



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DUELO PERINATAL

TESINA

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA

DEANEY OLIVARES GUTIÉRREZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. ALEXANDRA GARDUÑO MAGAÑA



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Justificación</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos</b>	<b>5</b>
<b>1 Embarazo</b>	<b>6</b>
1.1 Fecundación	6
1.2 Segmentación e implantación	7
1.3 La placenta	7
1.4 Crecimiento por semana	8
1.5 Tercer mes	12
1.6 Cuarto y quinto mes	12
1.7 Sexto y séptimo mes	12
1.8 Octavo y noveno mes	13
<b>2 Trabajo de parto</b>	<b>13</b>
2.1 Parto	16
2.2 Cesárea	17
2.3 Puerperio	19
<b>3 Maternidad</b>	<b>21</b>
3.1 El ciclo de la vida	25
3.2 Muerte perinatal	27
<b>4 Duelo</b>	<b>31</b>
4.1 El proceso del duelo	31
4.2 El duelo perinatal	32
4.3 Las etapas del duelo	33
4.4 Duelo complicado	35
<b>4.5 La maternidad y el duelo</b>	<b>37</b>
<b>5 El equipo de salud enfermería y el apoyo a la pérdida perinatal.</b>	<b>40</b>
<b>6 Etiquetas NANDA</b>	<b>42</b>
<b>7 La planificación de una nueva maternidad</b>	<b>50</b>
7.1 El embarazo tras una pérdida perinatal	51
<b>Conclusión</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>54</b>

## Introducción

El tema de la muerte en ocasiones es un tema un tema del que pocos quieran hablar, sin embargo, desde tiempos inmemorables, el hombre ha rendido culto a sus difuntos; ésto se ve reflejado en los diferentes rituales, formas de entierro o despedidas a sus seres queridos.

La vivencia de la muerte ha evolucionado a lo largo de la historia en la experiencia ante la pérdida de un ser querido a cualquier edad, cuando se presencia la muerte de una persona mayor de edad, se tiene cierta resignación donde se piensa “ya vivió y disfruto la vida”, pero cuando nos enfrentamos a la muerte perinatal se juzga, por qué un ser que venía al mundo a traer felicidad, muere, trayendo consigo el afrontamiento a un duelo por perdida perinatal, esta es una situación poco visible y reconocida, estas pérdidas ya sean tempranas o tardías provocan un gran impacto emocional, no sólo en los padres, sino también en los profesionales de la salud.

El personal de salud debe tener la preparación para dar la atención que permita a los padres y familiares la elaboración de un duelo saludable, el cual supone un gran reto, en ocasiones, las creencias personales, familiares o culturales son las que guían las actuaciones de los profesionales por encima del deseo de los padres.

El duelo, es un proceso de adaptación que sigue a la pérdida sea simbólica o física. Comprende las repercusiones directas de la pérdida, como las acciones que se emprenden para manejar las consecuencias. El duelo, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, sobre todo cuando se trata del duelo por la muerte de un bebé en la etapa prenatal, se describe la muerte perinatal como una experiencia traumática que minimiza la capacidad de reflexión emocional y limita la disponibilidad de los padres a otras actividades; esta experiencia desencadena síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima.

La muerte de un hijo, es considerada una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona, pues es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres independientemente de la edad del hijo, el momento en el que ocurrió la muerte o el motivo de la misma; para los padres siempre será

una muerte prematura, ilógica y frecuentemente injusta, normalmente sólo se contempla dentro del proyecto de vida que los hijos mueran antes que los padres.

La intervención de enfermería en el cuidado de los pacientes que afrontan una situación de pérdida perinatal se sugiere estar enfocado a un acompañamiento terapéutico brindando apoyo moral a la madre, padre y los familiares

El personal de enfermería quien su principal área de trabajo es la zona hospitalaria, lo que genera el contacto continuo con el paciente y familiares, al principio y al final de la vida, este hecho hace que se generen relaciones estrechas entre paciente y enfermera; el paciente y su familia, esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo, sensibilidad, empatía ante el dolor ajeno, respeto por sí mismo y por las demás personas que lo rodean, responsabilidad en el cuidado de si y de sus semejantes, comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes o futuros relacionados con los confines de la vida.

El embarazo es una etapa feliz en la vida de las mujeres, en edad fértil, medicamente es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

La mayoría de daños obstétricos y riesgos para la salud materno-infantil pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención en la etapa de embarazo.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente, responsabilizándose junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

## Justificación

La tesina propone esclarecer el manejo del duelo de las madres ante la muerte perinatal, ya que la pérdida de un hijo es la muerte más difícil de superar, pero no imposible como tal, es necesario vivir el duelo de esta pérdida traumática.

Con el propósito de que los padres sean capaces de superar las etapas y que no se queden solamente con la muerte del hijo, sino que pongan fin al duelo, ya que muchos padres siguen por años sin aceptar la muerte del hijo.

Al igual entender el papel importante del personal de enfermería ante el enfrentamiento de esta etapa para los padres y la familia.

## Objetivos

### General

- Evidenciar la existencia del duelo perinatal
- Destacar el papel de enfermería en el manejo del duelo perinatal

### Objetivos específicos

- Definir las fases de duelo
- Definir el duelo y la maternidad
- Esclarecer la sintomatología más frecuente
- Elaborar un plan de cuidados e intervenciones en la atención de duelo perinatal

## 1 Embarazo

Embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación, termina con el parto y el nacimiento del producto a término.<sup>1</sup>

El periodo de embarazo se conforma con el proceso de embriogénesis humana, dividido temporalmente en semanas y meses, engloba los siguientes procesos:

### 1.1 Fecundación

El comienzo de la embriogénesis, es la fecundación definida como: la unión del óvulo y el espermatozoide. Para que tenga lugar este proceso debe ocurrir la ovulación, donde el óvulo es liberado hacia el útero con ayuda de cilios y peristaltismo. La fecundación ocurre en horas cercanas a la ovulación (o algunos días después) en el oviducto.<sup>2</sup>

La eyaculación produce cerca 300 millones de espermatozoides que son químicamente atraídos por el óvulo. Luego de su entrada al conducto femenino, los gametos masculinos son químicamente modificados en la vagina, modificando la constitución de lípidos y glicoproteínas en la membrana plasmática.<sup>2</sup>

El espermatozoide triunfador debe unirse a la zona pelúcida y luego a la membrana plasmática del óvulo. En esta etapa ocurre la reacción del acrosoma, que conlleva a la producción de enzimas hidrolíticas que ayudan a la penetración del espermatozoide en el óvulo. Así se logra la formación del cigoto con 46 cromosomas en las trompas de Falopio<sup>2</sup>. El proceso de fundación es complejo e incluye una serie de pasos coordinados molecularmente, en donde el óvulo activa su programa de desarrollo y los núcleos haploides de los gametos se fusionan para dar lugar a un organismo diploide<sup>2</sup>.

## 1.2 Segmentación e implantación

En los tres días posteriores a la fecundación, el cigoto sufre un proceso de segmentación aún en las trompas de falopio. A medida que aumenta el proceso de división, se forma un conjunto de 16 células que se denomina mórula<sup>3</sup>.

Pasados estos tres días, la mórula se desplaza a la cavidad del útero, donde se acumula líquido en su interior y se forma el blastocito, formado de una sola capa de ectodermo y una cavidad llamada blastocele. El proceso de secreción de fluido se denomina cavitación<sup>3</sup>.

Al cuarto o quinto día, la blástula consta de 58 células, de las cuales 5 se diferencian en células productoras de embrión y los 53 restantes forman el trofoblasto.<sup>3</sup>

Las glándulas del endometrio secretan enzimas que ayudan a la liberación del blastocito de la zona pelúcida. La implantación del blastocito ocurre pasados siete días desde la fecundación; al momento de adherirse al endometrio, el blastocito puede poseer desde 100 a 250 células.<sup>3</sup>

## 1.3 La placenta

La capa celular externa, que da origen a estructuras embrionarias, forma los tejidos del corión que genera la porción embrionaria de la placenta. El corión, es la membrana más externa y permite la obtención de oxígeno y nutrición del feto; además de poseer funciones endocrinas e inmunitarias.<sup>2</sup>

El saco vitelino se encarga de digerir el vitelo y los vasos sanguíneos suministran alimento al embrión, y el amnios es una membrana protectora y se encuentra llena de líquido. Por último, la membrana alantoides se encarga de la acumulación de desechos.<sup>2</sup>



## 1.4 Crecimiento por semana

Para el octavo día, posterior a la fecundación, el trofoblasto es una estructura multinucleada constituida por el sincitiotrofoblasto externo y el citotrofoblasto interno.<sup>3</sup>

El trofoblasto se diferencia en vellosidades y extravellosidades. De las primeras aparecen las vellosidades coriónicas, cuya función es el transporte de nutrientes y oxígeno al cigoto. El extravelloso, se clasifica en intersticial e intravascular.<sup>3</sup>

En la masa celular interna, ha ocurrido la diferenciación en epiblasto y el hipoblasto (que forman el disco laminar). Las primeras originan a los amnioblastos que tapizan a la cavidad amniótica.<sup>3</sup>

A los siete u ocho días del proceso ocurre la diferenciación del ectodermo y endodermo. El mesénquima, surge en células aisladas en el blastocele y tapiza dicha cavidad. Esta zona da origen al pedículo corporal, y unido al embrión y al corión, surge el cordón umbilical.<sup>3</sup>

A los doce días posteriores a la fecundación, ocurre la formación de lagunas provenientes de vasos erosionados en el interior del sincitiotrofoblasto. Estas lagunas se forman por el llenado con sangre de la madre.<sup>3</sup>

Además, ocurre el desarrollo de tallos vellosos primarios formados por núcleos del citotrofoblasto; alrededor de este se ubica el sincitiotrofoblasto. Las vellosidades coriónicas aparecen también al día doce.<sup>3</sup>

En la tercera semana, ocurre la formación de las tres capas germinales del embrión por el proceso de gastrulación.<sup>3</sup>

### *Capas germinales*

Existen capas germinales en los embriones que dan lugar a la aparición de órganos específicos, dependiendo de su ubicación.<sup>4</sup>

El ectodermo, es la capa más externa y en esta surge la piel y los nervios. El mesodermo es la capa intermedia y de esta nace el corazón, la sangre, los riñones, las gónadas, los huesos y tejidos conectivos. El endodermo, es la capa más interna y genera el sistema digestivo y otros órganos, como los pulmones.<sup>4</sup>

