



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Duelo perinatal

TESINA

que para obtener el título de:

Licenciada en Enfermería

Presenta:

Guadalupe Magdalena Bonilla Montero

Asesora Académica:

Mtra. Teresa Sánchez Estrada



Ciudad de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM por dejarme ser parte de los mejores, desde el CCH.

A la ENEO por brindarme una profesión y grandes personas en el trayecto.

A los profesores más significativos: Pablo HG, Alberto AF, Amelia RM,
Claudia RA, Mario MV y Eunice GP[†], Graciela GJ.

A mi profesora y asesora: Mtra. Teresa Sánchez Estrada.

A mi jurado: Dra. Íñiga Pérez C. y Dra. Araceli Jiménez M.

DEDICATORIAS

A:

Josefina ML[†].

*Porque –textualmente– te debo todo,
incluyendo la vida.*

*& más allá de lo biológico,
porque sé que el 99% de lo bueno que tengo y que soy
es gracias a ti;
A tu incansable esfuerzo, y sobretodo
a tu infinito amor.*

No me dejes nunca.

TE AMO. SIEMPRE.

Más allá de cualquier dimensión posible.

Y te extraño.

Cada día que en este cuerpo existo.

A Aureliano BB.

– *Por enseñarme a ser audaz, por ser "de buena madera". Por velar siempre por nosotros, por todos los cuidados y las enseñanzas.*

A Mónica BM.

– *Por ser parte fundamental en mi crecimiento personal e intelectual desde siiiieempre. Por los abrazos, las locuras, las lágrimas secadas; el amor. Por hacerme tía de José & de Ángel. En pocas palabras: ¡Por ser la mejor hermana menor!*

A Hec BM., & Juan BM.

– *Por la protección. Por los patrocinios, las risas, los videojuegos, las salidas, los cuidados y hasta los amigos compartidos. Por ser fuertes cuando yo no lograba serlo, y enseñarme que hay formas infinitas de dar apoyo.*

A mi 'maestra de todo' Teresa SE.

– *Por adoptarme. Por salvarme de la vida y la muerte tantas veces. Porque le debo media existencia. Por ser guía. Por la inspiración, por la confianza y el 'amplio espectro'.*

A Karina GMC. (& Familia)

– *Por todo lo vivido en las décadas que llevamos compartiendo, y por las que nos esperan.*

A Mabelita LGB.

– *Por todos estos años de locuras, amor, paciencia, aprendizajes y canciones.*

A Mariela MGC.

– *Por ser cómplice, hermana y colega a la vez. Por cambiarme la vida en una 'semana azul'.*

A Alberto CR. (& mamá Martha[†])

– *Porque somos "a prueba de errores", por los éxitos y fracasos acompañados, porque entre calamares nos entendemos. Por creer en mí cuando ni yo lo pude hacer.*

A Diego CM.

– *Por todas las enseñanzas, ordinarias y extraordinarias. Porque juntos podemos ‘ser’, los mejores o los peores; con apoyo, sin prejuicios. Por todo lo pasado y lo que nos falte.*

A Erik RM. – Bere MS. – Chío PM.

– *Porque son de las mejores personas que me dejó el paso de los semestres. Gracias infinitas.*

A los **Pasantés Chidos**:

– *Por hacer que valiera la pena el calvario de nuestra ~~esclavitud~~ pasantía.*

Danii JC.

– *No por la cantidad de tiempo, sino por la calidad. Por las pláticas, el ateísmo y los fanatismos compartidos. Por el radar que te avisa cuando me estoy hundiendo (e impedirlo).*

Isaac BP. & Clau ITR.

– *Por el apoyo, por las coautorías #44, por tantas risas e ideas compartidas. #DICILCrew4E*

Are GA. (& Familia) – Eduardou AV.

– *Hemos sido intermitentes, pero no es suficiente obstáculo para nosotros. Por tanto y tanto compartido en los últimos tiempos, por el cariño y el apoyo brindado. Por los chistes voluntarios e involuntarios, las desveladas, las carcajadas, las lágrimas, los bailes y hasta los kilómetros compartidos. Por todo lo vivido y lo que nos falte.*

Naye GCR.

– *Porque lo mucho o poco compartido ha sido muy valioso. Por tantas ideas y sueños, por la complicidad y las enseñanzas. Por creer en mí, por la docencia y por el camino que nos falte.*

Irma LS.

– *Por el apoyo de tantas formas brindado, por la compañía en los peores momentos, por enseñarme tantas cosas, por la paciencia, el cariño y por hacerme tía otra vez.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Justificación	9
1.2 Pregunta de investigación	10
1.3 Objetivo general	10
1.4 Objetivos específicos	10
Capítulo 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.1 Duelo.....	11
2.1.1 Componentes del duelo	12
2.1.2 Tipos de duelo	15
2.2 Duelo Perinatal (DP)	18
2.2.1 La relación de pareja ante el DP.....	22
2.3 El DSM-5 y algunas complicaciones del duelo	23
2.3.1 Duelo prolongado.....	26
2.3.2 Duelo complicado	27
2.3.3 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	29
Capítulo 3. METODOLOGÍA	30
3.1 Alcances	30
3.2 Bases de datos consultadas	30
3.3 Criterios de búsqueda	30
3.4 Tabla de congruencia.....	30
3.5 Aspectos éticos	31
3.6 Cronograma de trabajo	32
3.7 Tablas de búsqueda.....	33
3.7.1 Tabla de términos y conceptos	33
3.7.2 Derivaciones por base de datos	34
Capítulo 4. HALLAZGOS.....	35
4.1 El duelo perinatal en la actualidad	35
4.1.1 Patologización del Duelo Perinatal	37

4.1.2 El género masculino ante la pérdida perinatal	40
4.2 Recomendaciones para la práctica	42
4.3 Factores protectores y de riesgo para complicaciones	48
4.4 Material de apoyo ante DP	52
4.4.1 Escala de duelo perinatal.....	52
4.4.2 Escala de Intensidad del Duelo Perinatal	52
4.4.3 Lista de verificación CLASS.....	53
4.4.4 Escala de confianza del cuidado en el duelo perinatal	53
4.4.5 Escala del apego postnatal materno.....	54
4.4.6 Modelo de proceso dual del duelo	54
4.4.7 Percepciones de la estigmatización de otros para buscar ayuda	55
4.4.8 Escala de intensidad de crecimiento postraumático	55
Capítulo 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
Capítulo 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

INTRODUCCIÓN

Esta tesina presenta el estado del arte sobre el duelo perinatal (DP) sus manifestaciones e implicaciones, algunas de magnitud insospechada. En cuanto a la estructura, en el capítulo uno se plantea la problemática del fenómeno a nivel mundial en las últimas décadas.

En el capítulo dos está la fundamentación teórica donde se desglosan las categorías necesarias para comprender el fenómeno del DP, comenzando con algunas definiciones clásicas del duelo en general y posteriormente enfatizando en sus peculiaridades. La indagación abarca además las principales complicaciones de salud mental asociadas a un proceso de duelo mal elaborado o no resuelto.

En el capítulo tres se ubica la metodología en la que se describen los criterios técnicos utilizados en cada proceso de la revisión de la literatura y la construcción del documento; se incorpora el cronograma de trabajo y los aspectos éticos inherentes a un estudio documental, se incluye también el mapa de las bases de datos consultadas y las tablas de búsquedas.

Los hallazgos se presentan en el capítulo cuatro, el más extenso y de mayor profundización, dividido en cuatro subtemas: 1) Revisión de la literatura en el que se dimensiona del DP en el último lustro a nivel mundial desglosado en dos rubros a) Evidencias y prácticas de la patologización de DP en los padres, b) Diferencias del DP entre el género masculino y femenino; 2) factores protectores y de riesgo ante posibles complicaciones de un DP no resuelto 3) Recomendaciones para la práctica de enfermería; y 4) Escalas internacionales de valoración a padres en DP.

Finalmente las conclusiones y recomendaciones ofrecen una visión particular y compartida de diferentes autores respecto al futuro esperado en la atención de las personas que experimentan pérdidas perinatales. Los avances necesarios en lo social, económico, práctico y sobre todo en los diferentes niveles académicos de las

profesiones del área de la salud dado que el DP tiene el perfil, ya reconocido de un problema de salud pública.

En el capítulo final, se podrá encontrar el listado de la bibliografía consultada para la elaboración de esta tesina, con un orden establecido por aparición y formato Vancouver.

Capítulo 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

En 2015 las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con la intención de mejorar la igualdad, respondiendo a las necesidades de las personas más necesitadas o desfavorecidas. De estos objetivos, se desprende la meta 3.2, centrada en poner fin de aquí a 2030, a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años; lo que recalca la importancia mundial que tiene la atención a ambas poblaciones. Incluyendo además, que las intervenciones en la preconcepción, la atención prenatal básica y avanzada son cruciales; pero la mayoría de las muertes, fetales, neonatales y maternas, se evitan interviniendo solo en el periodo intraparto y con un costo más bajo para salvar cada vida¹. Asociado a lo anterior, tomamos en cuenta que, por cada pérdida fetal o neonatal existente, hay unos padres enfrentándose al duelo perinatal, fenómeno que ha sido poco abordado hasta ahora, a pesar de su creciente visibilización en muchos países.

Es ampliamente conocida y documentada la relación que existe entre el proceso de duelo y las probables complicaciones biopsicosociales que pueden desarrollarse dependiendo de múltiples factores internos y externos en cada persona. Sin embargo, en padres que se encuentran en duelo perinatal, se han observado números alarmantes de ciertas complicaciones aún después de transcurridos varios años de la pérdida.

No obstante, todavía son pocos los gobiernos que han comenzado a implantar políticas públicas de salud que den solución a este proceso. Sin mencionar que la información específica sobre el duelo perinatal como problema de salud es insuficiente y el tema se sigue viendo como “nuevo”, principalmente en países en vías de desarrollo.

Debido a que un proceso de duelo por sí mismo afecta fuertemente a los protagonistas, y además pueden afectar su salud física y mental con patologías que

van desde lo más “leve” como episodios ansiosos o depresivos, hasta casos severos de tipo crónico-degenerativo; este trabajo se presenta con el propósito de abordar en mayor profundidad el fenómeno del duelo perinatal, y particularmente las complicaciones a mediano y largo plazo que pueden desarrollarse en la vida de ambos padres y sus respectivas familias.

El impacto y la trascendencia del estudio radican en contribuir hacia la modificación de la formación y las prácticas actuales en el cuidado de la salud perinatal, donde la idea sustantiva es la vida, pero nunca debe pasarse por alto la constante de la muerte. Buscamos darle mayor visibilidad a un evento de suma importancia que es considerado invisible o trivial aún en algunos casos, tanto por familias, equipos de salud y la sociedad en general.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado del arte sobre el proceso de duelo asociado a pérdidas perinatales en el periodo de 2015 a 2019?

