salud sería identificar tal circunstancia y proporcionarle a la mujer la información y atención adecuadas, dirigida a abordar los temores maternos ante otro posible resultado desafortunado.

Lo anterior traerá consigo una transformación amorosa, profunda y positiva; que daría la posibilidad para enfrentarse a una nueva historia, pudiendo volver a tener el control y la seguridad para dar lugar al siguiente paso; que en la mayoría de los casos abre la posibilidad al embarazo posterior a la pérdida.

El reto será que el nuevo embarazo no se enmarque desde el miedo a enfrentarse de nuevo a una posible pérdida; pues aunque sabemos que los miedos son grandes, también lo son las ilusiones y la esperanza de lograr volver a ser madre y estas mujeres merecen materializar su anhelo desde la mayor tranquilidad y seguridad posibles sin seguir dando peso al dolor, el miedo, la tristeza y la angustia de la experiencia anterior.

Por último, cabe señalar que de un par de años a la fecha, a nivel mundial ha tenido un eco importante la tarea de hacer evidentes las pérdidas perinatales, por lo cual se instituyó el día 15 de octubre como el Día Internacional de la Concientización de la Muerte Gestacional y Perinatal y designando al mes de octubre como el mes dedicado a visibilizar la conmemoración del duelo gestacional y perinatal.

Por esta razón, en diversos países del orbe, durante este mes se lleva a cabo el “Día del Recuerdo” en el que las organizaciones y grupos locales que trabajan la temática del duelo perinatal convocan a quienes han vivido la pérdida de su bebé durante la gestación, el parto o los primeros meses de vida para otorgarles un lugar en la comunidad por medio de encuentros o recordándole a través de ciertos rituales significativos.

Su principal objetivo es que los padres puedan sensibilizar a otras personas creando conciencia sobre la muerte perinatal desde el compartir su experiencia, haciendo notorio el dolor ante su pérdida y la importancia de ser reconocida; pues al ser un tema silenciado, entra en los parámetros excluyentes que indican que hasta que no toca de cerca, no existe.

Lo que hace evidente que el trabajo alrededor de la atención y la sensibilización hacia el duelo por muerte gestacional recientemente comienza y queda un gran camino por recorrer.

Referencias

- Álvarez, M., Claramunt, M., Carrascosa, L., Silvente, C. (2010). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Tenerife: Obstore.
- Barba, S. & Carvajal, J. (2012). Pautas del manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 77 (2), 159 - 168. Recuperado de <http://sicielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n2/art14.pdf>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. (5ª. ed.). España: Morata.
- Bowlby, J. (1993). *El Vínculo Afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Centeno, C. (2013). *Gestión del duelo y las pérdidas. Aprendiendo a convivir con lo ausente*. España: Formación Alcalá.

Defey, D., Rosello, J., Friedler, R. Núñez, M., Terra, C. (1985). Duelo por un niño que muere antes de nacer. Vivencias de los padres y del equipo de salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP. OPS - OMS. Publicación científica. CLAP 1086. 77pp.

Doka, K. (Ed.). (2002). *Disenfranchised Greif. New Directions, Challenges and Strategies for Practice*. Illinois: Research Press Publishers.

Doka, K., & Davidson, J. (Eds.). (2001). *Caregiving and Loss. Family Needs, Professional Responses*. Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Domínguez, B., López, D., Méndez, V. (1988). *Sobre control y manejo del distres. Manual para instructores*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Duarte, L., Mejías, M., García, S. (2012). *Guía Clínica de abordaje del duelo Perinatal*. Recuperado de <http://www.bubok.es/libros/213244/GUIA-CLINCA-DE-ABORDAJE-DEL-DUELO-PERINATAL>

Fellitti, K., 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. 125 - 137. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/res/n64/0123-885x-res-64-00125.pdf

García, F. (2008). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Revista Cubana de Pediatría*. 80 (2). Recuperado de scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000200009

García, I. (Reportera). (2018, 06 de marzo). *Atención a la muerte gestacional en el INPer*. Ciudad de México: Noticiero Hechos. TV Azteca.

Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal. (2009). Madrid: Asociación UMAMANITA y El Parto es Nuestro. Recuperado de <http://www.elpartoesnuestro.es/category/perdida-perinatal>

Instituto Mexicano de Tanatología (2006). *¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología*. México: Trillas.

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (s.f). *Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único. Guía de Práctica Clínica*. Recuperado de www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2016). *Mortalidad Fetal en México y CDMX*. Recuperado de www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp

James, J., & Friedman, R. (2001). *Manual para superar pérdidas emocionales. Un programa práctico para recuperarse de la muerte de un ser querido, de un divorcio y de otras pérdidas emocionales*. Madrid: Los libros del comienzo.

Kissane, D., & Bloch, S., (2002). *Family focused grief therapy*. England: Open University Press.

Kübler-Ross, E. (2001). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Grijalbo Mondadori.

Lagrand, L. (2011). *Healing Grief, Finding peace. 101 ways to cope with the death of your loved one*. Illinois: Sourcebooks.

López, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. 31 (109), 53 - 70.

Martos-López, I., Sánchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, Ch. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 7 (2), 300-309. Recuperado de <http://www.uc3m.es/recsRevistaEspañoladeComunicaciónenSalud>

Monge, T., & Montero, C. (2010). Síndrome de Muerte súbita del Lactante. *Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica*. 67 (592), 215 - 217. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2010/rmc10592v.pdf

Mota, C. (2008). *Duelo Perinatal y actitud hacia la maternidad en mujeres con pérdida gestacional*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M., Sánchez, M. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 43 (3), 419 - 428. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/vlps/v43n3a03.pdf

Northrup, C. (2010). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. (3ª. ed.). España: Urano.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/*

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). *De los Objetivos de Desarrollo del Milenio hacia los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas*. Comunicado de Prensa/Ginebra. Recuperado de www.who.int/es/news-room/detail/08-12-2015-from-mdgs-to-sdgs-who-launches-newreport

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Metas*. Recuperado de www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/

O'Connor, N. (1999). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.

Ovalle, A., Kakarieka, E., Correa, Á., Vial, M., Aspillaga, M., (2005). Estudio anatómo-clínico de las causas de muerte fetal. *Revista chilena Obstetricia y Ginecología*. 70 (5), 303-312. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n5/art05.pdf>

Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcon, F., Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo Materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*. 76 (5), 215-219. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-zoom/sp09Se.pdf>

Pastor, S., Romero, J., Hueso, C., Lillo, M., Vacas, A., Rodríguez, M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 19 (6): [08 pantallas] Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Pastor, S., Romero, J., Castro, O., Paramio, J., Toledano, A., Ortegón, J. (2013). Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal. *Paraninfo digital*. Monográficos de investigación en salud. VII (19) Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n19/095o.php>

Payás, A. (2010). *Las tareas del Duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo – relacional*. Madrid: Paidós.

Pérez, P. (2015). *Manual introductorio a la Ginecología Natural*. Santiago de Chile: Ginecosofía.

Pregnancy loss and the death of a baby guidelines for professionals. (2017). Sands. Stillbirth & Neonatal Death Charity. Recuperado de www.uk-sands.org

Sánchez-Pichardo, M. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana*. 21 (3), 147-150. Recuperado de <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/IP73-05-Guia.pdf>

Saying goodbye to your baby. For parents who have had a late miscarriage, stillbirth or neonatal death. (6a. ed.) (2016). Sands. Stillbirth & Neonatal Death Charity. Recuperado de www.uk-sands.org

Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.

Varney, H., Kriebs, J., & Gegor, C., (2006). *Partería Profesional de Varney* (4ª. ed.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Verny, Th., & Kelly, J. (1988). *La vida secreta del niño antes de nacer*. (21ª. ed.). Barcelona: Urano.

Wenzel, A. (2014). *Coping with Infertility, Miscarriage, and Neonatal Loss. Finding Perspective and Creating Meaning*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

When a baby dies before labour begins. (2ª. ed.) (2013). Sands. Stillbirth & Neonatal Death Charity. Recuperado de www.uk-sands.org

Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. (4ª. ed.). Barcelona: Paidós.

Anexo 1.

Carta de consentimiento informado.