### *Gastrulación*

La gastrulación empieza formando en el epiblasto lo que se conoce como “la línea primitiva”. Las células del epiblasto migran a la línea primitiva, se desprenden y forman una invaginación. Algunas células desplazan al hipoblasto y originan el endodermo.<sup>3</sup>

Otras se ubican entre el epiblasto y el endodermo recién formado y dan origen al mesodermo. Las células restantes que no experimentan un desplazamiento o migración originan el ectodermo.<sup>3</sup>

El epiblasto es el responsable de la formación de las tres capas germinales. Al finalizar este proceso el embrión posee formadas las tres capas germinales, y está rodeado por el mesodermo extraembrionario proliferativo y las cuatro membranas extraembrionarias (corión, amnios, saco vitelino y alantoides).<sup>3</sup>

### *Circulación*

Al día quince, la sangre arterial materna no ha ingresado al espacio intervelloso. Luego del día diecisiete ya se puede observar un funcionamiento de los vasos sanguíneos, estableciéndose la circulación placentaria.<sup>4</sup>

### *Semana 3 a la semana 8*

Este lapso se denomina periodo embrionario y abarca los procesos de formación de órganos por cada una de las capas germinales.<sup>3</sup>

En estas semanas ocurre la formación de los sistemas principales y es posible visualizar los caracteres externos corporales. A partir de la quinta semana los cambios del embrión disminuyen en gran medida, comparado con las semanas anteriores.<sup>3</sup>

#### *Ectodermo*

El ectodermo origina estructuras que permiten el contacto con el exterior, incluyendo sistema nervioso central, el periférico y los epitelios que constituyen los sentidos, la piel, el pelo, las uñas, los dientes y las glándulas.<sup>3</sup>

#### *Mesodermo*

El mesodermo se divide en tres: paraxial, intermedio y lateral. El primero origina una serie de segmentos llamados somitómeras, de donde surge la cabeza y todos los tejidos con funciones de sostén. Además, el mesodermo produce el sistema vascular, urogenital y glándulas suprarrenales.<sup>3</sup>

El mesodermo paraxial se organiza en segmentos que forman la placa neural, las células forman un tejido laxo llamado mesénquima y da origen a tendones. El mesodermo intermedio origina las estructuras urogenitales.<sup>3</sup>

#### *Endodermo*

El endodermo constituye el “techo” del saco vitelino y produce el tejido que tapiza el tracto intestinal, el respiratorio y la vejiga urinaria.<sup>3</sup>

En etapas más avanzadas esta capa forma el parénquima de la glándula tiroides, paratiroides, hígado y páncreas, parte de las amígdalas y el timo, y el epitelio de la cavidad timpánica y la trompa auditiva.<sup>3</sup>

#### *Crecimiento vellositario*

La tercera semana se caracteriza por un crecimiento vellositario. La mesénquima coriónica, se ve invadido por vellosidades ya vascularizadas denominadas vellosidades terciarias. Además, se forman las células de Hofbauer que cumplen funciones macrofágicas.<sup>4</sup>

#### *Del tercer mes en adelante*

Este lapso se denomina periodo fetal y engloba los procesos de maduración de órganos y tejidos. Ocurre un rápido crecimiento de estas estructuras y del cuerpo en general.<sup>2</sup>

El crecimiento en términos de longitud es bastante pronunciado en el tercer, cuarto y quinto mes. En contraste, el aumento de peso del feto es considerable en los últimos dos meses previos al nacimiento.<sup>2, 3</sup>

#### *Tamaño de la cabeza*

El tamaño de la cabeza experimenta un crecimiento particular, siendo más lento que el crecimiento corporal. La cabeza representa casi la mitad del tamaño total del feto en el tercer mes.<sup>2</sup>

A medida que avanza su desarrollo, la cabeza representa una tercera parte hasta que llega el momento del parto, cuando la cabeza solamente representa la cuarta parte del bebe.<sup>2</sup>

### 1.5 Tercer mes

Los rasgos van tomando un aspecto cada vez más similar al de los humanos. Los ojos van tomando su posición definitiva en la cara, ubicados ventralmente y no de manera lateral. Lo mismo ocurre con las orejas, posicionándose a los lados de la cabeza.<sup>2</sup>

Los miembros superiores alcanzan una longitud importante. En la decimosegunda semana los genitales se han desarrollado a tal punto que ya el sexo puede ser identificado por una ecografía.<sup>2</sup>

### 1.6 Cuarto y quinto mes

El aumento en términos de longitud es evidente y puede alcanzar hasta la mitad de la longitud de un bebé recién nacido promedio, más o menos 15 cm. En cuanto al peso, aún no supera el medio kilo.<sup>2</sup>

En esta etapa del desarrollo ya se puede observar cabello en la cabeza y también aparecen las cejas. Además, el feto se encuentra cubierto de un vello denominado lanugo.<sup>2</sup>

### 1.7 Sexto y séptimo mes

La piel toma un aspecto rojizo y arrugado, causado por la falta de tejido conectivo. La mayoría de los sistemas ha madurado, a excepción del respiratorio y nervioso.<sup>2</sup>

La mayoría de los fetos que nacen antes del sexto mes no logran sobrevivir. El feto ya ha alcanzado un peso mayor a un kilo y mide unos 25 cm.<sup>2</sup>

## 1.8 Octavo y noveno mes

Ocurren depósitos de grasa subcutánea, ayudando a redondear el contorno del bebé y eliminando las arrugas de la piel.<sup>2</sup>

Las glándulas sebáceas empiezan a producir una sustancia de naturaleza lipídica de color blanquecino o grisáceo llamada vernix caseosa, que ayuda a la protección del feto.<sup>2</sup>

El feto puede llegar a pesar entre tres y cuatro kilos, y medir 50 centímetros. Cuando se acerca el noveno mes, la cabeza adquiere una mayor circunferencia en el cráneo; esta característica ayuda al paso por el canal del parto.<sup>2</sup>

En la semana previa al nacimiento el feto es capaz de consumir el líquido amniótico, quedando en sus intestinos. Su primera evacuación, de apariencia negra y pegajosa, consiste en el procesamiento de este sustrato y se denomina meconio.<sup>2</sup>

## 2 Trabajo de parto

En el trabajo de parto, el cuerpo realiza la liberación de ciertas sustancias que estimulan al bebé como lo son oxitocina llamada hormona de amor, aparentemente involucrada en la formación de relaciones de confianza y generosidad entre la madre y el hijo, la oxitocina refuerza el amor materno y genera vínculos definitivos con él bebé.<sup>5</sup>

Al nacimiento se inicia con una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se dilate e inicie el borramiento del cuello uterino para permitirle al feto pasar por el canal de parto, generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto. Sin embargo no se sabe exactamente qué da inicio al trabajo de parto.<sup>5</sup>

Las señales del trabajo de parto son diferentes en cada mujer, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera distinta. Entre algunas de las señales de trabajo de parto se incluyen las siguientes:

Pérdida del tapón mucoso, es posible que de la vagina se expulse una pequeña cantidad de mucosidad mezclada con sangre, signo que indica que la mujer está en trabajo de parto, las contracciones (o espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que progresa el trabajo de parto la ruptura del saco amniótico la mayoría de las mujeres comienzan el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico. Si el trabajo de parto no comienza después de 24 horas, se debe hospitalizar a la gestante para inducirle el trabajo de parto. Esto se realiza para evitar infecciones y complicaciones en el parto.<sup>5</sup>

Cada trabajo de parto es diferente. Sin embargo, generalmente el trabajo de parto está dividido en tres etapas:

*Primera etapa.* Este es el inicio del trabajo de parto para completar la dilatación y está dividido en la fase latente, cuando las contracciones se hacen más frecuentes (generalmente cada 5 a 20 minutos) y más fuertes, y la fase activa. Las mujeres pueden tener contracciones muy fuertes y dolorosas durante la etapa latente. El cuello del útero se dilata (se abre aproximadamente tres o cuatro centímetros) y se inicia el borramiento.<sup>6</sup>

Generalmente, la fase latente es la más larga y menos intensa de todas las fases del trabajo de parto.<sup>6</sup>

*La fase activa* está marcada por la dilatación del cuello del útero de 4 a 6 centímetros. Las contracciones se vuelven más largas e intensas, y más frecuentes (generalmente cada 3 a 4 minutos).<sup>6</sup>

*La tercera fase* se llama *transición* y es la última fase. Durante la transición, el cuello del útero se dilata de 3 a 5 centímetros más hasta que se dilata completamente a un total de 10 centímetros. Por lo general, las contracciones son muy fuertes y duran

entre 60 y 90 segundos, se presentan con mayor regularidad entre lapsos de pocos minutos. La mayoría de las mujeres sienten la necesidad de pujar durante esta fase.<sup>6</sup>

En la mayoría de los casos, las fases: activa y de transición son más cortas que la fase latente.<sup>6</sup>

*Segunda etapa.* La segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello del útero se abre completamente y finaliza cuando nace el bebé. La segunda etapa es conocida generalmente como la etapa de "pujar". Durante la segunda etapa, la mujer se involucra más activamente en pujar al bebé por el canal de parto para el alumbramiento. Se denomina "coronamiento" cuando se visualiza la cabeza del bebé en el orificio de la vagina. La segunda etapa es más corta que la primera y puede llevar entre 30 minutos a tres horas en un embarazo de una mujer primigesta.