1.3 Objetivo general

Analizar el estado del arte sobre el proceso de duelo asociado a pérdidas perinatales, en el periodo de 2015 a 2019.

1.4 Objetivos específicos

- Perfilar el manejo del duelo perinatal como un área de oportunidad de desarrollo de la disciplina enfermera.
- Describir la importancia del duelo perinatal no resuelto como problema de salud pública.
- Conocer el enfoque teórico que prevalece en el abordaje de las pérdidas perinatales.
- Identificar técnicas y procedimientos utilizados actualmente para el manejo del duelo perinatal.

Capítulo 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Duelo

De acuerdo con John Bowlby "podemos definir el duelo normal como el esfuerzo exitoso de un individuo para reconocer que se ha producido un cambio en el mundo exterior y se deben realizar los cambios correspondientes en su mundo interno de representaciones para reorganizar o incluso reorientar su comportamiento de apego de una manera concordante". Refiere el movimiento psíquico que lleva una vida que tendrá que continuar, sin el que ha muerto, la red de antecedentes sobre los que encaja, *después de la muerte* que, desde el pasado, resuena en el presente. El luto es un pasaje que se extiende a lo largo del tiempo.²

El duelo también se define, según la Real Academia Española, como "dolor, lástima, aflicción o sentimiento; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien"³. Refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente. Pero no exclusivamente, cualquier tipo de pérdida requiere de la elaboración del duelo, mascotas u objetos incluso. En un sentido amplio, puede hablarse de duelo ante pérdidas de la salud o de partes anatómicas del individuo (parálisis, amputaciones, ablaciones de mama o genitales) o circunstancias personales (trabajo, estatus, relaciones interpersonales). Sin olvidar que el duelo no es sinónimo de depresión ni de melancolía.⁴

Existen una serie de conceptos relacionados con el duelo que es importante conocer (Kaplan, 2015):

- Luto: representa el proceso mediante el que se resuelve el duelo. En realidad, es un proceso psicológico pero, tradicionalmente, en la mayor parte de las culturas se ha asociado a signos externos (p. ej.: en Occidente, ropa de color negro) que los familiares mostraban durante el tiempo que se suponía que se encontraban inmersos en este proceso. Por ello, representa los aspectos sociales y antropológicos del duelo.

- Sentimiento de pérdida: es la situación afectiva predominante en las situaciones de duelo.
- Elaboración del duelo: agrupa una serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva realidad del sujeto.

Los síntomas que puede presentar el individuo en duelo pueden ser emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad), de conducta, y/o de malestar físico (somatización del malestar psicológico; fatiga, alteración del sueño o alimentación, etc.).

Ante una situación de cambio, como puede ser una pérdida, las clasificaciones psiquiátricas refieren un tiempo máximo de adaptación de seis meses. Si el paciente sigue presentando malestar después de este periodo, implica que no se ha adaptado a la situación y entonces cumplirá criterios de trastorno depresivo, de ansiedad o de algún otro trastorno psiquiátrico. Pero en el caso del duelo, es difícil determinar la duración adecuada, ya que influyen otros factores como la relación del paciente con el fallecido o el tipo de muerte. El tiempo considerado normal puede rondar el año, incluso dos años, sin necesidad de que el duelo sea propiamente patológico. Lo que parece claro es que la persona que ha sufrido la pérdida nunca volverá “a ser lo de antes”, el duelo habrá terminado cuando la persona sea capaz de pensar en el fallecido sin dolor, aunque es muy probable que siempre quede una sensación de tristeza al recordarlo.

2.1.1 Componentes del duelo

La mayor parte de las teorías que abordan el duelo hablan de fases de adaptación por las que pasa el individuo, que comienzan con la muerte (real o inminente) y terminan con la recuperación o aceptación completa de la pérdida. La teoría que probablemente más ha influenciado en el estudio del duelo ha sido la elaborada por Elizabeth Kübler-Ross en 1969, al estudiar la transición emocional que experimentan los pacientes terminales y sus familias ante su fallecimiento, de donde se identificaron las siguientes etapas:

- **Negación:** es normal que justo tras la noticia del fatal desenlace, la persona muestre dificultades para aceptarla y puede decir frases como *“esto no me puede estar pasando a mí”*. Es una defensa temporal para el individuo ante la abrumadora situación.
- **Ira:** en esta segunda etapa, la persona asume que no puede continuar negando la situación. Los sentimientos que aparecen son de rabia e ira, y puede decir frases como *“no es justo... ¿por qué me ha tenido que pasar a mí?”*. Cualquier situación que le muestre la vitalidad o el bienestar de los otros también pueden provocar la aparición de estos síntomas.
- **Negociación:** el paciente trata de hacer pactos o promesas para prolongar su vida. Puede verbalizar frases como *“Dios mío, si me dejas vivir hasta el nacimiento de mi nieto, prometo ir a rezarte a diario a la iglesia”*. Es una etapa en la que prevalece la esperanza de poder posponer la muerte.
- **Depresión:** en esta etapa, la certeza de la muerte es comprendida. La persona se puede mostrar distante, silenciosa, rechazar visitas y lamentándose durante largos periodos. Aparece la desesperanza ante lo inevitable. Se verbalizan frases como *“ya no tiene sentido seguir luchando...”*. Es una fase importante de preparación a la siguiente y no es aconsejable intentar animar a la persona, ya que supone una manera adecuada de procesar la situación, produciendo cierta “anestesia emocional”.
- **Aceptación:** en este punto, la persona entra en sintonía consigo misma y con su situación. Supone el fin de la lucha contra la muerte, la aceptación de lo inevitable. Llegan sentimientos de paz y deseos de estar con sus seres queridos.

Existen varios modelos posteriores que han intentado unificar diferentes opiniones respecto al duelo, habiendo llegado a un consenso más o menos aceptado (Neimeyer, 2012), aunque siempre es importante recordar que las diferentes etapas en cualquier modelo no son consecutivas y que no siempre se dan todas las fases en todos los pacientes:

- **Evitación:** en ocasiones, la pérdida de un ser querido puede ser imposible de asimilar por la persona. Si las circunstancias de la muerte son ambiguas, la persona se aferra a una falsa esperanza de que haya sobrevivido. Incluso en ocasiones en que el fallecimiento es obvio, se puede seguir comportando como si no hubiera muerto. El individuo espera la llegada o la llamada de la persona desaparecida y actúa como si nada ocurriese. Estas son reacciones normales. La persona puede tener sensación de aturdimiento o irrealidad, apatía, puede parecer desorganizado y distraído. En esta fase se intentan buscar culpables de la pérdida (los médicos, un conductor borracho, etc.). La evitación es mayor cuando el suceso es imprevisto.
- **Asimilación:** es una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada. Después de descargar la ira o la evitación, la persona empieza a experimentar la soledad y la tristeza. Se produce un distanciamiento, pueden aparecer pensamientos recurrentes, casi obsesivos, en relación con el difunto. También son más frecuentes si no se ha podido despedir del fallecido y si las relaciones con él no eran buenas. Suelen aparecer síntomas depresivos. Además, son habituales los síntomas de ansiedad (surge ante el miedo, generalmente realista, de los cambios que ocurrirán en la vida del paciente después del suceso). Pueden aparecer síntomas físicos por el estrés prolongado como problemas gástricos, deterioro del sistema inmunológico o problemas cardiovasculares, que es importante controlar.
- **Acomodación:** ocurre cuando el paciente ha podido adaptarse a la pérdida de la persona y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. La angustia y la tensión van cediendo, se va recuperando el autocontrol emocional y se mejora la salud física. Algunos síntomas perduran durante más de dos años y ciertos sentimientos y conductas pueden persistir toda la vida.

Circunstancias del individuo que predicen la intensidad del duelo

- Vulnerabilidad del individuo: la personalidad del sujeto va a determinar el impacto que un suceso determinado le produce y que será diferente al que ocasionará en otras personas. Rasgos como la autoestima, la fuerza del “yo” o sus experiencias infantiles determinarán sus recursos personales de adaptación. La principal causa de vulnerabilidad del sujeto es la existencia de historia psiquiátrica previa.
- Apoyo social: la posibilidad de contar con una red social con la cual compartir el suceso y que se movilice para ayudar al individuo, amortiguará el efecto estresante.
- Significado simbólico del suceso: a veces, dependiendo de las circunstancias personales, es diferente el significado manifiesto que la muerte tiene para el paciente del que posee para el resto de los individuos (p. ej.: la pérdida de un padre inválido y a cargo exclusivo del paciente puede tener un mayor significado de liberación que de pérdida). Como se observará, la relación que se mantenía con el fallecido es la principal causa de cronificación en el duelo.
- Responsabilidad respecto al suceso: si el sujeto piensa que ha tenido alguna responsabilidad (real o imaginada) respecto al fallecimiento, el duelo se puede hacer crónico por los sentimientos de culpa.⁵

2.1.2 Tipos de duelo

Además del duelo que se presenta ante una pérdida de un ser querido, también se pueden ver otros tipos de duelos con características peculiares.

a) Duelo anticipado

Es el que se expresa por adelantado, cuando una pérdida se percibe como inevitable, a diferencia del duelo normal, que ocurre después de la pérdida. Un ejemplo sería el duelo de los familiares ante una persona con cáncer terminal o, incluso, ante un familiar o conocido con demencia (en este caso, se realiza

el duelo cuando el paciente deja de conocer a la familia). El duelo anticipado como tal termina cuando se produce la pérdida.

A diferencia del duelo convencional, que disminuye con el paso del tiempo, el anticipado se incrementa en el momento de la pérdida. En ocasiones, cuando el proceso de la muerte se alarga, el duelo anticipado llega a extinguirse y la persona apenas manifiesta pesar tras la muerte.

b) Duelo en los padres

La muerte de un hijo es considerada en todas las culturas como algo antinatural, la inversión del ciclo biológico normal. Suele acompañarse de sentimientos de culpa paterna (por no haber sabido cuidar suficientemente bien al hijo) y de sentimientos de desesperanza (al destruirse las ilusiones puestas en la siguiente generación). Por esta razón, el duelo puede perdurar toda la vida. Es el caso del duelo crónico.