Yo _____, expreso libremente que estoy de
Nombre de la participante
acuerdo en participar en el taller _____, cuyo
objetivo es que logre nombrar las etapas del proceso de duelo que vivo al
enfrentar la muerte de mi bebé durante su gestación y que cuente con la
información adecuada para visibilizar de forma básica mis necesidades
emocionales.

Declaro que mi incorporación es voluntaria y tomo el lugar a razón de mi
necesidad de elaborar mi proceso de duelo perinatal.

Es de mi conocimiento que la facilitadora resguardará mi identidad y la
información personal y afectiva que yo comparta dentro del taller, utilizándola
únicamente para los fines que este tiene; por lo que hago explícita mi conformidad
para compartir al interior del grupo en términos de confidencialidad, empatía y
reciprocidad mi experiencia al respecto de la vivencia del duelo por el que transito,
con la intención de poder adquirir herramientas psicoafectivas que faciliten mi
proceso de elaboración del duelo.

Concuerdo con que participaré de las actividades dispuestas por la
instructora, haciendo uso de la palabra de forma respetuosa y manteniendo la
información compartida por el resto de las participantes en términos de
confidencia.

Estoy al tanto de que la duración del taller es de 20 horas distribuidas en
cinco sesiones de tres horas cada una y que de identificar que mi proceso de
duelo requiera un manejo diferente al del resto del grupo, le haré saber a la
instructora mi necesidad de aumentar el tiempo para mi trabajo emocional,
solicitando un espacio terapéutico individual posterior al taller.

Firmo la presente para los fines que se estime conveniente.

_____, a ____ de _____ de 2____.

Participante

Nombre completo

Firma

Facilitador(a)

Nombre completo

Firma

Anexo 2.

Guía de Fichas Temáticas como apoyo al participante.

Ficha Temática 1.

Vínculo, apego y pérdida.

Ficha Temática

Sesión 1

“No me reconozco de tanta tristeza que siento.”

Sabemos que la muerte perinatal origina un gran impacto a raíz del **vínculo afectivo** que establecen mamá y bebé durante el embarazo; el cuál es único, especial y muy importante.

Dicho vínculo es una experiencia que revela que desde las etapas más tempranas de gestación y en ocasiones desde antes de haber concebido a su bebé, muchas mujeres se relacionan con él en función del significado que han dotado de tiempo atrás a su vivencia del rol materno.

Los lazos emocionales profundos que cada mujer establece con su bebé; a los que se suman el amor, cariño, anhelos y deseos para este; manifiestan una relación de **apego**, la cual existe por derecho propio y tiene la función específica de procurar protección.

Por ello, es importante reconocer que desde el vínculo establecido y la relación de apego entre mamá y bebé, el impacto por su pérdida resulte devastador.

La respuesta de aflicción generada ante la conmoción que causa la noticia de la **pérdida** por la muerte de un bebé, generalmente se manifestará a través de reacciones como el llanto o una inmensa tristeza.

Cada persona posee formas propias para responder a situaciones de este tipo; ya que vivir el duelo representa la forma de contactar con la ruptura irreversible del vínculo afectivo que tenía mamá con bebé; por lo que las implicaciones emocionales para cursar por ésta pérdida determinaran su curso propio y en consecuencia habrá que poner mucha atención para cubrir las necesidades afectivas de forma particular.

Ficha Temática 2.

El duelo Perinatal y su impacto emocional.

Ficha Temática Sesión 2

“Nunca imaginé llegar a sentir este dolor tan grande.”

El **duelo** es la respuesta normal al dolor y a la angustia que experimentan las personas que transitan por una pérdida y el **duelo perinatal** se refiere a las circunstancias emocionales y de adaptación por las que se transita ante la muerte perinatal.

En muchas ocasiones el dolor por la pérdida de un bebé durante la gestación, al momento del parto o durante el periodo reciente posterior a su nacimiento, es decir, hasta el periodo posnatal, llega a ser tan grande y tan complejo que quien lo vive en muchas ocasiones intenta reprimirlo o negarlo; tratando que su sensación disminuya en la idea aparente de poder manejarlo; ya que considera que experimentarlo puede generarle tanto sufrimiento que tema no llegar a controlarlo.