*Tercera etapa.* Después del nacimiento, la madre ingresa a la tercera y última etapa del trabajo de parto, la eliminación de la placenta (el órgano que alimentó al bebé dentro del útero). Esta etapa generalmente dura desde algunos minutos a media hora. Esta etapa incluye la expulsión de la placenta fuera del útero a través de la vagina.<sup>6</sup>

Cada experiencia de trabajo de parto es diferente y el tiempo de cada etapa tiene diversas variaciones. Sin embargo, la mayoría de las mujeres tendrá a su bebé dentro de las 10 horas posteriores al ingreso al hospital, en caso de que no se induzca el parto. Generalmente, el trabajo de parto lleva menos tiempo en los embarazos posteriores.<sup>7</sup>

La inducción del trabajo de parto no se realiza antes de las 39 semanas de embarazo, a menos que haya un problema. Entre las razones de inducción más comunes se incluyen las siguientes:

- La madre y/o feto están en riesgo
- Se ha sobrepasado la fecha estipulada de parto
- La madre tiene preeclampsia, eclampsia o presión alta crónica



- Diagnóstico de escaso crecimiento del feto

Entre las técnicas de inducción más comunes se incluyen las siguientes:

- Insertar supositorios vaginales que contengan prostaglandina para estimular las contracciones
- Administrar una infusión intravenosa de oxitocina (una hormona producida por la glándula pituitaria que estimula las contracciones) o droga similar
- Romper de forma artificial el saco amniótico <sup>7</sup>

## 2.1 Parto

El parto como proceso natural, al cual muchas mujeres huyen por diferentes tabúes como lo es que se “dañe la vagina”, comienza con las contracciones uterinas regulares que aumentan la intensidad y frecuencia, la dilatación del cuello uterino, en ocasiones se realiza episiotomía para facilitar el alumbramiento, intervención que la Organización Mundial de Salud ha limitado en algunos países. La episiotomía, es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo, se ha utilizado en forma rutinaria alegando ventajas durante el parto como la disminución del trauma sobre el piso pélvico, la prevención de laceraciones severas del periné, la prevención de lesiones hipóxico-isquémicas en el feto y por favorecer una restauración anatómica y fisiológica del periné.<sup>5</sup>

En el momento del nacimiento independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos. <sup>5.6</sup>

**RAI** recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.<sup>6</sup>

## 2.2 Cesárea

La operación cesárea es una de las cirugías de mayor permanencia en la historia de la medicina. De origen incierto e inicialmente realizada sólo en condiciones extremas, ha llegado hasta nuestros días como un procedimiento de alta frecuencia, incluso superando los índices considerados como adecuados.<sup>8</sup> Es motivo de preocupación en salud pública que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación.<sup>8</sup>

Se han descrito múltiples técnicas y variaciones, existiendo controversia respecto de cuál es la mejor. Se realizó un resumen de sus indicaciones y variantes quirúrgicas de uso frecuente en orden para homogenizar el procedimiento.<sup>8</sup>

Su real posicionamiento en la práctica obstétrica se comprenderá una vez se entiendan las reales ventajas y desventajas de su ejecución, no sólo en lo referente al embarazo en curso sino respecto de la historia reproductiva final de la paciente.<sup>8</sup>

La cesárea se ha practicado desde la antigüedad a principios del siglo XVII con la intervención de fórceps Chamberlen, que permitieron que el personal médico y las parteras retiraran de forma segura al bebé del útero, la cesárea era considerada como un procedimiento bastante riesgoso ya que las condiciones higiénicas que se realizaban no eran las adecuadas.<sup>8</sup>

Con los avances médicos en el siglo XIX las cesáreas empezaron en su apogeo, incluyendo cambios en la sociedad y cambios demográficos, así como en la religión, pues la iglesia católica promovía la cesárea en casos críticos con la finalidad de que él bebé pudiera ser bautizado antes de la muerte; en Inglaterra se evitaba la cesárea y los médicos estaban más inclinados por la salud de la madre.<sup>8</sup>

En 1908, el médico Franklin Newell de Harvard, publicó un artículo en el cual refería que las mujeres ricas y educadas deberían de tener hijos por cesárea porque eran demasiado débiles para soportar un parto vaginal, en cambio las mujeres de clase obrera siendo robustas resistentes y trabajadoras eran capaces de dar a luz con facilidad, hoy en día en los hospitales privados se practica más a menudo el procedimiento de cesárea que parto vaginal. La cesárea es más solicitada por las mujeres, ya que se piensa que provoca menos el sufrimiento, aunque la recuperación sea más tardada, y si se tiene la posibilidad económica se solicita procedimiento quirúrgico, éste permite hacer modificaciones a su cuerpo y de esta manera difuminar los estragos del embarazo a través de la cirugía estética.<sup>8</sup>

Los avances clínicos especialmente el ultrasonido permite observar el desarrollo del feto para ser considerado como un paciente, esto ha cambiado actitudes emocionales y financieras tanto en el médico como en los padres, la cesárea es indicada por el bien del médico o de la madre y del bebé, es decir, no se da prioridad al proceso natural del parto sino a la comodidad.<sup>8</sup>

Se genera el vínculo madre e hijo después del alumbramiento colocando al bebé sobre el abdomen de la madre generando la búsqueda instintiva a través de los sentidos, principalmente el olfato, para llegar al seno de la madre.<sup>8</sup>

El bebé en búsqueda de contacto visual con la madre, es un escenario de neuroquímica irrepetible, pues se encuentra en estado de alerta, contando con referencias infalibles como grabar su olor, la cadencia de su corazón, la vibración de su voz, el contacto de piel contra piel, la respiración se acompasa y la temperatura se regula como si aún fueran un mismo cuerpo.

La cesárea nos hace pensar desde diferentes puntos como lo es la decepción tras la recuperación o en el alivio siguiente de no sufrir los dolores de parto; que termina en conflicto personal, social y de salud, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía el 8 de mayo del 2019 emite comunicado refiriendo que en México 46.1% de los nacimientos son cesáreas ya sea programadas o de emergencia.<sup>8</sup>

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el mundo. De acuerdo con Norberto Reyes, las mujeres que son sometidas a cesárea tienen tres veces más riesgo de morir por complicaciones en comparación con aquellas que dan a luz de manera natural, es decir, a través de parto vaginal.<sup>8</sup>

Durante el proceso de la cesárea se interrumpe el vínculo materno, debido a que, si el recién nacido se encuentra saludable, se le da la preferencia en atención a la madre, al término de la intervención quirúrgica y disminución de la anestesia para pasarla al área de recuperación.<sup>8</sup>

Cuando se realiza el proceso de amamantamiento el cuerpo pone en marcha una cascada de hormonas como la oxitocina, prolactina y endorfinas, considerado como un sistema de amor que se retroalimenta con el placer de estar juntos.<sup>8</sup>

Posterior a este periodo nos encontramos con el puerperio, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación, teniendo una duración de 6 semanas o 42 días.

### 2.3 Puerperio

El puerperio es el período que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.<sup>10</sup>

Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.<sup>9</sup>

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

1. Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto
2. Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto
3. Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional<sup>10</sup>

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales<sup>10</sup>

Los cuidados que deben prestarse durante su estadía en el hospital finalizado el parto, incluyen el hecho de que la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada para ello en lo posible continua en la sala de parto. Debe vigilarse estrechamente el pulso, presión arterial y temperatura. Debe evaluarse la retracción uterina, la pérdida de sangre genital, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo psicológico necesario.<sup>10</sup>

En esta etapa, el recién nacido/a realiza su período de adaptación transitorio, generalmente en las unidades respectivas. Idealmente el niño/a debiera mantenerse junto a su madre también durante este lapso.<sup>11</sup>

Luego de estas horas de observación, la madre y su hijo/a se trasladan a la sala de puerperio donde deben permanecer hasta ser dados de alta de maternidad. Durante la estadía en la sala de puerperio, la madre y el niño/a deben ser visitados y evolucionados diariamente por médico, matrona y/o enfermera para vigilar la evolución fisiológica de este período, detectar oportunamente cualquier patología, brindar apoyo psicológico que ayude a la mejor relación entre la madre y su hijo/a y para motivar y reforzar las técnicas de lactancia.<sup>11</sup>

La mujer postparto debiera permanecer hospitalizada en la maternidad 3 a 4 días, si el parto fue por vía vaginal o 4 a 5 días, si lo fue por operación cesárea. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo, los centros hospitalarios se ven saturados por la gran demanda asistencial y muchas veces están forzados a dar altas precoces con todos los riesgos que ello implica.<sup>9, 10</sup>

*Reposo postparto*: La puérpera debe mantener reposo relativo la primera semana postparto y actividad moderada hasta los 15 días. Debe levantarse precozmente, durante las primeras 12 horas después de un parto vaginal y las primeras 24 horas después de una cesárea. Con ello se evitan complicaciones urinarias, digestivas y vasculares favoreciendo el adecuado drenaje de los loquios.<sup>9, 10</sup>

Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna incluso en nuestro medio. La patología de la lactancia incluye el fallo de lactancia, grietas en el pezón, ingurgitación mamaria y mastitis puerperal.<sup>11</sup>

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente, aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología. La patología vascular del puerperio incluye cuadros de gravedad importante, representando una de las principales causas de mortalidad materna. Se incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar como la complicación más grave de la primera.<sup>11</sup>

No parece que la patología psiquiátrica sea más frecuente en el puerperio que en otra época de la vida, pero sí que se describen los cuadros relacionados con este periodo, como son el «blues», la depresión puerperal y la psicosis puerperal.<sup>11</sup>

### 3 Maternidad

La maternidad lejos de ser un acontecimiento natural es una construcción social y cultural, la cual es modificada según el lugar y tiempo donde se desarrollen; definida y organizada por normas que se desprenden por las necesidades de un grupo social específico o por una época definida de la historia, como el comienzo de la infancia actualizándose durante el embarazo y al término del parto.<sup>12</sup>

En cuanto al aborto o cualquier término que se emplee para referimos a la interrupción del embarazo, se designa así a una práctica milenaria en la historia de la humanidad. Puede ser involuntario o provocado. Se provoca un aborto cuando la

madre corre riesgos de salud (terapéutico), o bien el futuro bebé (eugenésico), por violación o libre decisión de la mujer por razones económicas.<sup>12</sup>

En México, la ley permite la práctica del aborto dentro de las primeras 12 semanas de embarazo y solamente está permitido en la Ciudad de México. Las legislaciones varían de un estado de la República a otro.<sup>13</sup> Los debates que ha provocado la iniciativa de ley para permitir el aborto voluntario son debido a las circunstancias del embarazo, actualmente nos encontramos con clínicas especialistas que realizan abortos antes de las 12 semanas de gestación, para evitar el riesgo en la madre, pero no obstante también encontramos clínicas clandestinas realizando este tipo de prácticas aun sobrepasando las 12 semanas de gestación poniendo en riesgo la vida de la paciente, en la actualidad se cuenta con más información electrónica acerca de planificación familiar, pero se ha perdido el valor y el respeto a la vida, se ha perdido la educación sexual de manera académica y moral, el pensar en el aborto de una manera tan práctica.<sup>13</sup>

La maternidad un concepto que intercambia en el espacio social, su interpretación y percusión en la experiencia individual es muy significativa, siendo por largo tiempo la investidura para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer incluyendo a las que aún no son madres.<sup>14</sup>