En los casos en que el duelo es anticipado, los padres suelen colmar a los hijos de todo aquello que pueden desear, sobreprotegiéndoles y obsequiándoles hasta el límite. El estrés que provoca la muerte de un hijo es tan intenso que produce el divorcio de los padres en más del 50% de los casos, sobre todo si había conflictos previos entre los cónyuges. Uno de los padres puede culpar al otro de la muerte del hijo alegando causas genéticas o falta de cuidado y las atenciones necesarias.

c) Duelo en niños o adolescentes

En la sociedad es común apartar a los niños de los ritos funerarios, impidiendo un buen comienzo del duelo en los menores, pudiendo llegar a tener secuelas en la vida adulta. Es importante señalar que los menores no tienen por qué elaborar el duelo igual que los adultos, por lo que no se les puede imponer determinadas actitudes. Será necesario adaptarse a las capacidades cognitivas del pequeño. Toda pérdida temprana de las figuras de apego supone un trauma, pero no necesariamente produce una detención del desarrollo.

En el caso de los niños y los adolescentes se trabajará desde la prevención de complicaciones, atendiendo a la edad y el desarrollo del menor.

d) Duelo perinatal

Cuando los padres sufren la pérdida de un hijo antes del nacimiento o poco tiempo después de nacer, puede existir la impresión de no tener derecho a llorar la pérdida. Sin embargo, es una pérdida real y dolorosa, ya que los lazos con el hijo muchas veces comienzan desde el diagnóstico del embarazo.

Es importante dar espacio a la pareja para elaborar la pérdida del hijo “no nato” o recién nacido fallecido, validar sus sentimientos dolorosos y no insistir en que vuelvan a tener otro hijo antes de aceptar esa pérdida. Incluso con el tema de los abortos, tanto espontáneos como provocados. Ya que estos han demostrado también generar sentimientos de pérdida importantes, que no se deben minimizar.⁶ Sin mencionar que un niño nacido después de la experiencia de pérdida perinatal puede desarrollar problemas psicológicos debido a la sobreprotección de los padres o complicaciones por apego desorganizado.⁷

2.2 Duelo Perinatal (DP)

La pérdida perinatal es el final no voluntario del embarazo o la muerte del producto desde la concepción hasta los 28 días de vida del recién nacido. El término incluye aborto espontáneo, muerte fetal y muerte neonatal.⁸

El modelo que mejor se aplica al duelo perinatal es el de Davidson, cuyas etapas son las siguientes:

(1) Conmoción y entumecimiento: un período de 2 a 4 semanas durante el cual los padres desconsolados experimentan períodos de irrealidad que se alternan con la intensidad emocional mientras intentan aceptar lo que acaba de suceder. Durante este período, los padres desconsolados están haciendo arreglos de disposición y compartiendo las noticias con amigos y familiares. Pueden aparecer alternativamente aturdidos o frenéticos.

(2) Búsqueda y anhelo: un período de 6 semanas a 3 meses después de la pérdida durante el cual existe un profundo deseo de experimentar una relación con el bebé fallecido. Este período a menudo está marcado por la interrupción del sueño, la disminución del apetito y la dificultad para atender los regímenes diarios. Además, los padres desconsolados pueden estar preocupados por completar tareas para conmemorar al bebé o el embarazo.

(3) Desorientación: un período de 4 a 6 meses después de la pérdida durante el cual los padres desconsolados están llegando a un acuerdo con su nueva normalidad. Este período está marcado por la adaptación forzada a una nueva normalidad. Aunque el trabajo y la vida familiar parecen volver a la normalidad y el apoyo de la comunidad se ha desvanecido, los desconsolados padres todavía están lidiando con la realidad de que el embarazo terminó y que no hay un bebé.

(4) Reintegración: un período de 9 a 12 meses después de la pérdida, durante el cual los padres se involucran gradualmente en una vida significativa. Este período está marcado por la normalización de las actividades diarias y la planificación para el futuro. Con frecuencia, la paciente ya está intentando o experimentando un embarazo posterior durante este período de tiempo.⁹

Algunos de los síntomas comunes de duelo sin complicaciones son los siguientes: Sueño pobre, apetito reducido, bajo estado de ánimo, sentimientos de ansiedad, de pérdida, negarse a creer que ha ocurrido una pérdida, sentirse desconectado de los demás, sensación de entumecimiento, de culpa, preocupaciones por no llorar correctamente, cambios de humor, olas de tristeza o ira, sentirse abrumado, buscando recordatorios, sentir que ve o escucha a la persona fallecida, culpa por volver gradualmente a la vida normal, aislamiento, entre otras.

La mayoría de los padres que experimentan un duelo sin complicaciones no requerirán medicamentos o psicoterapia. Estos padres simplemente necesitarán pasar por el proceso de duelo natural. Sin embargo, es importante que los padres busquen apoyo y mantengan un estilo de vida saludable durante el proceso.⁸

Aunado a lo anterior, quizás en parte debido a los síntomas de ansiedad y depresión, los estudios sugieren que las mujeres con antecedentes de pérdida perinatal tienen más probabilidades de experimentar lazos prenatales de menor calidad en un embarazo posterior.

Según la teoría de la amortiguación emocional, las mujeres embarazadas después de la pérdida perinatal temen otra pérdida y, por lo tanto, en mayor o menor medida, protegen sus emociones y evitan la vinculación prenatal. Estas mujeres pueden protegerse de otro embarazo "fallido" al experimentar al feto como menos real y pasar menos tiempo imaginando a su bebé y a sí mismas como madres.

A pesar de que la investigación sugiere que los embarazos después de una pérdida están lejos de ser idílicos, muchas mujeres se sienten avergonzadas de admitir cualquier sentimiento negativo, razonando que deberían solo agradecer estar embarazada de nuevo. Contribuyendo a este concepto erróneo está el hecho de que otros a menudo suponen que el dolor por la pérdida de un embarazo se resuelve en un embarazo posterior, cuando de hecho otro embarazo puede ser el mejor recordatorio de la pérdida anterior que la madre ha sufrido, lo que lleva a un dolor intenso en toda su vida.¹⁰ Además hay un reconocimiento creciente de que pueden aumentar los riesgos obstétricos para algunas mujeres con pérdidas previas. Y como evento traumático, la pérdida perinatal puede provocar síntomas de trastorno

de estrés postraumático, depresión, ansiedad y baja autoestima para algunos padres¹¹.

La pérdida perinatal es un trauma biopsicosocial: la paradoja paralela del nacimiento y la muerte. Una experiencia no solo emocional, sino social, espiritual y fisiológica, a menudo irresoluble para los padres y familias.¹² También, algunos autores identifican para estos padres el fracaso de una fase de desarrollo social (convertirse en padre de un niño, construir una familia), familiar (convertirse en un adulto a su vez) o personal (crear la propia vida), y la ruptura de una fase de maduración (en relación con conflictos, duelo y eventos previos en la historia de cada uno), con un sentimiento de estancamiento en la propia historia².

Cuando una mujer pierde un embarazo no sólo pierde un bebé, también pierde su estatus social y el papel emergente como madre en el proceso de conversión. Pasa de lo que muchas culturas perciben como el estado social sagrado de la "futura madre" a un estado social indefinido y no reconocido de "madre sin un bebé". La sociedad no reconoce a la mujer como madre, ya que no tiene un bebé vivo, pero ya no se ve como una mujer soltera, dejándola sentirse marginada e incomprendida. Dado esto, tampoco es de extrañar que el duelo perinatal no muestra la disminución lineal típica a lo largo del tiempo como se encuentra con otros tipos de duelo.

Cote-Arsenault y Brody, argumentan que la sociedad generalmente no reconoce ninguna pérdida porque ambas se encuentran entre dos puntos fijos de clasificación, lo que causa confusión y ansiedad. Sin embargo, no puede volver a la categoría social que dejó atrás, soltera, ni puede avanzar a la nueva categoría social de madre como se esperaba. Está atrapada en un limbo social sin un estatus o rol culturalmente definido.

Evidentemente, las creencias culturales sobre la maternidad, el papel de la mujer en la familia, la religión¹³, la medicina y la muerte influyen en la respuesta de la sociedad a la pérdida del embarazo y, por lo tanto, en la respuesta de duelo y el ajuste psicológico de los padres.¹⁴

Para las madres que pierden un hijo en el período perinatal, puede haber más de un mecanismo subyacente al aumento de su mortalidad. Los eventos vitales estresantes pueden afectar el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que resulta en una salud física adversa, y por lo tanto aumenta la mortalidad por causas naturales como enfermedades cardiovasculares. Como lo mencionan Hvidtjørn y cols. en un estudio de cohorte, donde hallaron un aumento del 80% en la mortalidad general de las madres que experimentaron una pérdida perinatal en comparación con las madres no expuestas a dicha situación (doble la mortalidad por todas las causas naturales), así como una mayor mortalidad en mujeres multíparas que en mujeres primíparas, los cardiólogos incluso hablan sobre el "síndrome del corazón roto". Además, el estrés psicológico podría conducir a un estilo de vida adverso o comportamientos de alto riesgo y también aumentar el riesgo de muerte traumática, como el suicidio.¹⁵

Aunado a todo lo anterior, la atención a las pérdidas gestacionales se ha reconocido como una de las áreas más desatendidas en los sistemas de salud de todo el mundo¹⁶, además la muerte perinatal se asocia con costos sustanciales directos, indirectos e intangibles para las mujeres, sus parejas, familias, los proveedores de atención médica, el gobierno y la sociedad en general. Los costos de atención para las muertes fetales fueron de 10 a 70% mayores que con los nacidos vivos. Los costos directos de la provisión de atención médica generalmente los cubría el gobierno o las compañías de seguros, aunque en algunos casos este gasto se transfirió a los padres; donde tuvieron que pagar los costos médicos durante y después del parto. Cuando se informó lo sucedido, los padres también tuvieron que pagar por investigaciones para identificar la causa de la muerte y los honorarios por atención médica adicional. Para muchos padres, también se asoció con ingresos reducidos del empleo o una incapacidad para volver al empleo remunerado.

Según la base de datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), solo 12 de 170 países con políticas de prestaciones de maternidad incluían disposiciones específicas para los mortinatos; un promedio de 11 días de licencia para madres (rango 28–84 días) y un promedio de 1 día libre para padres (rango 1–5 días)¹.

2.2.1 La relación de pareja ante el DP

Además del duelo, después de la pérdida perinatal los padres pueden experimentar depresión, ansiedad y efectos perjudiciales para la relación de pareja.

Para muchos padres, las consecuencias psicológicas adversas de una pérdida perinatal previa a menudo se extienden al embarazo saludable posterior. En lugar de experimentar el embarazo como un momento de anticipación alegre, los padres que han tenido una pérdida perinatal a menudo experimentan el embarazo posterior como un momento de hipervigilancia y evaluación constante de la amenaza del embarazo. Además, la madre tiene un mayor riesgo de experimentar depresión posparto en el embarazo posterior a una pérdida perinatal.