El duelo tiene que ver con la naturaleza de la pérdida y del tipo de relación; es decir, el duelo debe ser abiertamente reconocido, socialmente validado y públicamente visto para ser autorizado.

Pero sabemos que las características del duelo perinatal lo definen como un duelo desautorizado; en donde la pérdida del bebé en muchas ocasiones no es abiertamente reconocida o expresada en público, por lo que desde lo social se deslegitima el vínculo entre mamá-bebé y se desautoriza socialmente la posibilidad de vivir el duelo; teniendo como consecuencia que el impacto emocional del duelo perinatal en su mayoría se vivencie como un **duelo desautorizado**.

Indiscutiblemente, los principales **protagonistas del duelo perinatal**, son ambos padres; aunque el gran impacto emocional alcanza también a otras personas de la familia, inclusive a los proveedores de salud a cargo. Ya que al referirnos desde la desautorización del duelo, toda persona involucrada de forma cercana y constante tanto con la madre y con el bebé en gestación, también vivirá una pérdida y transitará por un proceso de duelo, por lo que será importante que también asuman de forma abierta su papel de dolientes y contribuyan a su autorización.

Ficha Temática 3.

Identificación y manejo de emociones ante el duelo perinatal

Ficha Temática Sesión 3

“Atiendo mis sentimientos con naturalidad y responsabilidad.”

Debemos recordar que la vivencia del duelo trae consigo una travesía por **etapas** distintas; que aunque no sigan un orden determinado, siempre se transita por cada una; estas son la negación, la ira, la depresión, la negociación y la aceptación.

Es importante tomar en cuenta que la **respuesta** que experimentamos ante el duelo es multidimensional; es decir, su respuesta es psicológica, física, social, espiritual y cognoscitiva.

Las emociones predominantes durante el duelo perinatal son el enojo, la culpa, la tristeza y la depresión y en ocasiones los síntomas por duelo más marcados van de la ansiedad al trastorno de estrés postraumático.

No debemos olvidar que el duelo perinatal tiene un gran impacto emocional; por lo que es importante prestar atención ante **factores de riesgo**, como por ejemplo, que exista previamente un historial de depresión en las madres o que no cuenten con la presencia de su pareja, de familiares cercanos o con una red de apoyo que le brinden soporte emocional; ya que dichos elementos contribuyen a que el duelo se torne complicado.

En las mujeres que viven **duelo perinatal** es habitual que destaque la evocación de tristeza, la presencia de desesperanza, pérdida de autoestima, sentir pena al ver otros bebés y/o mujeres embarazadas, presentar crisis de llanto, no desear hablar de lo sucedido, que exista autorreproche por creer no haber hecho lo suficiente por su bebé y desconfianza ante ser o llegar a ser buena madre, que sientan un gran dolor por la pérdida y que perciban soledad y vacío.

Hay que tener presente que **la prioridad es atender las necesidades emocionales**; pues cada uno de los sentimientos y pensamientos son importantes y merecen tener un lugar en el exterior; por lo que de la forma más gentil y procuradora posible se debe evitar contenerlos, con la intención de contribuir a la elaboración del duelo por el que se transita.

Ficha Temática 4.

Elaboración del duelo perinatal.

Ficha temática

Sesión 4

“Mi entorno me acompaña a vivir la tristeza por su ausencia.”

Recordemos que el duelo es un proceso que fluye y como y cuando lo resolveremos depende de nuestra forma de afrontarlo. Su cometido implica un trabajo afectivo personal y grupal, el cual trae consigo adentrarse en ciertas tareas que permitan alcanzar dicho objetivo.

Las tareas que cumple la vivencia del duelo el duelo se revisan y se adaptan constantemente, según las necesidades y las circunstancias de cada pérdida.

Una de las tareas principales del duelo implica **aceptar la realidad de la pérdida**; pues hay que hacer frente y de forma plena a la realidad que nos confirma que el bebé murió y que en su momento se hizo lo mejor posible. Dicha aceptación se lleva su tiempo, pues trae consigo un proceso racional y emocional. Su complicación se presenta si la etapa de negación se mantiene.