Desde una concepción cultural y evolutiva de la psicología, es relevante considerar como un proceso que transcurre con el tiempo. En la actualidad, constatamos una multiplicidad de cambios, donde roles y patrones relacionales tradicionales sufren importantes transformaciones y surgen nuevas alternativas de definición de sí mismo. La definición de maternidad no queda fuera de este contexto en conjunto con otros hitos del desarrollo de la mujer. Así, a partir de este último siglo, las mujeres no enfrentan la maternidad como un camino obligado o como una acción que está ya pautada, lo que se complementa con otros logros en ámbitos que en otras épocas. Pertenecieron sólo a hombres como en lo laboral, político y científico.<sup>14</sup>

La madre en la mitología y en la cultura griega de acuerdo a Jung, la diosa que representa el arquetipo femenino, eran caracterizadas por su paz y la prosperidad al observar que la vida emerge del cuerpo de la mujer; en la cultura griega las diosas Hera y Demeter, las mujeres eran dominadas y humilladas por dioses masculinos la esposa fiel sometida por el esposo que pierde su pureza en la relación sexual.<sup>15</sup>

La prostituta mujer célibe prehelénica es libre con su cuerpo, es una salvaje que es necesario domar a través de la defloración, por otra parte, transforman la visión y de la procreación sosteniendo que es el padre quien engendra mientras la madre sólo cumple con la función nodriza del germen depositado en sus entrañas <sup>15</sup>

La madre judío-cristiana la teología cristiana tiene profundas consecuencias en la historia de la mujer se piensa que provienen de Eva susceptible a la tentación y culpable de la desventura de Adán; la mujer en el antiguo testamento era débil hueca, caprichosa es vista como un símbolo del mal “una bestia que no es firme ni estable llena de odio que alimenta la locura”.<sup>15</sup>

La madre en la edad media basándose en interpretaciones de la biblia y consideraciones morales surgidas en la edad media entre los siglos IX – XIV probablemente uno de los periodos más misóginos de la historia; tomando interpretación del génesis, Eva es vista en extremo la culpable de dejarse seducir por la serpiente, se le carga con la mayor parte de la maldiciones “multiplicare tus dolores en tus preñeces, con dolor parirás a tus hijos y estarás bajo la protestad de tu marido y él te domará”.<sup>15</sup>

La madre en la edad moderna a finales del s. XIX, la nueva soberanía de la razón y la lógica, el desarrollo científico y sus métodos, empieza a dominar la medicina, la administración pública y doméstica, la crianza y todos los ámbitos de la sociedad. Con ello, las mujeres pierden su rol como proveedoras de salud y cuidados en la familia y los instintos, la virtud y cariño maternales parecen ya ser insuficientes. Las mujeres, que son vistas como incompetentes para el cuidado de los niños, indulgentes, irracionales y emotivas deben ser formadas para la crianza. El niño, cuya crianza adquiere importancia, deja de ser visto como inocente y es considerado lleno de impulsos peligrosos. A la tarea de crianza se suman los



esfuerzos del Estado: técnicas científicas, leyes de escolaridad, tribunales de menores.<sup>14, 15</sup>

En la era postmoderna la maternidad empieza a contrariar la realización personal, se disminuye el número de hijos, la opción laboral y actividades fuera del hogar aumentan; la crianza empieza a contemplarse como tarea colectiva y se plantean nuevas formas de definir los roles parenterales, se considera la maternidad menos atractiva y los hijos empiezan a ser vistos como una carga e interfiriendo en las motivaciones de realización profesional y deseos de tener una acción en sociedad.<sup>14</sup>

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer, desde el embarazo hasta el postparto. Aunque la maternidad a menudo es una experiencia positiva para algunas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso la muerte.<sup>15</sup>

El embarazo, como tal se ha estereotipado por ser una experiencia maravillosa en la etapa de la mujer, siendo obligatorio ser madre para realizarte como mujer. En pleno siglo XXI aún seguimos teniendo esos mitos, a los cuales la mujer moderna se enfrenta día a día para tomar la decisión de no tener hijos optando por lograr un reconocimiento ante la sociedad de manera laboral y profesional llamándoles egoístas, sin tener en cuenta que no sólo es el embarazo, la maternidad y parto o cesárea también incluye la crianza hasta el punto de tener a un ser humano independiente.<sup>15</sup>

Los embarazos no siempre son planeados, existen diferentes casos a los cuales nos referimos: el embarazo por decisión propia, el embarazo planeado en pareja, el embarazo por violación, en el cual nos abocamos a un sinónimo de sufrimiento tanto en la etapa gestante como en la etapa intermedia del embarazo al pensar en la interrupción del embarazo en cualquiera que sea la situación, también suele ser preocupante cuando durante el embarazo se genera alguna enfermedad que pueda llevar a la muerte perinatal o tener el miedo a la muerte en el embarazo generando

pensamientos que incluyan el mortinato, tratándose de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como frecuencia cardíacos o fúnculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.<sup>14, 15</sup>

### 3.1 El ciclo de la vida

La vida termina con la muerte, por tanto, morir es un proceso natural, el cual tenemos que pasar por el simple hecho de estar vivos, aun así, el miedo a la muerte se hace presente, pues representa un final, y por lo tanto, un encuentro con algo desconocido.

De esta manera, todos sabemos que algún día moriremos, pero muy pocas personas están preparadas para afrontar este momento.

La vivencia de la muerte no siempre ha sido la misma, con el paso del tiempo la idea de la muerte se vuelve cada vez más individual, privada y mercantizable, nos enfrentamos a cada cultura y costumbre.

Actualmente las maneras de llevar un funeral se han vuelto más comerciales, no con el fin de faltar el respeto a las tradiciones y costumbre de nuestros ancestros, sino de conmemorar un momento emotivo en la vida de las personas con un recuerdo de la pérdida, más grato conservando cenizas para la conservación del recuerdo, también depende de la religión, la cultura y la tradición, con respecto a la innovación y tecnología nos hemos ido adaptando: actualmente contamos con la cremación, aquamación proceso que consiste en la combinación de agua y temperatura a través del método de hidrólisis que permite acelerar el procesos de desintegración de las células, y el rito tradicional que consta de sepultar al ser querido, de esta manera genera una sensación de bienestar de manera espiritual.

En la edad media la forma habitual era morir en casa, en compañía de la familia, vecinos y amigos, de tal manera que era inevitable que se volviera pública dicha situación. La muerte no se negaba ni se ocultaba, era un hecho que se asumía con naturalidad, incluso los niños lo vivían como algo normal dentro de un proceso natural de vida, y esto era debido a la falta de conocimiento, tal es el caso de las epidemias donde la muerte se hacía y la sociedad estaba consciente de que moriría en un futuro cercano.<sup>15</sup>

De este modo, a lo que realmente se temía no era a la muerte, sino al hecho de morir sin tener tiempo para prepararse para ella, es decir, que ocurriese en forma repentina sin que el moribundo pudiera despedirse de sus seres queridos, arrepentirse de sus pecados o de realizar un testamento.<sup>16</sup>

Una muerte larga y prolongada en casa con mucha gente era considerada una muerte buena, ya que les permitía a las personas prepararse para de morir dejando sus asuntos en orden, al ver como se iba degenerando su cuerpo como causa de la enfermedad hasta llegar al final, confirmado realmente el fallecimiento y descartándose la posibilidad de ser enterrado vivo.<sup>17</sup>

Actualmente, la definición de una muerte ideal resulta muy diferente, lo preferible es morir de manera súbita, dormido o inconsciente, sin sufrimiento ni dolor y en la intimidad de seres queridos cercanos, con respecto a los familiares de la persona fallecida dependiendo de la pérdida que hayan sufrido existen diferentes maneras de llamarle a su pérdida.<sup>18</sup>

Hay palabras como viudo o viuda que designan a aquel que experimenta la muerte de un cónyuge; o huérfano, a quien ha perdido tempranamente a uno o ambos padres. Sin embargo, no existe nominación alguna para quien vive la muerte de un hijo o algo del enorme sufrimiento que esa situación conlleva. En el idioma hebreo existe una palabra “shjol” que designa a la persona que ha perdido a un hijo.<sup>19, 20</sup>

La muerte de un hijo propio es algo que la mente humana difícilmente logra comprender. Sólo logramos entender que es una experiencia que va en contra de la naturaleza, en fin, de una vida que aún se está formando o apenas empieza, y aun cuando pueda ser considerada como una crueldad inconcebible, sucede. En muchas ocasiones los padres presencian la enfermedad o sufrimiento y por consecuencia la muerte de los hijos, a quienes dieron la vida, pero por desgracia deben continuar con su recorrido vital.<sup>20</sup>

En ocasiones, existen otros hijos a quienes cuidar, cuando se tiene una pérdida de otro hijo, éste aun es parte del núcleo familiar, aún tiene un futuro pues nada ni nadie llenará el vacío que deja en el corazón de la madre. Cuando un hijo fallece los sentimientos son devastadores, el papel de los padres es amar, proteger, enseñar y cuidar a los hijos. El orden natural de la vida es que los padres quizá morirán antes que sus hijos, cuando esta situación se invierte y el hijo muere primero pareciera que algo está equivocado, a pesar de todo, el sobreviviente debe seguir adelante, recuperarse de la pérdida y continuar con la vida, aunque la muerte se lleve a tu hijo, el amor y la ausencia nunca desaparecen.<sup>18, 19</sup>

### 3.2 Muerte perinatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “periodo perinatal” aquel que comprende desde la semana 28 de gestación hasta los 28 días de vida. No obstante, en la práctica y en la literatura este periodo se ve ampliado; de modo que autores como Kowalski<sup>18</sup> lo prolongan desde la concepción hasta el final del primer año de vida. Esta última postura será la adoptada en este trabajo de revisión, concibiendo el periodo perinatal, como el comprendido entre el momento del conocimiento del embarazo hasta el periodo neonatal, correspondiendo este con los 28 primeros días de vida tras el nacimiento.