Cuando el dolor o las expectativas de las parejas son discordantes, pueden experimentar niveles más altos de conflicto en su relación y es posible que no puedan brindarse el apoyo adecuado entre sí. Gold et al. en 2010 descubrieron que las relaciones tienen un mayor riesgo de disolución después de un aborto espontáneo o muerte fetal en comparación con un nacimiento vivo. La pena intensa se asoció con una relación de pareja de baja calidad. Además, las parejas con dolor intenso tenían mayores niveles de estrés postraumático, ansiedad relacionada con el embarazo y síntomas de depresión.

Las parejas enfrentan numerosos problemas de relación cuando experimentan pérdida perinatal. A menudo tienen expectativas divergentes sobre cómo su pareja reaccionará y debería reaccionar ante la pérdida, cómo ellos y los demás a su alrededor deberían comportarse después de la pérdida, y qué se debe esperar como un período de tiempo adecuado para lamentarse. Estas expectativas divergentes crean fricción dentro de la relación de pareja y limitan la cantidad de apoyo que pueden ofrecerse entre sí.¹⁷

2.3 El DSM-5 y algunas complicaciones del duelo

El sistema actual de clasificación de las enfermedades psiquiátricas es conocido como el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el cual es publicado por la American Psychiatric Association (APA) y proporciona una terminología común para estandarizar los criterios de evaluación y diagnóstico de las enfermedades mentales en una variedad de entornos clínicos.

Las enfermedades mentales son el resultado de anormalidades en la estructura y el funcionamiento del cerebro. Generalmente las personas están predispuestas a síntomas de enfermedades mentales por combinaciones desconocidas de predisposiciones genéticas, de medio ambiente y las experiencias de la vida que provocan vulnerabilidad hereditaria o adquirida. Los trastornos psiquiátricos pueden afectar a niños y ancianos, hombres y mujeres, y a personas de todas las razas, etnias y nacionalidades.

Las enfermedades mentales son desórdenes que afectan a los pensamientos, sentimientos y comportamientos. De acuerdo con el DSM-5, la definición general de los trastornos mentales se compone de tres elementos: la angustia (la aparición de dolor y sufrimiento emocional), deterioro o disfunción (la incapacidad para llevar a cabo actividades en la escuela y el trabajo, y para entablar relaciones sociales saludables), y el comportamiento (la falta de cumplimiento de normativas [aceptadas culturalmente] expectativas de comportamientos que operan en un determinado lugar y tiempo). El tercer elemento reconoce que los síntomas de enfermedades mentales pueden ser experimentados, interpretados y expresados en formas culturalmente específicas¹⁸.

El diagnóstico es el primer paso en el tratamiento de cualquier trastorno, enfermedad o infección. Sin embargo, a diferencia de otros problemas médicos, las enfermedades mentales raramente pueden ser identificadas o descartadas con pruebas objetivas (exámenes de sangre, imágenes del cerebro o biopsias). Para determinar las causas, comienzo, curso y pronóstico de los trastornos psiquiátricos, los proveedores de salud mental deben confiar en los auto-informes de los pacientes,

exámenes del estado mental (largas entrevistas), y las observaciones de los comportamientos que pueden indicar la presencia de signos de enfermedad mental.¹⁹

En la APA se conoce que en el 90% de los individuos con duelo puede remitir espontáneamente, incluso sin ninguna intervención. Sin embargo el resto puede terminar desarrollando algún trastorno psiquiátrico, como cuadros de depresión, a veces con riesgo de suicidio y, menos habitual, trastornos de ansiedad, consumo de tóxicos, trastornos de conducta u otros.²⁰ En la siguiente tabla se muestran los dos trastornos depresivos más comunes en personas en situación de duelo:

	Criterios DSM-5 para trastornos depresivos:
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	<p>A- Estado de ánimo triste la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, al menos por dos años. <i>*En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.</i></p> <p>B- Presencia mientras está depresivo, de dos o más de los siguientes síntomas: 1) Pérdida o aumento de apetito. 2) Insomnio o hipersomnia 3) Falta de energía o fatiga 4) Baja autoestima 5) Dificultades para concentrarse o tomar decisiones 6) Sentimientos de desesperanza</p> <p>C- Durante el periodo de dos años (o un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> <p>D- Los criterios para un trastorno depresivo mayor deben estar continuamente presentes durante dos años.</p> <p>E- Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco, ni se ha cumplido criterios para un trastorno ciclotímico.</p> <p>F- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno del espectro esquizofrénico especificado o no especificado.</p> <p>G- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (medicamento u otra droga) o una enfermedad médica (p. ej.: hipotiroidismo).</p>

<p>Trastorno depresivo mayor</p> <p>(continúa...)</p>	<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto (p. ej.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej.: llanto). <i>*En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.</i> 2- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás). 3- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej.: un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. <i>*En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</i> 4- Insomnio o hipersomnia casi cada día. 5- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). 6- Fatiga o pérdida de energía casi cada día. 7- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). 8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). 9- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. <p>B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.: una droga o medicamento) o una enfermedad médica (p. ej.: hipotiroidismo).</p>
--	--

<p>(...continúa) Trastorno depresivo mayor</p>	<p>D. La ocurrencia de un episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos especificados o no.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>
--	--

Tabla elaborada por la autora.

2.3.1 Duelo prolongado

Se han identificado como factores de mal pronóstico la intensidad de los síntomas al principio del duelo y la cronicidad del cuadro. Sin embargo, la principal razón que explica que un duelo se haga crónico es el tipo de relación que se mantenía con el fallecido. Se acepta que los tipos de relación que se asocian a duelo crónico son (Worden, 2010):

- **Ambivalencia afectiva:** cuando ante una misma persona coexisten sentimientos de amor y odio (p. ej.: padre maltratador, madre ausente, progenitor crónicamente enfermo), hay que resolver esa contradicción durante el duelo sin generar sentimientos de culpa. La culpa es la emoción más destructiva y suele estar en la base de la mayoría de los duelos crónicos. En suma, debe asumirse la existencia de aspectos positivos y negativos en el progenitor de manera simultánea, y poder expresar el odio por los aspectos negativos sin sentirse culpable y el agradecimiento por las partes positivas.
- **Extrema dependencia:** individuos con escasa autonomía afectiva y funcional que han depositado una gran parte de sus gratificaciones en una persona son incapaces de sobrevivir a su fallecimiento. A menudo puede provocar ira hacia el muerto o ideas suicidas para reunirse con la persona perdida, que constituía el centro de su vida. En estos casos hay que reestructurar la vida y el psiquismo del individuo para que funcione de forma autónoma. Son situaciones difíciles de resolver.

- **Imposibilidad de despedida:** la despedida es importante ante cualquier separación, pero, lógicamente, es clave ante el fallecimiento, que constituye una despedida definitiva. Si no se ha podido realizar, el superviviente fantasea con todo aquello que le hubiese gustado decir a la persona que ha fallecido (a veces desahogo de sentimientos negativos entre ambos) y que quedará pendiente para siempre. La única forma de resolver este conflicto es repararlo con profesionales.

2.3.2 Duelo complicado

El duelo complicado está marcado por un intenso y prolongado apego a los fallecidos e irracionales sentimientos de culpa por la muerte. Estar en duelo se convierte en la única identidad y alimenta la ira desplazada, el rechazo del consuelo y el alejamiento de actividades o relaciones que podrían traer alegría. La reintegración en la vida se ve como una traición al difunto y cualquier sugerencia de volver a una apariencia de normalidad se encuentra como un desafío⁹.

En algunas ocasiones, la persona puede quedar “atascada” en alguna de las etapas del duelo. Es importante evaluar si la persona continúa siendo incapaz de sentir nada durante meses después de la pérdida o si, por el contrario, el sufrimiento es muy intenso e incapacitante, pudiendo llegar a poner la vida del individuo en peligro (con ideas autolíticas, por ejemplo).

Se debe aconsejar al paciente a recibir ayuda psicológica si se da alguna de las siguientes situaciones (Neimeyer, 2012):

- Intensos sentimientos de culpa.
- Pensamientos de suicidio.
- Desesperación extrema.
- Inquietud o depresión prolongadas.
- Síntomas físicos importantes.
- Ira incontrolada.
- Dificultades continuadas de funcionamiento.
- Abuso de sustancias.
- Entre otras...

En la siguiente tabla se muestran algunas diferencias entre las manifestaciones del duelo normal y el complicado²¹:

	Duelo normal	Duelo complicado
Aparición	Pocos días posterior al fallecimiento.	- Semanas o meses después (retrasado) - No aparición/Negación del duelo
Intensidad	Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas o meses
Características	+ Negar aspectos de la muerte, circunstancias. + Idealización del fallecido. + Identificación con el fallecido, imitar rasgos, atesorar pertenencias, escuchar, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconocer que no es real. + Desarrollar conductas en relación con el muerto culturalmente aceptables (luto, p. ej.).	- Negar la muerte de la persona, creer que vive. - Creer que se es el fallecido. - Alucinaciones complejas y estructuradas. - Pensar que se va a morir de la misma causa (acudir constantemente al médico por lo mismo). - Conductas anormales como conservar parte de las cenizas, visitar el cementerio diariamente, etc.).

Otros síntomas comunes de duelo complicado, pueden ser alejar sentimientos dolorosos, evitar el proceso de duelo, negarse a asistir al funeral (si corresponde), abusar de alcohol u otras drogas, aumento de dolencias físicas o enfermedades, cambios de humor intensos, aislamiento prolongado, descuido del autocuidado, o de las responsabilidades en el hogar y/o el trabajo.

2.3.3 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

De acuerdo con las clasificaciones de diagnóstico actuales para el trastorno de estrés postraumático, un evento traumático es aquel en el que un individuo experimenta una "muerte real o amenazada" o es testigo de la de otro (APA, 2013). Por lo tanto, la experiencia materna de la muerte de su hijo por nacer puede entenderse como potencialmente traumática. Independientemente del evento, es la angustia psicológica abrumadora relacionada con la experiencia lo que caracteriza el trauma psicológico.

Las cosmovisiones son esquemas de orden superior que las personas usan para navegar por el mundo y dar sentido a su lugar en él. Janoff-Bulman propuso que estos esquemas se componen de tres creencias centrales primarias relacionadas con la benevolencia, el significado del mundo y la dignidad del yo. Los desafíos a estos supuestos requieren un cambio cognitivo, cuando los desafíos son pequeños, un proceso de adaptación resuelve las discrepancias con las creencias centrales existentes. Sin embargo, algunos desafíos pueden ser tan discrepantes que las creencias centrales se vuelven inadecuadas para dar sentido al evento. Estos desafíos pueden forzar cambios tan violentos en la comprensión, que la cosmovisión del individuo se hace añicos y es en estas situaciones que el trauma aparentemente se produce. Después de la ruptura de estos supuestos, las personas luchan para darle sentido al evento. En pocas palabras, cuando no se puede tener sentido, el trauma persiste; cuando puede tener sentido, es a través de la reorganización del esquema que se conduce a un cambio personal.²²

Para algunas madres, la muerte fetal afectó su enfoque de la vida y la muerte, la autoestima y su propia identidad. Algunas informaron haber perdido su sentido de control, incluso durante embarazos posteriores, y su confianza en la paternidad y la crianza de los hijos¹.