La tarea de **elaborar el dolor de la pérdida** se refiere al reconocimiento del dolor y al trabajo con las emociones presentes; con la intención de evitar somatizaciones o alguna otra circunstancia. En este punto destaca la actitud del entorno social, pues en la medida en que desde el exterior eviten que se manifieste el dolor, reprimiéndolo con frases como: “Eres joven, podrás tener más hijos”; influirán en negativo, generando defensas y bloqueando el dolor como su complicación principal.

El adaptarse a un mundo sin mi bebé fallecido es una tarea que implica adaptación desde tres áreas distintas y complementarias a la vez.

La adaptación externa, se da desde como la muerte perinatal ha influido en su cotidiano. La adaptación interna sucede cuando los dolientes se percatan en como la pérdida de su bebé ha influido en su imagen; es decir, en cómo se reconocen diferentes y la adaptación espiritual que implica cambios en las creencias, valores y supuestos sobre el mundo que es su referente. Esta adaptación la podemos definir como una búsqueda de sentido que permite adaptarse a la ausencia y su complicación conlleva a no adaptarse, no crecer o no entender el mundo sin su bebé.

La última tarea tiene que ver con **hallar una conexión perdurable con su bebé fallecido al embarcarse en una vida nueva**. Lo que suena tan lejano e imposible para muchas de las mujeres que viven duelo perinatal; pues la labor principal es hallar un lugar adecuado para su bebé en su vida emocional; es decir, en su corazón.

Se hace hincapié en que lo anterior es posible, únicamente cuando se está lista y el tiempo para que ese momento llegue es distinto para cada persona.

Las circunstancias afectivas deben permitir que el amor, el recuerdo de las vivencias, su inspiración y significados se incorporen en la vida actual en una relación transformadora y duradera; reconociendo al bebé como una persona importante y amada, que puede seguir presente desde una conexión afectiva distinta.

Su complicación supone que a pesar de pasar el tiempo, haber trabajado emociones y lograr tareas previas, aún no se está en condiciones de fortaleza para seguir adelante; es decir, para seguir con la vida.

Ficha Temática 5.

Estrategias para una nueva vida.

Ficha temática Sesión 5

“No hay lugar para el olvido pues estas en mi corazón.”

La oportunidad de trabajo psicoafectivo a lo largo del taller se orientó a la identificación y manejo básico de las necesidades emocionales presentes en el duelo perinatal.

Uno de los recursos útiles fue la expresión de emociones a través de diversas técnicas; ya que comunicar los sentimientos y necesidades resulta de vital importancia para acercarnos a la elaboración del duelo.

Como alternativas de comunicación y buenas prácticas para hacer frente al proceso de duelo destacamos:

La escucha para apoyar en lo individual, pues facilita que quien transita por la vivencia del duelo comparta su historia.

El reconocimiento de validar lo inaceptable de la muerte; que permite la empatía hacia las emociones presentes.

El apoyo para hacer frente desde la honestidad y construir un entorno de confianza para quienes viven el duelo.

El contacto para conectar con los dolientes y acompañarles en su sentir; a través de la comunicación no verbal, el lenguaje corporal, el tacto, la postura, el contacto visual, la actitud, el tono de voz, la expresión facial, desde un abrazo o dar la mano.

Podemos confirmar que **la elaboración del duelo es un proceso**. Este proceso sobrelleva a su vez los procesos de aceptación y adaptación a la ausencia. Por lo tanto es importante mantenerse en atención de cubrir las necesidades que sean identificadas para seguir haciendo frente a dichos procesos; teniendo presente que el vínculo que se mantiene en conexión mamá-bebé perdurará la vida entera.

Anexo 3.

Ficha de Nota Clínica.

Nota Clínica Individual/Grupal

Taller:	“Resignificando el vacío en mi corazón” Taller psicoafectivo dirigido a mujeres que viven el duelo por la muerte de su bebé durante el embarazo.
Instructora:	Alma Delia Sánchez Quiroz.
Lugar y Horario:	
Fecha:	

No. de sesión:	
Subtema:	
Objetivo Específico:	
Técnica Didácticas: (Instruccional/Grupal)	

Participante	Reflexión	Observaciones

Anexo 4.
Apoyos didácticos.

Escribiendo sus secretos.

Encontrando el mecanismo del cambio individual.