A nivel epidemiológico, la mortalidad perinatal es la resultante de la suma de la mortalidad fetal tardía (definida por la OMS como la muerte acontecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del

cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación) y la mortalidad neonatal precoz (definida por esta misma organización como las muertes producidas desde el nacimiento hasta los primeros 7 días de vida).<sup>16</sup>

La etiología de la muerte perinatal es diversa, siendo sus principales causas las siguientes:

- Aborto espontáneo: terminación natural del embarazo antes de las 20 semanas de gestación<sup>18</sup>
- Aborto voluntario: cese del embarazo por voluntad materna antes de las 14 semanas de gestación, sea cual sea la causa<sup>18</sup>
- Interrupción voluntaria de la gestación por problemas del feto o por amenaza para la salud materna: terminación del embarazo por voluntad materna antes de las 22 semanas de gestación. La interrupción es también posible a partir de este periodo siempre y cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves e incurables en el momento del diagnóstico, y así lo confirme un comité clínico<sup>18</sup>
- Pérdida en embarazo múltiple: muerte de uno o más fetos durante una gestación de un mínimo de dos de ellos<sup>18</sup>
- Reducción selectiva en embarazos múltiples: procedimiento que tiene por objeto reducir el número de fetos gestados por la existencia de riesgos maternos y/o fetales, en el contexto de una gestación múltiple de rango superior a dos<sup>18</sup>
- Muerte fetal intraútero/anteparto: muerte acontecida antes de la expulsión o extracción del feto de la madre, independientemente de la edad gestacional de este<sup>18</sup>
- Muerte fetal intraparto: fallecimiento del feto durante el trabajo de parto<sup>18</sup>
- Muerte neonatal: fallecimiento acontecido en las 4 primeras semanas de vida<sup>18</sup>

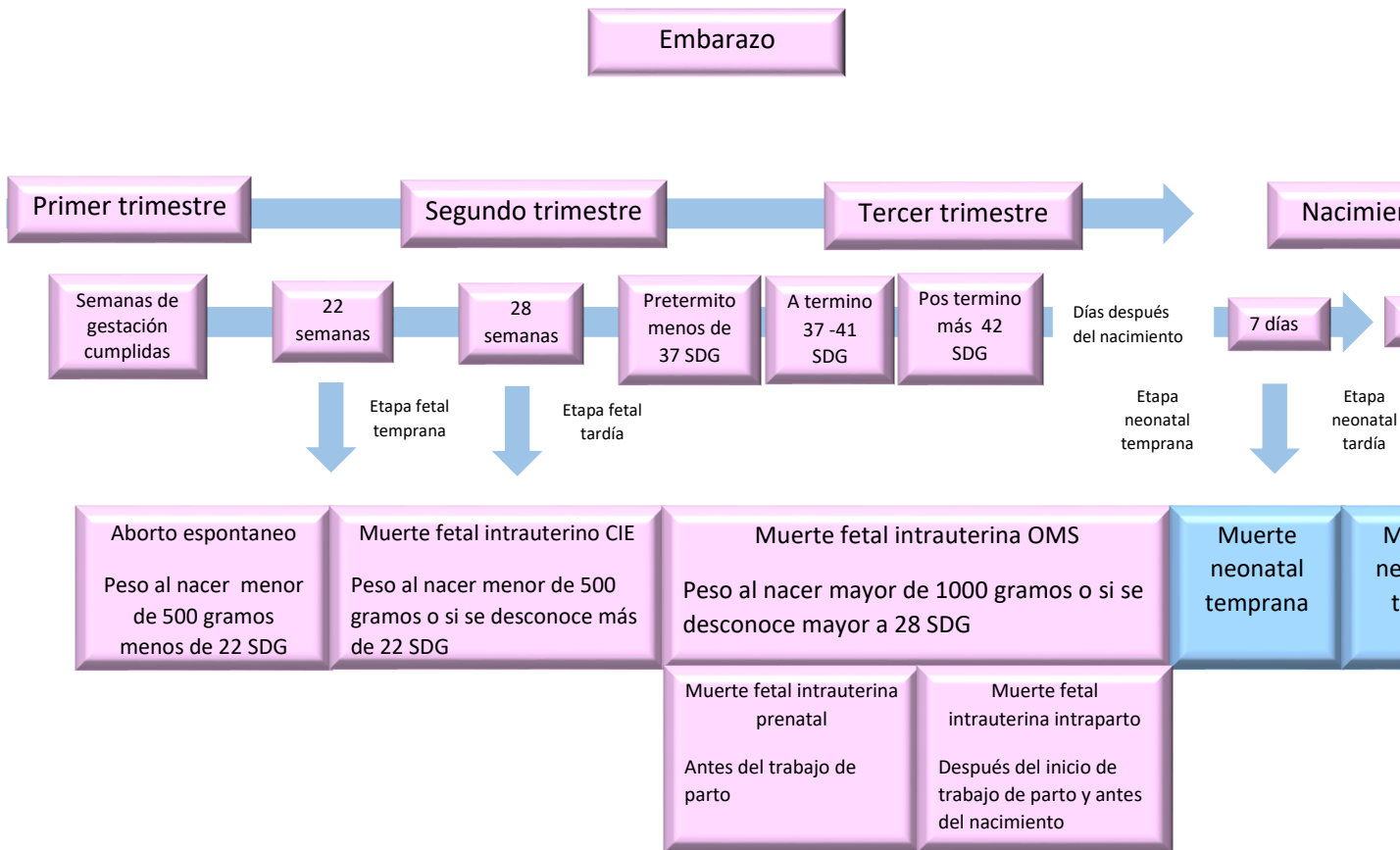
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, en todo el mundo, 303 mil mujeres mueren durante el embarazo o el parto. En nuestro país ocurren 62 muertes fetales cada día, mientras que más de dos millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida, lo que se conoce como muerte neonatal.<sup>17</sup>

Salvador Espino y Sosa, subdirector de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), explica que la muerte perinatal —que abarca la muerte materna, fetal y neonatal— es un evento traumático para la familia y con un impacto social importante. Cada uno de estos fenómenos conlleva implicaciones sociales particulares<sup>17</sup>.

Dentro de la muerte perinatal, el fenómeno más frecuente es la muerte fetal, luego la neonatal y, por último, la muerte materna. Por un lado, cada día mueren alrededor de casi 473 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; mientras que al día suceden 1 de 128 decesos neonatales.<sup>16</sup>

Aunque en los últimos años la mortalidad materna ha disminuido de manera significativa, México, al igual que otros países del mundo, no ha logrado cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que establecen una reducción de 75% por ciento de las muertes maternas.<sup>16</sup>

17



## 4 Duelo

Es una respuesta afectiva normal de una persona a una pérdida importante e incluye como síntomas: tristeza, irritabilidad, cólera, depresión, trastornos sueño y del apetito, sentimiento de nostalgia de la persona perdida y ocasionalmente alucinaciones auditivas o visuales del fallecido. Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como cefalea, astenia y letargia, disnea, taquicardia, xerostomía, sudoración, trastornos digestivos y sensación de asfixia.<sup>22</sup>

Los síntomas de duelo disminuyen en los seis primeros meses tras la muerte perinatal, pero pueden ser necesarios de uno a dos años para una resolución total.<sup>22</sup>

### 4.1 El proceso del duelo

La muerte de un allegado se relaciona con el denominado "duelo", palabra de origen latino que significa "dolor". Su etimología se encuentra íntimamente vinculada con la realidad de la vivencia del duelo, pues, como Montoya Carrasquilla<sup>23</sup> señala, en ninguna otra situación salvo en el duelo, el dolor producido es total; es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma).<sup>22, 23</sup>

En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y, especialmente, el futuro. Toda la vida en su conjunto duele.<sup>23</sup>

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el duelo constituye un complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales, mediante las que



personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.<sup>22</sup>

Los autores tradicionales definen el proceso de elaboración del duelo como una sucesión de fases por las que el doliente atraviesa hasta alcanzar la aceptación de la pérdida y la convivencia con la misma. Kübler-Ross<sup>24</sup> constituye uno de los máximos exponentes en cuanto a la constitución en etapas del duelo, planteando una serie de fases que conforman un patrón general de respuesta al duelo, aunque susceptible a variaciones individuales.

Estas son: negación (rechazo de la realidad de la muerte), ira (resentimiento hacia el fallecimiento del ser querido), negociación (esperanza de que la muerte pueda ser pospuesta o retrasada por medio de un pacto con Dios u otras figuras), depresión (tristeza y desesperanza ante la pérdida) y aceptación (sensación de paz y configuración de una nueva vida sin el fallecido).<sup>24</sup>

#### 4.2 El duelo perinatal

La pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos vitales más trágicos a los que el ser humano se enfrenta durante su existencia. Despedirse de quien se quiere es un camino arduo y difícil de recorrer, pero decir adiós a quien aún no ha llegado o a quien acaba de llegar, es sentir dolor con una frustración inconmensurable por la pérdida de las ilusiones atesoradas durante el proceso de gestación.<sup>25</sup>

El duelo perinatal, es un duelo que se ve amplificado por la pérdida de aquello que se esperaba pero que nunca ocurrirá; es un duelo en el que las esperanzas y sueños acerca del hijo esperado, el proyecto de vida diseñado, así como la imagen construida por el propio doliente como futuro padre o madre de éste, se ven destruidas de forma irrevocable.<sup>25, 26</sup>

Las características del duelo perinatal son, por tanto, propias y únicas. Por un lado, la pérdida es inesperada; no hay memorias o experiencias que compartir o en las que refugiarse; y, sobre todo, no hay una imagen definida de la persona a la que llorar. Por el otro, con el fallecimiento del niño, también se desvanecen una serie de expectativas que no van a poder ser vividas por los padres -el hijo proyectado, aspectos de sí mismos, regalos y atenciones, una etapa de la vida, un sueño y una creación-, lo que implica que la experiencia de la pérdida sea más compleja, siendo no sólo real, sino también simbólica.<sup>26</sup>

A diferencia de otras pérdidas, en las cuales los rituales de duelo se encuentran socioculturalmente establecidos, la familia y amigos de los dolientes no saben cómo reaccionar o proporcionar apoyo tras el fallecimiento perinatal. Mientras que algunos consideran la pérdida como insignificante, creyendo que los padres pueden, simplemente, “intentarlo otra vez” (causando en estos últimos una sensación de extrema soledad, a la par de deslegitimación de su duelo); otros no saben qué hacer o decir por miedo a dañarles, lo cual incrementa la percepción de los padres de que sus seres queridos se sienten incómodos hablando sobre la pérdida, acrecentando sus presunciones de incompreensión por parte de su círculo social. Es por ello que el duelo perinatal es frecuentemente designado en la literatura bajo el sobrenombre de “duelo silencioso” o “duelo desautorizado”.<sup>26</sup>

El duelo perinatal es, pues, un fenómeno complejo constituido por múltiples facetas, y acompañado de una gran variedad de reacciones por parte de los padres. Está influenciado por numerosos factores que determinan la intensidad del duelo, la duración del mismo, y la capacidad de dotar de un significado a la experiencia de la pérdida etapas del duelo.<sup>26</sup>

### 4.3 Las etapas del duelo

Hay varias propuestas sobre fases o etapas del duelo, pero lo importante es la manera en que cada persona lo atraviesa. El proceso de duelo no se puede

encuadrar en algo controlado ni puede forzarse a que sea de una manera determinada. Kübler Ross<sup>26</sup>, distingue las siguientes etapas del duelo.