Capítulo 3. METODOLOGÍA

3.1 Alcances

Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, exploratorio.

3.2 Bases de datos consultadas

- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL),
- MedLine,
- Cochrane,
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

3.3 Criterios de búsqueda

- Últimos cinco años
- Texto completo disponible
- Cualquier idioma

3.4 Tabla de congruencia

Título	Objetivo general	Términos alternativos	Pregunta de investigación
DUELO PERINATAL	Analizar el estado del arte sobre el proceso de duelo asociado a pérdidas perinatales, en el periodo de 2015 a 2019.	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida perinatal• Muerte perinatal• Muerte Fetal• Aborto espontáneo• Mortalidad Perinatal	¿Cuál es el estado del arte sobre el proceso de duelo asociado a pérdidas perinatales?

3.5 Aspectos éticos

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En su TÍTULO SEGUNDO, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, CAPÍTULO I.

El Artículo 17 refiere que para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las categorías; de acuerdo a las cuales este estudio se categoriza como:

I.- Investigación sin riesgo:

Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio (si los hay), entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.²³

3.6 Cronograma de trabajo

	Jul. 08	Jul. 22	Ago. 19	Sep. 23	Oct. 21	Nov. 25	Feb. 14	Mzo. 19	Myo. 21	Jul. 14	Sep. 20	Nov. 20.	Ene. 2021	Nov. 2021
Planteamiento del Problema														
Revisión Literatura														
Fundamentación teórica														
Hallazgos														
Proceso admvo. / Rev. Estudios.														
Conclusión / Recomendaciones														
Revisión Asesora														
Sellos no adeudos														
Última versión / Revisión jurado														
Fecha Probable de Examen														

Fuente: Elaborado por la autora.

3.7 Tablas de búsqueda

3.7.1 Tabla de términos y conceptos

DeCS	Concepto	Términos alternativos / Relacionados	MeSH
Muerte perinatal	Muerte del feto de 28 semanas o mas de edad gestacional, o la muerte de un infante nacido vivo de menos de 28 días de edad.	Muerte fetal Muerte del lactante Mortalidad Perinatal	Perinatal death
Muerte Fetal	Muerte del ser en desarrollo en el útero. El nacimiento de un feto muerto es el mortinato.	Aborto Habitual Pérdida del Embrión Viabilidad Fetal Muerte Perinatal Resultado del Embarazo	Fetal Death
Muerte del Lactante	Muerte de un LACTANTE, nacido vivo, en el primer año de vida. NOTA: Use muerte perinatal para muerte de un lactante de menos de 28 días de edad;	Mortalidad Infantil Muerte Perinatal Mortalidad Perinatal	Infant Death
Mortalidad Perinatal	Muertes que se producen en una población dada, partir de la semana 28 de gestación a los 28 días después del nacimiento.	muerte del lactante mortalidad infantil muerte perinatal	Perinatal mortality
Duelo / Pesar	Tristeza normal y apropiada en respuesta a una causa inmediata. Es auto-limitante y desaparece gradualmente dentro de un periodo razonable de tiempo.	Pesar Dolor Moral Duelo Luto Pesadumbre	Grief

Tabla elaborada por la autora.

3.7.2 Derivaciones por base de datos

Base de datos	Encontrados	Recuperados	Útiles
US National Library of Medicine	<u>Perinatal grief</u> (2015-current): 1051 +Full text: -582 >Tope: 50.	22	18
	<u>Perinatal loss</u> +Last 5 years: 1529 >Full text: 3342 Tope: 40 (irrelevancia)	9	9
Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	<u>Perinatal grief</u> - 2015-2019: 26.	6	5
	<u>Perinatal loss</u> >Full text: 2960 - 2015-2019: 983 Tope: 50.	9 (±10 no permitieron descarga ni visualización del archivo.)	6
Cochrane	<u>Perinatal grief & Perinatal loss:</u> 2	2	1
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	<u>Perinatal grief:</u> +Last five years: 125 +Full text: 110 Tope: 40	11	10
	<u>Perinatal loss:</u> +Full text: 2602 +Last five years: 1547 Tope: 40 (irrelevancia)	2	2
TOTALES:		60	51

Tabla elaborada por la autora.

Capítulo 4. HALLAZGOS

4.1 El duelo perinatal en la actualidad

El duelo es un evento único, donde variables como la relación con el fallecido, la alta dependencia y apego, si se esperaba o no la muerte, creencias espirituales, nivel socioeconómico, respuestas de la pareja y nivel percibido de apoyo social afectan las reacciones de cada persona¹². Los padres sienten que es su trabajo cuidar y proteger a sus hijos, por lo que sienten que han fallado si su hijo muere²⁴, ya sea antes o después del nacimiento.

La pérdida perinatal implica un duelo prospectivo, en el que se lloran fantasías, esperanzas y un futuro imaginado²⁵. Esto es radicalmente diferente al duelo retrospectivo, en el que el doliente tiene recuerdos pasados reales del fallecido y que otros comparten. Acostumbrados al duelo retrospectivo, los familiares y amigos aunque bien intencionados, con frecuencia minimizan el dolor perinatal diciéndole a la mujer que olvide y se concentre en tener otro hijo¹⁰.

En comparación con otros tipos de pérdidas, cuando se pierde un embarazo no hay rituales comunales para el duelo, no hay reuniones religiosas o sociales²⁶ habituales, no hay tarjetas de condolencia o flores, ni siquiera hay un certificado de defunción, entierro o lápida. La pérdida perinatal es el único tipo de pérdida en la sociedad occidental para la que no existe una sanación cultural, rituales o tradiciones para ayudar a los deudos a despedirse. Sin rituales de duelo claros, los padres no saben cómo manejar su sufrimiento, se ven privados de su derecho a llorar y sienten que su dolor no es reconocido por la sociedad. En cambio, existe una cultura activa de negación e intelectualización que desalienta a los padres a llorar, por esta razón la pérdida perinatal a menudo es conocida como pérdida "silenciosa" o "invisible"; donde el aborto espontáneo en particular es visto como un "no evento" y el feto es visto como una "no persona".

A partir de esto, el duelo perinatal, o la reacción emocional de un padre después de una pérdida, se ha comparado con el concepto de Doka (1989) "*pena*

privada de derechos” que se utiliza para describir la experiencia de pérdida, o un estado de duelo, que no se reconoce abiertamente, no se lamenta públicamente o se apoya socialmente. Existe un *tabú* cultural contra la expresión pública y el reconocimiento del dolor perinatal, que da como resultado que los padres se vean obligados a hacer frente al duelo de forma aislada, frustrando su capacidad de llorar o sufrir y el correspondiente ajuste psicológico posterior¹⁴.

Tabla 1. Conceptualizaciones sobre el duelo perinatal y neonatal.

PROFESIONES	POSTURA	FOCOS DE INTERVENCIÓN
Psiquiatría: Laverde (1998)	-Diversos factores condicionan el duelo perinatal y neonatal, situación de difícil manejo para el personal de salud, lo que incide en las crisis de duelo en progenitores.	-Humanizar los procesos de intervención.
Pediatras- obstetras: Cordero et al. (2004)	-Abordar el duelo evita que se patologice y se generen trastornos psiquiátricos.	-Humanizar el parto: ambiente tranquilo para la madre y familia, quienes pasan por un difícil momento: dar a luz a un hijo que no vivirá. Permitir decisiones relacionadas al parto y brindar un espacio diferenciado, que no se implementa en la mayoría de los servicios hospitalarios.
Enfermeras: López (2011) Sáenz (2017)	-Crear estrategias que faciliten el proceso de duelo en padres y familiares - La pérdida de un hijo es un fenómeno de estrés emocional intenso, con grandes implicaciones para el rol social, la vida de la pareja y los vínculos sociales inmediatos.	-Conocer el significado de la pérdida para los padres, y evitar posturas no acordes a sus expectativas, o crear protocolos de atención generalizados
Tanatología Fonseca (2010) Aguilar (2012)	La escasa atención y acompañamiento a los padres durante el proceso de muerte de su hijo recién nacido les genera crisis emocionales que conllevan a la pérdida de la salud física y psicológica. Tener en cuenta el vínculo madre, padre, hermano e hijo desde el proceso de gestación. Existen diferencias entre padre y madre frente a la pérdida.	Capacitar al personal en salud en aspectos básicos sobre orientar a los padres que pierden un hijo. Mayor acompañamiento a los padres. Disminuir su culpa y trámites legales. Interés por recuperar la salud familiar Rituales para reestructurar la vida y el vínculo familiar.
Psicología Claramunt et al. (2009) López et al. (2015)	La muerte del hijo es una experiencia dolorosa, única y diferente a otras muertes conocidas, dado que el hijo existe en el imaginario. Ser madre sin hijo es una paradoja, el cuerpo queda lleno de ausencia. Conocer por primer y última vez al hijo al nacer, entrelaza nacimiento y muerte. El duelo es un proceso de adaptación ante la pérdida.	Comprender la pérdida. Dar un abordaje especial, respetuoso, sensible. Rituales y atender a la familia después de la muerte. Preservar el lugar del hijo en la familia. Los grupos de duelo para progenitores posibilitan la expresión de sentimientos anclados.
Puntos en común	Búsqueda de reconocimiento del duelo perinatal y neonatal. Necesidad de atención y acompañamiento a la familia	

Los olvidados	Consultoría médica ante posibles embarazos futuros Procesos de duelo anticipatorio ante esta situación específica La familia en busca de apoyo a través de grupos como posibilidad de compartir el dolor Grupos organizados de apoyo a través de redes sociales y medios virtuales Fundaciones que propicien un reconocimiento de la muerte perinatal y neonatal
---------------	--

La tabla 1, sintetiza diversas conceptualizaciones sobre el duelo perinatal y neonatal, desde algunas profesiones de la salud como la tanatología y la psicología²⁷.

4.1.1 Patologización del Duelo Perinatal

La mayoría de los académicos y médicos están de acuerdo en que las manifestaciones de duelo pueden durar meses, años y, a veces, décadas. Esto es particularmente cierto cuando las pérdidas son traumáticas e inoportunas. Sin embargo, las tendencias actuales en psiquiatría y campos relacionados apuntan a restringir el marco de tiempo en el que las expresiones de duelo se consideran normales. Como resultado, un número creciente de personas en duelo puede clasificarse como clínicamente deprimido, y las madres desconsoladas corren un riesgo particular, ya que informan niveles más altos de angustia y tienden a ser más expresivas emocionalmente.