Domínguez, López, & Méndez, (1988)

Ejercicio A.

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) de manera continua y sin hacer pausas.

Mientras escriba hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra ni por la ortografía, gramática o sintaxis. Si de momento no “recuerda nada”, no se preocupe, espere a recordar, algo llegará.

Tendrá 20 minutos completos para realizar la actividad.

Ejercicio B

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida que considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, siento, sufrí, etc.), sin hacer pausas, de manera continua y libremente.

Mientras escriba hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado.

En esta ocasión le presentamos una lista de palabras; intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.

No se preocupe por la claridad de su letra ni por la ortografía, gramática o sintaxis. Si lo prefiere puede escribir sobre el mismo tema de su primer escrito.

Para esta actividad dispondrá de 20 minutos completos.

Lista de palabras

P.P	P.N.	P.C.
Amor	Odio	Descubrí que ...
Afecto	Fracaso	Al fin comprendí que ...
Felicidad	Fealdad	Después de un tiempo ...
Bienestar	Intranquilidad	Estoy buscando ...
Paz	Insoportable	Estoy cerca de ...
Armonioso	Destruyivo	Sospecho que ...
Bonito	Deshonesto	Presiento que ...
Sereno	Terrorífico	Por fin encontré que ...
Vigoroso	Intolerable	La razón de ...
Amable	Dañino	Ahora sé ...
Satisfactorio	Sufrimiento	El sentido es ...
Disfrutar	Quebrantos	Ahora estas más claro ...

Ejercicio C

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.) de manera continua y sin hacer pausas.

Mientras escriba hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra ni por la ortografía, gramática o sintaxis. Si lo prefiere puede escribir sobre el mismo tema de su primer escrito.

Tendrá 20 minutos completos para realizar esta actividad.

Ejercicio D

A partir de este momento haga su escrito evitando utilizar la primera persona del singular. En esta ocasión escriba sus recuerdos utilizando la tercera persona (por ejemplo: él sintió, ella pensó).

Escriba de manera continua, sin hacer pausas y libremente sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente), que considere usted el más doloroso de sus recuerdos.

Mientras escriba hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra ni por la ortografía, gramática o sintaxis.

Si lo prefiere puede escribir sobre el mismo tema de su primer escrito.

Para esta actividad dispondrá de 20 minutos completos.

Lo mejor ha sido dado.

Seccia, A. (2017)

<p>Tarjeta 1.</p> <p>¿Qué es lo que hizo cuando le confirmaron la noticia de la muerte de su bebé?</p>
<p>Tarjeta 2.</p> <p>¿Y qué más hizo?</p>
<p>Tarjeta 3.</p> <p>¿Y qué más?</p>
<p>Tarjeta 4.</p> <p>Y además hizo...</p>
<p>Tarjeta 5.</p> <p>Y también hizo...</p>
<p>Tarjeta 6.</p> <p>Y ...</p>
<p>Tarjeta 7.</p> <p>¿Hizo todo lo que estaba al alcance de sus manos en ese momento?</p>

Anexo 5.

Cartel de difusión.

**“Resignificando
el vacío en mi
corazón”**



Hole in my heart. Agujero en el pecho.
Recuperado de [2.bp.blogspot.com/-YE9ToP3fsnw/VQhsJ1BBMEI/AAAAAAAAAFt/y2-HWYBwwW4/s1600/agujero-en-el-pecho%2B\(1\).jpg](https://2.bp.blogspot.com/-YE9ToP3fsnw/VQhsJ1BBMEI/AAAAAAAAAFt/y2-HWYBwwW4/s1600/agujero-en-el-pecho%2B(1).jpg)

**Taller psicoafectivo dirigido a mujeres que viven el
duelo por la muerte de su bebé durante el
embarazo.**

Duración: 15 horas.

Cinco sesiones de tres horas cada una.

Horarios: matutino y vespertino.

**Objetivo: Nombrar la etapa del proceso de duelo
que vive la asistente al taller, visibilizando de
forma básica sus necesidades emocionales.**

Instructora: Alma Delia Sánchez Quiroz.

Informes e inscripciones: psiqueytanatos@gmail.com