**Negación:** es una defensa temporal para el individuo, y permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.<sup>25, 26</sup>

**Ira:** la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento. Surgen todos los “porqué”. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente. Suelen quejarse por todo. Todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal, para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente. Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos; cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado con resentimiento y envidia.<sup>25, 26</sup>

**Pacto o negociación:** ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y/o con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia. Esta etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda de alguna forma posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.<sup>25, 26</sup>

**Depresión:** cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es

contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo. Esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no se encuentre triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición, y lo que esperan de ellos quienes los rodean.<sup>24, 25, 26</sup>

Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos, su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, por la pérdida del hijo y la depresión, contemplará el próximo devenir con más tranquilidad.<sup>34</sup>

No hay que confundirse y creer que la aceptación, es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor y la vida se va imponiendo.<sup>24, 25</sup>

En esta etapa la esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido. Permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.<sup>25</sup>

#### 4.4 Duelo complicado

Desde la óptica enfermera, la NANDA nombra esta presentación patológica del duelo bajo la etiqueta diagnóstica “Duelo complicado” [00135], la cual define como: *“un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en la que la*

*experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional".<sup>25</sup>*

### *Factores del riesgo de duelo complicado*

#### Duelo general o normal

- Circunstancias especiales de la muerte repentina
- Insuperada, violenta, sin cadáver, o sin poder ver el cuerpo.
- Enfermedad física o mental
- Apoyo escaso o ineficaz
- Duelo no resuelto
- Recursos personales escasos

#### Duelo perinatal complicado

- Problemas psiquiátricos previos
- No tener hijos
- No tener familia o apoyo social
- No tener explicación sobre lo sucedido
- Historia actual de depresión
- No tener pareja
- Coincide con tener problemas vitales importantes

### *Manifestaciones*

**Manifestaciones físicas:** la anorexia, hiporexia, pérdida de peso; llanto fácil, cansancio, sensación de vacío, palpitaciones, dificultades al tragar o respirar, tensión y nerviosismo.<sup>25, 26</sup>

**Manifestaciones psicológicas:** ansiedad, tristeza, rabia, culpa, auto reproches, ambivalencia, inseguridad, confusión, apatía, desinterés, desesperanza.<sup>25,26</sup>

**Manifestaciones sociales:** rechazo a los demás, aislamiento.<sup>25, 26</sup>

#### *Factores que influyen en la respuesta ante un duelo*

Antecedentes de la persona, experiencias pasadas, historia de pérdidas importantes, depresión relación con quién murió, tipo de muerte.<sup>26</sup>

a) Factores concurrentes

Sexo, edad, personalidad, inhibición de sentimientos, situación socioeconómica, religión, etc<sup>26</sup>

b) Factores subsiguientes

Apoyo social, aislamiento, oportunidad y opciones para emerger en la vida<sup>26</sup>

## 4.5 La maternidad y el duelo

La maternidad estructura caminos y exalta el vínculo que se establece entre la madre y su hijo/a; un hijo es quien otorga sentido a la maternidad y su pérdida sacude dicha identificación.<sup>27</sup>

No se puede aceptar ser madre como algo efímero; es decir, asumir la destitución de ser madre de ese hijo. En estas circunstancias, cae de manera violenta en el proyecto de investidura de un futuro a través de la continuidad generacional que un hijo implica para sus padres, la elaboración del duelo por la muerte de un hijo está orientada a la reestructuración del yo, con la muerte del hijo se ve afectada la parte de ser madre y de ser mujer con una esperanza rota ante el sueño de la maternidad.<sup>27</sup>

La pérdida de su hijo/a es de carácter intolerable puesto que su aceptación equivale a la propia pérdida, es decir, perder su identidad como madre *“el duelo no sólo es*

*sólo la pérdida de alguien, es una pérdida de alguien perdiendo un trozo de sí mismo*".<sup>28</sup>

Las madres frente al dolor por la pérdida de un hijo reviven una y otra vez lo sucedido en un intento por encontrar respuestas a lo acontecido, acto que muchas veces las agota. Si bien, "el dolor por la pérdida de un hijo es el más indescriptible e intenso de los cuales se puedan vivir", la literatura lo describe como devastador, el cual es acompañado por un estado de shock. Posteriormente, comienza el periodo de turbulencia afectiva, marcado por gran sufrimiento, ansiedad, agitación, y pensamientos o interrogantes que los atormentan sin descanso.<sup>28, 29</sup>

La difícil aceptación de tal pérdida y la renuncia al hijo lleva a que muchas madres conserven momificados los espacios que ocupaban los hijos como una consecuencia de la creencia de que ellos regresarán o bien al deseo de acogerlos nuevamente, también en el caso de algunos objetos pertenecientes al hijo.<sup>29</sup>

Las madres en duelo desarrollan significados para poder seguir viviendo luego de la devastadora pérdida, desde un lugar distinto del que se encontraban puesto que la pérdida se percibe y se vive como un gran vacío al sentirse huérfanas de sus hijos perdiendo los sueños y las esperanzas; lo cual implica un nuevo comienzo.<sup>29</sup>

La muerte de un hijo, se considera una pérdida inconcebible e insuperable tan dura y dolorosa que incluso en nuestra lengua no tiene nombre, la muerte de un hijo rompe con sueños y proyectos; es claro que cada madre afrontará y elaborará el duelo de manera diferente, ya que el proceso es absolutamente personal el cual depende de factores de experiencias previas y el vínculo que unía madre – hijo.<sup>28</sup>

El desafío para las madres en este proceso es aprender a sobrellevar el dolor y la ausencia que sus hijos generan, en ocasiones se brinda acompañamiento y apoyo durante la vivencia del duelo, pero debe quedar claro que estas acciones no podrán hacer desaparecer el dolor de manera rápida o definitiva.<sup>28</sup>

En cuanto a los aspectos clínicos, la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos.<sup>29</sup>

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante" y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar.<sup>29</sup>

Para el personal de salud, resulta familiar mirar a pacientes que están enfrentando una pérdida, debemos estar preparados para dar los cuidados a la madre ante el proceso o canalizarla con el especialista en tanatología o algún grupo de ayuda, el brindar consuelo a los padres, tener las palabras adecuadas o el silencio para dar apoyo moral y acompañamiento terapéutico, ante esta situación, si bien es importante tener conocimientos teratológicos y no perder la perspectiva profesional y humana.<sup>30</sup>

Hoy en día, son los miembros del equipo de salud quienes permanecen en contacto continuo con el paciente y su familia al principio y al final de la vida, ya que la mayoría de los nacimientos y muertes se producen en los centros hospitalarios.<sup>31</sup> Este hecho hace que se generen relaciones estrechas entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el



apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

Como ya lo hemos planteado, los miembros del equipo de salud están en contacto diario con situaciones de duelo y muerte en los centros asistenciales, por lo tanto, para poder responder a los miedos, angustia y sufrimiento de los pacientes ante la muerte, es necesario enfrentarse consigo mismo y tener en cuenta la visión holística al realizar esa introspección.<sup>31</sup> Al respecto Kübler<sup>24</sup> señala, que observar la muerte de un ser humano nos hace conscientes de la finitud, de la limitación de nuestra propia vida.

## 5 El equipo de salud enfermería y el apoyo a la pérdida perinatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud sólo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.<sup>30</sup>

Barrantes<sup>31</sup>, plantea que la labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdidas significativas, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal), por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica deshacer poco a poco el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en el mundo interno su imagen, su recuerdo y/o el recuerdo de sus experiencias de vida.

Lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo, apoyándolos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no

sólo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales, el dar el apoyo ante todo el proceso del embarazo en las condiciones que este se dé: el parto, el nacimiento y la muerte perinatal.<sup>32</sup>

El embarazo supone muchos cambios en la mujer embarazada tanto físicos como emocionales se crea un vínculo con el nuevo ser próximo a nacer y se planifica un futuro. De tal forma, que todas las ilusiones se evaporan de golpe cuando se sufre una muerte perinatal en la que los padres tendrán que enfrentarse a la tarea de cambiar sus emociones, asumiendo el shock y el profundo dolor de la pena, para asumir esta nueva realidad los profesionales de enfermería debemos ser capaces de dar respuestas a estas situaciones.<sup>27</sup>

Durante este proceso participan un equipo multidisciplinario, la participación del profesional de enfermería es esencial para ofrecer atención integral a los padres y a la familia.

Por lo tanto, como profesionales de salud debemos saber cómo dar un trato respetuoso y holístico ofreciendo a los padres y familiares un consuelo para que ellos se sientan apoyados, ya que en ocasiones es complicado dar la atención ante estas situaciones, si no se tienen las palabras u acciones indicadas se puede ofender o lastimar a los padres ocasionando dolor, sufrimiento e ira.<sup>27</sup>

#### *Que no hacer...*

- Tener miedo a acercarse a los padres
- Cambiar el tema cuando los padres mencionan al bebé
- Presionarles durante el proceso de luto
- Evitar que los padres toquen a su hijo
- Decir que saben cómo se sienten si no han pasado por alguna situación
- Aconsejarles un embarazo lo antes posible<sup>31, 32</sup>

#### *Que sí hacer...*

- No tener miedo a acercarse a los padres
- No dejar que se sientan solos
- Llamar al bebé por su nombre
- Estar disponibles a escuchar y aceptar los cambios de humor
- Asegurarles que hicieron todo lo posible y dieron los mejores cuidados al bebé
- Invitarlos a distraerse<sup>31, 32</sup>

#### *Que no decir...*

- Se fuerte
- No llores
- Es voluntad de Dios
- Dios sabe porque hace las cosas
- No era tu tiempo
- No es el fin del mundo
- No eres la primera, ni la última
- Eres joven, ya tendrás más hijos
- El tiempo lo cura todo<sup>31, 32</sup>

#### *Que sí decir...*

- Siento lo que estás pasando
- En que puedo apoyarte
- Me imagino cuanto querías a ese bebé
- Si lo necesitas estoy aquí para que llores y hables<sup>31, 32</sup>