El enfoque para identificar el duelo patológico, con 6 meses o 1 año como criterio de duración, puede estar cambiando la comprensión social de la normalidad en el duelo traumático. La falta de criterios de diagnóstico confiables y válidos para diferenciar con precisión lo que consideran dolor "normal" de lo que se considera dolor "anormal" plantea un obstáculo para los proveedores de atención médica que puede afectar negativamente a los pacientes. En lugar de considerar el contexto, el DSM se basa en límites de tiempo arbitrarios que ofuscan la línea entre las respuestas normales aplicadas en uno de los eventos más anormales²⁸ que una familia puede experimentar: la pérdida perinatal.

La primera, y con frecuencia única, intervención ofrecida para los trastornos mentales es la medicación psicotrópica. Aunque la eficacia de tales medicamentos

en el dolor traumático no ha sido respaldada empíricamente ²⁴. A pesar de ello, parece haber un aumento en la prescripción a los padres poco después de la muerte de un niño. Esto es particularmente preocupante porque muchas mujeres que experimentan muerte perinatal continuarán teniendo hijos posteriormente.

La muerte de un bebé es una contradicción complicada, pero la suposición de que el dolor de los padres es “anormal” o un trastorno médico *per se*, es en sí mismo una patología social. Los padres que lloran la muerte de un bebé no son anormales, la opresión interpersonal y estructural en torno a su dolor es la anormalidad. Muchos, si no la mayoría, de padres desconsolados experimentan angustia psicológica a largo plazo en una variedad de medidas y son elegibles para un diagnóstico bajo el sistema taxonómico actual. Sin embargo, ¿sus experiencias subjetivas no representarían realmente una reacción normal a este tipo de pérdida ‘anormal’? Los criterios de diagnóstico que especifican que el dolor y la tristeza se resolverán dentro de 1 año o semanas, representan expectativas irracionales que minimizan los lazos de apego entre los padres y sus hijos e incluso pueden desafiar lo que significa amar.

Las estructuras taxonómicas actuales en salud mental no reconocen que existen formas legítimas de sufrimiento no causadas por trastornos. Estas intensas reacciones de duelo suelen ser respuestas normales a una tragedia anormalmente dolorosa, plagada de deslegitimación y estigma sociales¹².

Los padres en duelo pueden requerir terapia después de una pérdida perinatal para la comprensión, validación y contención emocional que generalmente buscan las personas después de otros tipos de pérdidas. Privado de rituales de duelo culturalmente, los padres pueden sentirse atrapados en su dolor o depresión, perdidos en cuanto a cómo llorar y/o seguir adelante. Y cuando el terapeuta se enfoca únicamente en las causas intrapsíquicas y minimiza los factores culturales que contribuyen al duelo no resuelto, entonces el padre se patologiza en exceso y el terapeuta se convierte en otra persona que tampoco comprende la experiencia de pérdida del paciente.

Aunado a lo anterior, se ha informado que la mayoría de las veces, los padres desconsolados reciben atención inapropiada o insensible después de una muerte

perinatal por parte de los proveedores de atención médica (Instituto J. Briggs). Por ejemplo, Lang et al., en 2011 encontraron que los padres sentían que los profesionales de la salud minimizaban su dolor y trataban su pérdida como un evento médico, como si no fuera significativa e hicieron comentarios insensibles. Estos hallazgos sugieren que el personal debería examinar sus actitudes hacia la pérdida perinatal para responder con sensibilidad a los pacientes¹⁴. Ya que los marcos sociales y culturales configuran la experiencia de los padres con respecto a la pérdida perinatal.²⁹

Además, la literatura apoya la existencia de una *jerarquía de duelo*, donde se aceptan expresiones de duelo según el tipo de pérdida. Por ejemplo, en las pérdidas tempranas, el sufrimiento es menos aceptado socialmente y los padres pueden verse obligados a negociar constantemente la importancia de la pérdida y a realizar acciones que legitimen la existencia de su embarazo.

Prestar atención emocional a estos padres requiere la provisión de cuidados de enfermería transculturales basados en el conocimiento del contexto cultural³⁰ y los antecedentes de los padres (Leininger).³¹ También, se ha observado que aquellos que buscan intervención después del duelo, lo que más necesitan es ayuda para reconstruir sus creencias, formas de dar sentido a la vida y comprender su lugar en el mundo. De este modo, los profesionales pueden ayudar a los dolientes a verse a sí mismos como algo más que un padre desconsolado, y tal vez, ver su cambio personal como un legado de la vida de su bebé²².

4.1.2 El género masculino ante la pérdida perinatal

Es bien sabido por académicos y expertos que la pérdida perinatal se vive diferente por hombres que por mujeres. Sin embargo, esta diferencia puede ser experimentada negativamente al momento del proceso de atención de salud, en gran parte debido a su naturaleza multifactorial como se muestra a continuación.

En un estudio de 2018 hecho por Agwu-Kalu y colaboradores, más de la mitad de los participantes (54.5%) explicaron que las parteras son más conscientes de las necesidades de las madres en duelo que las de los padres en duelo. En consecuencia, era más fácil para las parteras cuidar a las madres que a los padres; refiriendo: "Es más difícil cuidar a los hombres porque no son tan emocionales y no les resulta fácil pedir ayuda" (PD, FG1)¹¹.

La forma en que los hombres procesaron la pérdida perinatal se relaciona con la forma en que percibieron el embarazo. Ya que para la mayoría, el embarazo no es una experiencia encarnada (a excepción de los hombres transgénero que tienen hijos)³². Un aspecto importante que influye en sus percepciones fue presenciar los primeros signos de vida, generalmente a través de una relación mediada por la tecnología³³, por ejemplo, ver un ultrasonido o escuchar un latido cardíaco. Los hombres que han experimentado dificultades para concebir o tal vez utilizaron la fertilización *in vitro*, podrían ver afectadas sus percepciones y, por lo tanto, los apegos al embarazo.

Los hombres informan sentir tensión entre ser reconocidos como un esposo 'fuerte' y solidario, pero también como un padre vulnerable y afligido. Además, reportan que los profesionales de la salud los "pasan por alto", pero también amigos y familiares que a menudo solo preguntaban sobre el bienestar de su pareja.

La privación de derechos a las experiencias de duelo de los hombres puede tener efectos perjudiciales sobre su salud física y bienestar. Los estudios cuantitativos revelan que los hombres que internalizan sus emociones de dolor tienen mayores dificultades para buscar apoyo (siendo los grupos de apoyo por y para hombres, una de las intervenciones que han demostrado mayor aceptación entre el

género)³². Es importante que los hombres conserven información escrita sobre cómo y a quién consultar si lo requieren. E idealmente se recomienda realizar una entrevista a los 6 meses de la pérdida con un profesional capacitado, que pueda referirlos a salud mental si fuese necesario²⁷.

En los varones es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento de evitación activa, esto puede incluir retirarse emocional o físicamente y adoptar comportamientos compensatorios como aumentar su consumo de tabaco, drogas o alcohol.³⁴ Es muy posible que los hombres sufran de manera diferente, y que las necesidades de apoyo de los hombres estén estrechamente vinculadas a ello (y cómo sienten que deben o pueden sufrir). Centrarse en ideologías masculinas, reconocimiento de la pérdida y su relación con el estigma será una vía importante para futuras investigaciones destinadas a identificar las mejores formas de apoyar a los hombres que experimentan DP.

Aunque los hallazgos sobre las respuestas maternas y paternas a la muerte perinatal son relativamente consistentes entre los estudios y proporcionan información útil, tienden a carecer de poder estadístico y calidad de diseño. Por ello se necesitan estudios que adopten un enfoque más sistemático para identificar respuestas afectivas y conductuales que sean específicas para madres y padres³³, además de que se puedan examinar las relaciones entre el estigma, la búsqueda de ayuda, las ideologías masculinas y el dolor y la angustia psicológica en el contexto de la pérdida del embarazo³².

4.2 Recomendaciones para la práctica

Para el personal de salud, también es considerado difícil atender las necesidades de estos pacientes y sus familiares. Según lo menciona Ravaldi en su estudio, comunicar las noticias de la muerte fue reconocido como el mayor desafío emocional (79.4%), seguido del cuidado del bebé (69.0%) y el apoyo a los padres en la fase posparto (62.2%)³⁵. En otro estudio el personal explicó los desafíos emocionales y las dificultades que experimentaron mientras brindaban un apoyo emocional a algunos padres que tenían ciertas respuestas psicológicas de duelo, como ira y culpa, y al mismo tiempo intentaban hacer frente a sus propias respuestas emocionales a la situación, entre otras complicaciones³⁶. “La partera tiene que lidiar con sus propias emociones mientras intenta brindar este servicio. Esta pareja podría estar extremadamente enojada con el hospital y estar extremadamente enojada contigo.”(PB, FG1).

De igual forma resalta que las parteras fueron desafiadas a proporcionar apoyo de duelo efectivo a los padres por los siguientes factores: brechas identificadas en su nivel de educación y entrenamiento de duelo, apoyo emocional inadecuado reflejado en la falta de individualización, sesiones de información cuando sea necesario y servicios de asesoramiento disponibles, y sus dificultades en la provisión de la continuidad de la atención debido a la escasez de personal¹¹.

La empatía generalmente se considera un componente esencial de la relación personal-paciente, está relacionada con niveles más bajos de agotamiento, una mejor satisfacción del paciente y mejores resultados clínicos. A diferencia de la simpatía y la compasión, la empatía es una construcción aprendida, por lo tanto, la falta de capacitación específica en el cuidado del duelo puede obstaculizar las capacidades de los profesionales de brindar un apoyo útil a los padres³⁵. Además se ha observado que las experiencias clínicas de cuidado de padres desconsolados ayudan a aumentar las habilidades de apoyo a la pérdida a través del aprendizaje que ocurrió durante el proceso; con lo que el personal nota la necesidad de que

todos tengan oportunidades para mejorar sus conocimientos y habilidades para brindar un apoyo efectivo a los pacientes en duelo¹¹.

Los padres requieren que el personal de salud sea sensible y empático con sus necesidades. Que sus sentimientos sean validados y, si es posible, obtener información clara sobre lo que sucedió y por qué; además de cómo, dónde y cuándo pueden expresar significativamente su dolor. Para favorecer esto, se puede colocar un símbolo específico en la habitación de los padres que han perdido a su bebé. De esta manera, todo el personal de salud, desde enfermeras hasta personal de limpieza, estará al tanto de la pérdida y podrá ser cauteloso³⁷ incluso entre turnos. Aunque también es importante que no intenten enmascarar o minimizar la pérdida con un enfoque optimista sobre el futuro o la posibilidad de futuros embarazos.