## 6 Etiquetas NANDA

En cuanto a los profesionales de salud es importante dar el apoyo a los padres dolientes, para esto también podemos ayudarnos de las intervenciones de la NANDA.<sup>33</sup>

<b>Etiqueta</b>	<b>Duelo (00136)<sup>33</sup></b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	9 afrontamiento / Tolerancia al estrés
<b>Clase:</b>	2 respuestas de afrontamiento
<b>Definición:</b>	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.
<b>Diagnostico</b>	Duelo r/c muerte de una persona significativa m/p culpabilidad.
<b>Intervención NIC</b>	Definición
<b>5290</b>	Ayuda en la resolución de una pérdida importante.
<b>facilitar el duelo</b>	
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar la pérdida.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.</li> <li>- Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.</li> <li>- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.</li> <li>- Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.</li> <li>- Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.</li> <li>- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.</li> </ul>

<b>Etiqueta</b>	<b>Desesperanza (00024)<sup>33</sup></b>	
<b>NANDA:</b>		
<b>Dominio:</b>	6 autopercepción	
<b>Clase:</b>	1 autoconcepto	
<b>Definición:</b>	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho	
<b>Diagnostico</b>	Desesperanza r/c perdida de creencia en los valores trascendentales (Dios), m/p indicios verbales que indican desaliento.	
<b>Intervención NIC</b>	Definición	
<b>5310 dar esperanza</b>	<b>dar</b>	Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.</li> <li>- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.</li> <li>- Evitar disfrazar la verdad.</li> </ul>	

<b>Etiqueta</b>	<b>Duelo complicado (00135)<sup>33</sup></b>	
<b>NANDA:</b>		
<b>Dominio:</b>	9 afrontamiento / Tolerancia al estrés	
<b>Clase:</b>	2 respuestas de afrontamiento	
<b>Definición:</b>	Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.	
<b>Diagnostico</b>	Duelo complicado r/c inestabilidad emocional m/p expresiones verbales de la persona de sentirse vacía.	

<b>Intervención NIC</b>	Definición
<b>5290 facilitar el duelo: muerte perinatal</b>	Ayuda en la resolución de una pérdida importante
<b>Actividades</b>	<p>Identificar la pérdida</p> <p>Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida</p> <p>Escuchar las expresiones de duelo</p> <p>Facilitar el duelo</p> <p>Bautizar al bebe si procede</p> <p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>Preparar al bebe para que sea visto bañado, vistiéndolo incluir a los padres si procede.</p> <p>Animar a los miembros de la familia a que carguen al bebe</p>

<b>Etiqueta NANDA:</b>	<b>Riesgo de duelo complicado (00172)<sup>33</sup></b>
<b>Dominio:</b>	9 afrontamiento / Tolerancia al estrés
<b>Clase:</b>	2 respuestas de afrontamiento
<b>Definición:</b>	Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.
<b>Diagnostico</b>	Riesgo de duelo complicado r/c dificultad de aceptación de dicha pérdida
<b>Intervención NIC</b>	Definición

<b>5230 aumentar el afrontamiento</b>	Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
<b>Actividades</b>	Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones Disponer de un ambiente de aceptación

<b>Etiqueta</b>	<b>Insomnio (00095)<sup>33</sup></b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	4 actividad / reposo
<b>Clase:</b>	1 sueño / reposo
<b>Definición:</b>	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento
<b>Diagnostico</b>	Insomnio r/c ansiedad m/p expresa la dificultad para permanecer dormido
<b>Intervención NIC</b>	Definición
<b>1850 mejorar el sueño</b>	Facilitar ciclos regulares de sueño vigilia
<b>Actividades</b>	Explicar la importancia de un sueño adecuado durante a situación de estrés
<b>Etiqueta</b>	<b>Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)</b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	10 principios vitales
<b>Clase:</b>	3 congruencia entre valores / creencias /acciones
<b>Definición:</b>	Riesgo d deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la

	conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música , la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a si mismo
<b>Diagnostico</b>	Riesgo de sufrimiento espiritual r/c la pérdida de un ser querido
<b>Intervención NIC</b>	Definición
<b>5426 facilitar el crecimiento espiritual</b>	Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida
<b>Actividades</b>	Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente Ofrecer el apoyo de oración al individuo o al grupo Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales

<b>Etiqueta</b>	<b>Riesgo de suicidio (00150)<sup>33</sup></b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	11 seguridad y protección
<b>Clase:</b>	3 violencia
<b>Definición:</b>	Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.
<b>Diagnostico</b>	Riesgo de suicidio r/c expresión de deseos de morir
<b>Intervención NIC</b>	Definición
<b>6340 prevención de suicidios</b>	Disminución del riesgo por daños auto infligidos con la intención de acabar con la vida.
<b>Actividades</b>	Retirar objetos peligrosos del ambiente del paciente Disponer de vigilancia continua del paciente y el ambiente



	Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
--	--

<b>Etiqueta</b>	<b>Riesgo de compromiso de la resiliencia (00211)<sup>33</sup></b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	9 afrontamiento / Tolerancia al estrés
<b>Clase:</b>	2 respuestas de afrontamiento
<b>Definición:</b>	Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.
<b>Diagnostico</b>	Riesgo de compromiso de la resiliencia r/c Presencia de una nueva crisis adicional muerte de un hijo.
<b>Intervención</b>	Definición
<b>NIC</b>	
<b>5300 facilitar el perdón</b>	Ayudar a la persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad real o percibida
<b>Actividades</b>	<p>Guiar a la paciente en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que se generan estos sentimientos</p> <p>Ayudar al paciente a entender la culpa es una reacción común al duelo</p> <p>Facilitar el apoyo espiritual</p>

<b>Etiqueta</b>	<b>Interrupción de la lactancia materna (00105)<sup>33</sup></b>
<b>NANDA:</b>	
<b>Dominio:</b>	7 rol / relaciones
<b>Clase:</b>	1 roles del cuidador
<b>Definición:</b>	Interrupción de la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al bebe al pecho para que mame
<b>Diagnóstico</b>	Interrupción de la lactancia materna r/c prematuridad m/p separación madre-hijo Interrupción de la lactancia materna secundario a la perdida perinatal
<b>Intervención</b>	Definición
<b>NIC</b>	
<b>6870 supresión de la lactancia materna.</b>	
<b>Actividades</b>	Administrar por prescripción médica fármaco para el cese de la lactancia Vigilar la presión arterial durante la administración de fármacos para suprimir la lactancia Vigilar la congestión y molestias en los senos Aplicar frio local en la zona axilar por 20 minutos cuatro veces al día Informar a la paciente que es posible la ingurgitación Después del alta

## 7 La planificación de una nueva maternidad

Después de la PP, la mayoría de las parejas muestra un gran deseo por un nuevo embarazo a pesar de las dudas y los miedos que les invaden. Al revisar la literatura sobre el impacto de una nueva gestación tras una PP, observamos que aparecen resultados diversos, por lo que resulta difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme y generalizado de la pareja ante la nueva gestación.<sup>34</sup>

La revisión bibliográfica de Robertson y Kavanaugh<sup>35</sup> en 1998, muestra que la gestación puede ayudar a los padres a resolver el proceso de duelo, disminuir la duración del periodo de aflicción de la pareja y proporcionar una mejoría en el estado de ánimo y la sensación personal de bienestar.

En 2014 una pareja que experimenta una nueva maternidad tras una pérdida perinatal ve realizada su realidad tras el nacimiento de su hijo el tenerlo entre sus brazos es cómo ve cumplida la misión de ser madre y tener a su bebe entre sus brazos.<sup>35</sup>

Otras investigaciones recomiendan que la pareja espere entre seis meses a un año para planificar la nueva gestación, ya que consideran que es el periodo necesario para superar el proceso de duelo por la muerte anterior. En este sentido, los estudios de Rowe y Hunfeld,<sup>33</sup> evidenciaron que las mujeres que quedaban embarazadas antes de los cinco meses de la PP presentaban signos de duelo mórbido, que manifestaban a través de conductas como mostrar fotografías del niño fallecido y no tener la intención de superar su pérdida. Otros autores no han encontrado relación entre el momento en que se produce la nueva gestación y su efecto en la respuesta del duelo. Los estudios revisados muestran que 33% de las parejas concibe de nuevo durante los primeros nueve meses después de la PP, y alrededor de 60% en el año siguiente o en los dos años posteriores.

## 7.1 El embarazo tras una pérdida perinatal

Las parejas que han sufrido una pérdida perinatal manifiestan temor sobre el resultado del siguiente embarazo que puede incrementar los síntomas de ansiedad y depresión.<sup>35</sup>

1. El sufrimiento de padres y madres que han sufrido una pérdida perinatal puede prolongarse meses después del nacimiento de otro hijo.<sup>35</sup>
2. Tener un hijo vivo no influye en la pena de la pérdida. Conocer la posible causa de la pérdida disminuye el nivel de ansiedad de los padres.<sup>35</sup>
3. El período de espera tras una pérdida es variable, no existiendo un acuerdo unánime de cuánto tiempo debe transcurrir y los efectos que puede tener sobre el duelo de la pareja el intento de un nuevo embarazo.<sup>35</sup>
4. A pesar de que algunos autores han intentado cuantificarlo, refiriendo periodos de 6-8 semanas, e incluso de 6 meses hasta 1 año, las últimas evidencias científicas refieren que es imposible su estimación. Cada caso es diferente, las necesidades de cada mujer, pareja o familia deben ser estudiadas individualmente, ofreciéndoles una monitorización y cuidado apropiado.<sup>35</sup>
5. Es errónea la creencia de que un nuevo embarazo disminuye la pena el duelo perinatal es algo con lo que la mujer va a tener que vivir, superarlo en su totalidad puede llevarle toda la vida, a su vez, tener un nuevo embarazo sin que la madre esté lista puede ocasionar problemas de apego con el siguiente hijo.<sup>35</sup>

Lo importante no es dar a la madre un plazo de tiempo para volver a quedarse embarazada, sino facilitarle la información necesaria y animarla para que ella misma tome y afronte la decisión, conociendo sus riesgos y consecuencias. Por tanto, la mejor opción es que la madre espere hasta que se sienta preparada para un nuevo embarazo.<sup>32</sup>

El personal de salud debe tener presente que el sufrir una pérdida previa puede influir en el desarrollo de un embarazo normal. Los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre un nuevo embarazo. En este período los padres necesitan saber cómo enfocar una nueva gestación, entender los riesgos de una posible pérdida, hablar sobre la relación de pareja, métodos anticonceptivos, emociones o enseñar estrategias de afrontamiento.