Hay que reconocer también que los proveedores de atención, pueden presentar una falta de conocimiento sobre el impacto físico, emocional y social de la pérdida perinatal en las personas y las familias, junto con sensaciones de incomodidad con el duelo y cómo atender a los afligidos (en estado de hipersensibilidad), lo cual con frecuencia se extiende a la prestación de atención. Cuando no reconocen cómo sus acciones, comentarios y comportamientos (a menudo involuntarias) afectan las experiencias de sus pacientes pueden agravar severamente una experiencia ya difícil *per se*. Se debe mostrar un profundo respeto por los niños fallecidos, la individualidad y la diversidad del dolor³⁷.

Algunas recomendaciones para que los profesionales de la salud ayuden a los padres en duelo se pueden agrupar en los siguientes 5 pasos:

1. Comunicar/transmitir completa sensibilidad y empatía.
2. Tener un conocimiento práctico de reacciones de duelo comunes, etapas de duelo y signos o síntomas de duelo complicado.
3. Familiarizarse con los protocolos de su lugar de trabajo respecto al duelo.
4. Estar al tanto de las necesidades de la familia y hacer referencias apropiadas.

5. Hacer un seguimiento con la familia para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades.

Algunos comentarios que el profesional de la salud debe evitar al trabajar con padres desconsolados:

- Siempre puedes tener otro hijo.
- Al menos tienes otros hijos.
- Eres joven y tienes mucho tiempo.
- Es mejor que haya ocurrido ahora y no más tarde cuando te hubieras unido más a tu hijo.
- Esto es una bendición, las cosas probablemente habrían sido peores de no haber sucedido ahora.
- Esto es simplemente el camino de la naturaleza.
- Puede usar los artículos que ha comprado para el próximo bebé.

Aunque se recomienda una intervención temprana, los profesionales de la salud mental pueden ayudar a los padres a superar el dolor complicado incluso años después de la pérdida. Otros enfoques para apoyar a los padres pueden incluir:

- DVD informativos y de apoyo
- Terapia cognitiva conductual basada en internet
- Terapia basada en la meditación
- Actividad física
- Llevar un diario
- Fomentar apoyos para reconocer fechas relacionadas con la pérdida.
- La asistencia a un grupo de apoyo de duelo y/o pérdida.

Las recomendaciones para todos los padres deben ser intervenciones accesibles, como terapias en el hogar y/o Internet⁸.

Ya que el duelo perinatal no es una experiencia igual para todos, el cuidado de las mujeres y sus parejas debe ser altamente individualizado para ser percibido como un apoyo. Se sugiere que no debería haber un enfoque estandarizado, sino alentar a las enfermeras a usar listas de verificación de duelo perinatal para organizar la atención, pero siendo individualizadas para la mujer, pareja y/o familias.

Comprender el significado, es decir, cómo una mujer percibe la pérdida, es la clave para brindar atención de duelo perinatal de alta calidad. Los tópicos de la subescala Realidad de la Escala de intensidad de duelo perinatal pueden ser utilizadas por las enfermeras para explorar cómo las mujeres perciben su pérdida. Sin embargo, hay que tener siempre presente que dicha escala no se vuelve precisa para identificar la intensidad del duelo y predecir los resultados hasta después de 2 semanas posteriores a la pérdida³⁸.

Tratar de comprender mejor las actitudes culturales propias y de los pacientes hacia la muerte en general y la pérdida del embarazo, así como hacia la feminidad y la maternidad resulta en una de las mejores formas de trabajar; siendo culturalmente sensibles¹⁴. Desafortunadamente, la mayoría de las unidades obstétricas en los hospitales aún carecen de psicólogos capaces de trabajar con las familias y los proveedores de atención cuando ocurren eventos traumáticos como la pérdida perinatal³⁵.

Los objetos de transición son importantes para ayudar a las familias a crear recuerdos significativos y duraderos en torno a la muerte de su hijo. Aunque la disponibilidad de servicios y programas varía entre las instituciones debido a la falta de financiación o estructura, así como a opiniones contradictorias sobre su necesidad. Dichos objetos se pueden proporcionar a los padres y las familias después de la pérdida de un hijo. Artículos como fotos del bebé solo o con miembros de la familia, cualquier registro proporcionado por el hospital, de nacimiento y peso, etiquetas o bandas de identificación, certificados religiosos, artículos de ropa, huellas de tinta o yeso, mantas, gorros, brazaletes, pañales, etc.

Algunos objetos de recuerdo pueden integrarse más en la vida cotidiana de las familias que otros, algunas organizaciones utilizan específicamente ositos de peluche como una forma de evitar que la familia salga del hospital con los brazos vacíos. Algunas incluso los crean con el peso exacto de un bebé que ha muerto. Tener un oso de peluche no solo es reconfortante para los padres que experimentan una pérdida, sino que también puede ser un recuerdo duradero para los hermanos que aún no están en un nivel de desarrollo para comprender las complejidades de la muerte.³⁹ Sin embargo, para los hermanos el impacto está asociado a su etapa de desarrollo, la cual incide en la comprensión de la muerte del bebé, por lo que es recomendable hablar con la verdad y hacerlos partícipes del proceso²⁷.

- * Los modelos de intervención deben enfocarse tanto en la atención aguda (por ejemplo, alentar a los padres a solicitar una autopsia, de tal manera que la culpa pueda reducirse y se sientan más cómodos³⁷) como a largo plazo para ayudar a las familias.

- * Permita que las familias pasen tiempo privado con su bebé y aliéntelos a sostenerlo, si lo desean. Si los miembros de la familia expresan temor al ver o sostener al bebé inicialmente, proporcione psicoeducación sobre cualquier inquietud y ofrezca otras oportunidades para el ritual, dejando abierta la posibilidad de verlo o sostenerlo posteriormente.

- * No apesure a los padres. En lugar de presionarlos para que hagan los arreglos para la disposición final o enviarlos rápidamente a casa desde el hospital, deles el mayor tiempo posible para absorber el trauma inicial de su pérdida (Al vivir con él un tiempo, en una forma de "amor condensado", adquieren la sensación de haber cumplido su papel de padres²).

- * Facilite rituales culturalmente sensibles como bañar y vestir al bebé, tomar fotografías y ayudar a crear otros recuerdos de la elección de los padres.

- * Comparta información con otros miembros del personal para garantizar el tratamiento sensible de los padres en duelo por parte de todos los cuidadores.

* Brinde atención que incluya asesoramiento y psicoeducación a padres, hermanos y abuelos en torno a lo que es normal en el dolor traumático. Hutti señala la importancia de ayudar a los padres a confrontar las reacciones de los demás y, quizás, los juicios sobre su dolor; de esta manera, "en lugar de sentirse víctima, el padre se siente empoderado".

* Adquirir una política de 'esperar y observar' y no acelerar los diagnósticos psiquiátricos y/o la prescripción de medicamentos psiquiátricos.

* Brinde acceso a profesionales específicamente capacitados en duelo traumático, desde personal de atención hospitalaria y funeraria hasta terapeutas y médicos, sin requerir la asignación de un trastorno mental para acomodar el reembolso del seguro¹².

La pérdida del embarazo puede interpretarse como un evento potencialmente traumático y ese potencial traumático no debe ser descuidado. Además, las mujeres también pueden experimentar un Crecimiento Postraumático (CPT) considerable después de la pérdida del embarazo, incluso en el contexto de dolor y angustia importantes. El concepto de CPT está respaldado por la teoría de los supuestos rotos de Janoff-Bulman (1992), que postula que las visiones de los individuos sobre el mundo están formadas por tres supuestos: el mundo es benevolente, significativo y digno. Un evento traumático tiene el potencial de destruir estas suposiciones y alterar permanentemente la forma en que uno ve el mundo. Después de un evento traumático, los individuos construyen nuevas visiones del mundo, congruentes con su experiencia. Estas nuevas visiones pueden volverse más ricas, más significativas y más propicias para el crecimiento, a pesar de abarcar también sentimientos de vulnerabilidad⁴⁰.

Es importante no generalizar en exceso la posibilidad del crecimiento, o incluso presumir que es un resultado aspiracional. De hecho, algunos individuos desconsolados podrían encontrar repugnante la idea (Tedeschi y Calhoun, 2004). En cambio, el trabajo terapéutico que es consciente del CPT debe centrarse en ayudar a los padres a regular emociones y manejar su angustia significativa²².

4.3 Factores protectores y de riesgo para complicaciones

Señales de advertencia de dolor complicado - Adaptado del Centro de Intervenciones Clínicas de duelo y pérdidas 2016:

- Alejar los sentimientos dolorosos o evitar el proceso de duelo por completo
- Evitar hablar o recordar excesivamente al bebé que murió
- Negarse a planificar y / o asistir a un funeral (si corresponde)
- Usar tareas que distraigan para evitar experimentar dolor
- Abuso de alcohol o drogas, incluidos los medicamentos recetados.
- Aumento de dolencias físicas o enfermedades
- Cambios de humor intensos o aislamiento que no se resuelven en 1 o 2 meses.
- Descuido continuo del autocuidado y las responsabilidades en el hogar, la escuela o el trabajo.

La pérdida perinatal conduce al duelo complicado con mayor frecuencia que otras pérdidas. Representa no solo una ausencia física sino también una presencia psicológica, especialmente para la madre que llevó al bebé en su útero. Cassaday, muestra algunos factores que pueden contribuir al duelo complicado:

- La pérdida es repentina e inesperada.
- La pérdida a menudo no se reconoce abiertamente
- La pérdida a menudo no tiene apoyo social
- La pérdida está asociada con culpa o auto-culpa.
- No hay recuerdos ni experiencias para compartir.
- No hay objeto concreto para llorar.

Además influyen otro tipo de factores, no psicológicos, que pueden ser sociales o biológicos:

- Joven edad materna
- Disminución de los apoyos sociales
- Pérdida recurrente del embarazo
- Historia de trauma
- Enfermedad psiquiátrica preexistente⁴¹
- No tener otros hijos (o un único sobreviviente de embarazo múltiple⁴²)
- Un embarazo más largo (SDG)
- Historial de infertilidad.
- No tener creencias religiosas
- No haber participado en rituales para el bebé fallecido.
- Tener baja satisfacción matrimonial
- Dificultades de relación de pareja preexistentes⁸.

El crecimiento postraumático (CPT) se refiere a los cambios positivos que las personas pueden experimentar después de la lucha con eventos desafiantes, incluido el duelo. Típicamente presenciado en tres amplios dominios: la percepción de uno mismo, en relación con los demás, y la filosofía de la vida, el CPT puede verse como una colección de resultados positivos de comportamiento y actitud del cambio cognitivo que Janoff-Bulman (1992) describió después de la interrupción de las creencias centrales. Es importante destacar que el CPT no es omnipresente ni implica el fin de la dificultad. De hecho, las personas que experimentan crecimiento a menudo lo hacen en el contexto de angustia continua.