Las parejas con una historia de pérdida perinatal tienen mayores síntomas depresivos y de ansiedad durante el siguiente embarazo que parejas con pasado de embarazos exitosos. Por otro lado, las madres tienen niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos que los padres, pero no muestran diferencias en cuanto a síndrome post-traumático.<sup>35</sup>

Una vez nacido el niño, los síntomas de depresión y ansiedad disminuyen, pero los pensamientos patológicos aumentan en el caso de las madres. El síndrome de estrés postraumático continúa moderadamente alto en ambos padres.<sup>35</sup>

## Conclusión

El duelo ante una pérdida es un proceso que debe ser tratado por personal especialista para que el paciente lo supere de manera sana y continúe con su vida, el duelo por la pérdida perinatal trunca la planeación de un futuro lleno de esperanza, dicha situación provoca un gran impacto emocional en los padres y en la familia.

Como cualquier pérdida conlleva un duelo, sin embargo, tiene notables diferencias con cualquier otra pérdida, ésta es una pérdida simbólica; la muerte perinatal por el motivo que haya sido el deceso, se tenga la posibilidad de haber conocido al bebe, ya lo quieren, lo desean y han panificado una vida llena de ilusiones con él, tener esa sensación de que sea perdido parte de sí mismo, además de causar un desgaste físico, emocional y espiritual, como madre el desgaste que implica el puerperio y la lactancia el recuerdo de ser madre y no tener en sus brazos a su hijo.

El profesional de salud debe contar con el conocimiento y la capacidad de dar el apoyo o derivar con el especialista para el manejo de este y no causar confusión o daño emocional a los dolientes.

El cuidado y la orientación, a los familiares y principalmente a la madre es de suma importancia tener el conocimiento y/o la capacidad de respuesta ante estas situaciones en FES Iztacala si bien contamos con la materia optativa de Tanatología la cual considero debe ser materia obligatoria ya que desde inicios de campo nos enfrentamos con el deceso de algún paciente y nos ayudara a dar la mejor orientación y apoyo de sobrellevar el mejor duelo perinatal, promoviendo un cambio para mejorar los cuidados que se prestan cuando sucede una pérdida perinatal por lo que esperamos que las intervenciones sean las apropiadas para que los padres puedan elaborar un duelo saludable, así como sensibilizar a quienes no consideran que se puede modificar nuestra práctica para una adecuada atención a las pérdidas y el duelo perinatal.

## REFERENCIAS

1 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero de 2016. Disponible en <https://bit.ly/1SCy9ht>.

2 Fecundación, desarrollo embrionario y fetal. [Sitio en internet] Colegio Santo Domingo: Veritas; 2019. Disponible en: <https://www.colegiosantodomingo.cl/wp-content/uploads/2015/09/Fecundaci%C3%B3n-desarrollo-embrionario-y-fetal.pdf>

3 El desarrollo embrionario . [Sitio en internet] EJournal UNAM;2018 Disponible en: <https://bit.ly/2ZT0RXd>

4 Merchat H. El desarrollo embrionario. Ciencias.1992 [Sitio de internet]; (27):30-33. [consultado el 16 mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/175-revistas/revista-ciencias-27/1622-el-desarrollo-embrionario-2.html>

5 Secretaría de Salud. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo: evidencias y recomendaciones. CENETEC: México; 2014. [consultado 07 mayo 2019]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejod elParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejod elParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

6 Alba B, *et al.* Atención de parto. UNAM, Facultad de Medicina: México; Departamento de integración de ciencias médicas: 1-22. [consultado el 12 de mayo]. Disponible en: [https://www.academia.edu/36927313/ATENCI%C3%93N\\_DE\\_PARTO\\_DEPARTAMENTO\\_DE\\_INTEGRACI%C3%93N\\_DE\\_CIENCIAS\\_M%C3%89DICAS\\_CENTRO\\_DE\\_ENSE%C3%91ANZA\\_Y\\_CERTIFICACI%C3%93N\\_DE\\_APTITUDES\\_M%C3%89DICAS](https://www.academia.edu/36927313/ATENCI%C3%93N_DE_PARTO_DEPARTAMENTO_DE_INTEGRACI%C3%93N_DE_CIENCIAS_M%C3%89DICAS_CENTRO_DE_ENSE%C3%91ANZA_Y_CERTIFICACI%C3%93N_DE_APTITUDES_M%C3%89DICAS)

- 7 Eusko J. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Vasco; 2010. [consultado 07 de mayo]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
- 8 Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. Rev. Méd. Clin. Conces. [sitio en internet]; 25 (6):987-992. [consultado el 26 de mayo 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706480>
- 9 Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía: España; 2014. [consultado el 23 de marzo]. Disponible en <https://bit.ly/2b7QSIJ>
- 
- 10 Cunningham FG, *et al.* Obstetricia, Puerperio. Williams Obstetricia: New York: McGraw-Hill; 2015.
- 11 Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra. 2009 [sitio en internet]; 32 (supl.1): 169-175. [consultado el 23 de marzo] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015)
- 12 Hernández A, Santiago JL. Ley de la maternidad subrogada del distrito federal. BMDC [internet] 2011 [consultado 16 feb 2019]; 54 (32): 1335-1348. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42721148011>
- 13 Palomar C. Maternidad: historia y cultura. La ventana [internet] 2005 [consultado 19 abril 2019]; (22): 35-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362005000200035](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035)



14 Flórez M. La maternidad en la historia: deber, deseo y simulacro. Cuadernos Inter Centroamérica y el Caribe. 2014 [sitio en internet]; 11 (2): 259-288. [consultado el 19 de abril]. Disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/16585>

15 Palomar C. Maternidad: historia y cultura. La ventana. 2005 [sitio en internet]; 3(22): 35-67. [consultado el 19 de abril]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362005000200035](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035)

16 Báez C. Muerte perinatal en México. Ciencia Mx. [sitio en internet] [consultado el 03 de junio 2019]. Disponible en:

<http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/salud/21603-muerte-perinatal-mexico>

17 Valdez R, Meza R, Núñez JO, Ocampo AM. Etiología de la mortalidad perinatal. Perinatol Reprod Hum. 2009 [sitio en internet]; 23:1-4. [consultado el 16 de febrero 2019]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21241>

18 Pastor SM. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa. [tesis doctoral] España: Universidad de Alicante; 2016. [consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/54551>

19 López AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011 [sitio en internet]; 31 (109):53-70. [consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

20 Mège M. Cómo vivencian el duelo las mujeres de alto riesgo obstétrico por la muerte de un hijo en el período perinatal con previo aviso médico. [tesis licenciatura] Santiago, Universidad Academia de Humanismo cristiano:2007. [Consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/833>

- 21 Oviedo S, Urdaneta E, Parra FM, Marquina M. Duelo materno por muerte perinatal. Rev. Mex. Pediatr. 2009 [sitio de internet]; 76 (5): 215-219. [Consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
- 22 Sáenz M. Afrontamiento del duelo por muerte perinatal. Cuidados de enfermería. [tesis licenciatura]. Logroño: Universidad de la Rioja, Escuela Universitaria de Enfermería; 2017. [Consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002600.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002600.pdf)
- 23 Mota C, Calleja N, Aldana E, Gómez ME, Sánchez MA. Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas. Rev. Latino. Psico. 2011 [sitio de internet]; 43 (3): 419-428. [Consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522599002>
- 24 Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 4 ed. Barcelona: Grijalbo; 1972. [Consultado el 19 de febrero 2019]. Disponible en: <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH07f6.dir/doc.pdf>
- 25 Ortego MC, López S, Álvarez ML, Aparicio MM. El duelo. Universidad de Cantabria: España; 2001. [sitio de internet] [Consultado el 19 de febrero 2019]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema-11.pdf>
- 26 Díaz E. El duelo y su proceso para superarlo. Asociación Mexicana de Tanatología: México; 2012. [Tesina]. [Consultado el 19 de febrero 2019]. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/64%20El%20duelo%20y%20su%20proceso.pdf>
- 27 Rozas MR, Francés L. Maternidad tras una muerte perinatal. Matronas Prof. 2001 [sitio de internet]; 2 (3): 29-34 [Consultado el 16 de mayo 2019]. Disponible

en: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/maternidad-tras-una-muerte-perinatal/>

28 Mandujano L. Abordaje en la muerte perinatal y neonatal. Asociación Mexicana de Tanatología: México; 2013. [Tesina]. [Consultado el 22 de febrero 2019]. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/116%20Abordaje.pdf>

29 Fetal Medicine Barcelona. Cómo superar la muerte de un hijo en el embarazo o poco después de nacer. [Sitio de internet]. [Consultado el 22 de febrero 2019, actualización 4 septiembre 2019]. Disponible en: <https://inatal.org/noticias/reportajes/578-como-superar-la-muerte-de-un-hijo-en-el-embarazo-o-poco-despues-de-nacer.html>

30 Martínez CS. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. Enfermería Investiga. 2018 [Sitio de internet]; 3 (1):10-15. [Consultado el 19 de febrero 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/324101239\\_El\\_profesional\\_de\\_enfermeria\\_ante\\_el\\_duelo\\_por\\_muerte\\_perinatal](https://www.researchgate.net/publication/324101239_El_profesional_de_enfermeria_ante_el_duelo_por_muerte_perinatal)

31 Domínguez R. Atención de enfermería en el manejo del duelo perinatal. Universidad Autónoma de Madrid: España; 2018. [Tesis doctoral]. [Consultado el 19 de marzo 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2LUq1zQ>

32 Elorz J. Guía para la atención a la muerte perinatal. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Navarra; 2016. [tesis licenciatura]. [Consultado el 22 de marzo 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/33g9WL0>

33 Heather H, Shigemi K. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona, España: Elsevier; 2015. pp. 217, 279, 301, 356, 358,360, 380, 449.

34 Bianco G. Acompañamiento en el duelo Prenatal y Perinatal. VIII Jornada de Salud Perinatal, Santiago; 2014. [Sitio de internet] [Consultado el 26 de febrero 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2VmbhwZ>

35 Mota C, Aldana E, Gómez ME. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. Alternativas Psicología. 2018 [Sitio de internet]; (38): 44-60. [Consultado el 26 de marzo 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2OtXkM7>