Las personas que no tienen hijos vivos generalmente reportan puntajes de dolor y angustia más altos y es menos probable que experimenten CPT que aquellos que tienen hijos vivos²².

Las mujeres que tienen antecedentes de depresión, las mujeres que no tienen hijos, tienen poco apoyo social o dificultades de relación preexistentes corren el riesgo de sufrir duelo complicado y depresión

El DSM-5 permite el diagnóstico de trastorno depresivo en aquellos con características de duelo, que pueden parecerse. Aunque tales síntomas pueden ser entendibles, el diagnóstico de un episodio depresivo está permitido si el individuo cumple con los criterios. Los síntomas de dolor y depresión disminuyen con el tiempo, aunque los estudios longitudinales han encontrado que las mujeres que están más angustiadas inicialmente continúan angustiadas incluso 1 año después del evento⁴³.

Se cree que la duración del proceso depende de muchas variables que intervienen y crean diferentes patrones de respuesta:

La tristeza anticipada, la falta de apoyo social, un bajo nivel socioeconómico y la escasez de estrategias de supervivencia por parte del sobreviviente, entre otros, pueden alargar el dolor.

El momento en el ciclo de vida en el que ocurren estas muertes, la ausencia de una persona visible para llorar, la dificultad de compartir experiencias y recuerdos con la familia y el entorno social, así como la irrupción repentina de las noticias en un momento en el que la vida y la muerte coinciden en el tiempo, y la juventud de los progenitores son solo algunos de los factores que pueden complicar el proceso de adaptación emocional a la pérdida.

En las interrupciones hay una participación más activa de las mujeres, en el sentido de tener que decidir si terminar o continuar con el embarazo. Hay varios dilemas que una mujer puede experimentar con este tipo de pérdida y este aspecto afecta significativamente la culpa personal y el auto-reproche, confrontando a la mujer con

la contradicción de detener y terminar la vida que ella misma creó, en un momento en que con el embarazo más o menos avanzado, siente la vitalidad del feto.

En las muertes espontáneas intra o extrauterinas, normalmente no hay oportunidad de prepararse para la pérdida, especialmente si el bebé ya nació y se inició un vínculo emocional.⁴⁴

Las madres buscaron el significado de la pérdida para tener sentido y ganar control sobre el caos que la pérdida generó en lugar de como un mecanismo para satisfacer o tolerar el dolor. Algunas madres por ejemplo, se refugiaron o renunciaron a la religión, dependiendo de si las respuestas proporcionadas por la religión fueron reconfortantes o no en su proceso de duelo. Por el contrario, las madres con un alto nivel educativo buscaron significado en causas médicas³¹.

Los rituales de duelo simbolizan el reconocimiento público de que el afligido ha sufrido una pérdida y proporcionan procedimientos claros y habituales para despedirse. El hecho de que no haya rituales de duelo culturalmente sancionados para afligirse por una pérdida perinatal invalida el dolor de los padres y dificulta el duelo de los padres. Diamond & Diamond (2016) sugieren que generalmente puede ser útil crear rituales y tradiciones que saquen el dolor del paciente del aislamiento y lo lleven a un espacio algo público, en el que otros estén disponibles para apoyo, validación y comodidad. Además, desde una perspectiva de apego, es importante que el doliente encuentre una forma de internalizar y transformar su relación con el fallecido, en lugar de cortar todos los lazos con el objeto perdido. Rituales como crear una tumba y escribir cartas al bebé perdido ayudan a los padres a internalizar al bebé y transformar la relación¹⁴. Los beneficios del apoyo social se informan ampliamente en la literatura como un elemento curativo para las mujeres después de la pérdida del embarazo. Ya que cuando la pérdida se reconoce o se expresa públicamente, el apoyo social suele ser mayor⁴⁵.

La autoeficacia es un factor protector de importancia central cuando se producen eventos traumáticos. Predice uniformemente menos comportamientos de evitación y reflexiones aversivas en las viudas, lo que conduce a menos angustia emocional y mejores resultados de salud física¹².

4.4 Material de apoyo ante DP

4.4.1 Escala de duelo perinatal

Versión reducida (PGS; Potvin, Lasker y Toedter, 1989). Evalúa el duelo perinatal y consta de 33 ítems distribuidos en tres subescalas de 11 cada una, tipo Likert con cinco opciones, desde completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5). La subescala duelo activo corresponde a reacciones de duelo normales e incluye elementos relacionados con sentimientos de tristeza, extrañar al bebé y llorar por ello; La subescala de afrontamiento incluye elementos sobre la presencia / ausencia de síntomas de depresión y culpa, la falta de apoyo social y problemas en la relación entre la pareja, dificultades para reanudar las actividades diarias y las relaciones personales; y la subescala de desesperanza incluye síntomas que perduran en el tiempo y dependen de los recursos de afrontamiento de la persona. Un puntaje igual o mayor a 91 indicaría la presencia de mayor dolor o sufrimiento⁴⁴.

4.4.2 Escala de Intensidad del Duelo Perinatal

PGIS, por sus siglas en inglés: es un cuestionario de 14 ítems utilizado para evaluar la intensidad del duelo después de un aborto espontáneo, muerte fetal o muerte neonatal (Hutti et al., 1998). Tres factores influyen significativamente en la intensidad del duelo después de una pérdida perinatal: la realidad percibida del embarazo y el feto dentro, la congruencia entre la experiencia de pérdida real y el ideal percibido de los padres con respecto a cómo debe desarrollarse la experiencia, y la capacidad para tomar decisiones o actuar de manera de aumentar esta congruencia. Cabe resaltar que la escala no se vuelve precisa contextualmente hasta dos semanas después de la pérdida. (Hutti, 2017)¹⁷.

El instrumento se puede descargar libremente desde: <http://uoflnursingpgis.org>. También está disponible como una aplicación gratuita en la Google App Store⁴⁶.

4.4.3 Lista de verificación CLASS

Lista de verificación de apoyo de muerte fetal CiaoLApo. La lista es un resumen de la mejor evidencia de las pautas internacionales, desarrollada específicamente para evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud de las recomendaciones para el manejo de la muerte fetal y para abordar la percepción de asistencia por parte de los padres de los bebés nacidos muertos. La herramienta está disponible en línea en italiano e inglés (www.class.ciaolapo.it) y actualmente está bajo validación. En la lista de verificación de CLASS, las recomendaciones se dividen en secciones basadas en las pautas de la Sociedad Perinatal de Australia y Nueva Zelanda (PSANZ), integradas con las de la Sociedad Canadiense de Pediatría, y la OMS-UNFPA-UNICEF. Las secciones exploradas son:

- *Respeto (R)*: actitudes respetuosas hacia los bebés nacidos muertos y sus padres.
- *Nacimiento (B)*: enfoques hacia las opciones de parto/nacimiento.
- *Recuerdos (M)*: ayudan a los padres a crear recuerdos del bebé.
- *Cuidados posteriores(A)*: brindar atención y apoyo adecuados después del nacimiento y el período posparto inmediato³⁵.

4.4.4 Escala de confianza del cuidado en el duelo perinatal

PBCCS⁴⁷ por sus siglas en inglés, elaborada por Kalu y colaboradores (2017). Se utiliza para identificar el nivel de confianza de las parteras para brindar apoyo a los padres que han experimentado una pérdida perinatal y los factores sociodemográficos y psicosociales que afectan la confianza de las parteras/enfermeras.

El PBCCS tiene 43 apartados: Conocimiento del cuidado del duelo (15 ítems, 3 subescalas). Habilidades para el cuidado del duelo (9 ítems, 2 subescalas). Autoconciencia (8 ítems, 2 subescalas) y Apoyo organizacional (11 ítems, 2 subescalas).

4.4.5 Escala del apego postnatal materno

MPAS por las siglas en inglés de Maternal Postnatal Attachment Scale, creada por Condon & Corkindale en 1998: Es un cuestionario autoinformado de 19 ítems que se utiliza para evaluar el apego madre-hijo durante el primer año de vida. De importante referencia para evaluar posibles complicaciones en la relación padre-hijo, que hayan tenido pérdidas perinatales previas.

El MPAS incluye cuatro indicadores de apego: placer en la proximidad, aceptación, tolerancia y competencia. El participante califica cada uno de los 19 ítems en una escala Likert de 1 (bajo apego) a 5 (alto apego), con un puntaje total posible que va de 19 a 95⁷.

4.4.6 Modelo de proceso dual del duelo

DPM, por sus siglas en inglés, creada por Margaret Stroebe (1999). El DPM enfatiza dos tipos concurrentes de estresores y procesos de afrontamiento: orientado a la pérdida y orientado a la restauración. Subraya que las personas afligidas a menudo oscilan entre estos dos procesos a lo largo del curso del duelo, y una parada en uno de los dos procesos podría estar asociada con un dolor prolongado⁴⁸.

Durante el funcionamiento orientado a la pérdida, el superviviente se encuentra en un periodo de introspección, el cual podría entenderse metafóricamente como un proceso de “ahorro de energía conductual”. Mientras que en la otra etapa, van apareciendo episodios de un “funcionamiento orientado a la reconstrucción”, los cuales van aumentando en frecuencia y duración con el paso del tiempo. Se observa en la persona invertir su esfuerzo y su concentración en los ajustes que ha de realizar en sus diferentes áreas vitales⁴⁹.

4.4.7 Percepciones de la estigmatización de otros para buscar ayuda

PSOSH, por sus siglas en inglés, mide el grado en que un individuo cree que la búsqueda de ayuda psicológica será percibida como una fuente de estigma por otras personas significativas. Creada por Vogel, Wade y Ascherman en 2009.

La escala incluye cinco ítems, calificados en una escala Likert de 5 puntos: 1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = mucho, 5 = mucho. Las puntuaciones medias más altas indican niveles más altos de estigma percibido³².

4.4.8 Escala de intensidad de crecimiento postraumático

PTGI por sus siglas en inglés, creada por Tedeschi y Calhoun en 1996. Es una escala de 21 ítems de cambios positivos que pueden experimentarse después del trauma. Califican de 0 (en absoluto) a 5 (un grado muy alto), la ocurrencia de cambios personales que surgieron de acuerdo con su pérdida. Los elementos incluyen "Establecí un nuevo camino para mi vida", "Tener compasión por los demás" y "Una disposición a expresar mis emociones". El PTGI produce un puntaje total de crecimiento postraumático, o puntajes para cinco dimensiones: relacionadas con otros, nuevas posibilidades, fortaleza personal, cambio espiritual y apreciación de la vida²².

Capítulo 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de esta revisión, es evidente que tres temas son consistentes para brindar atención a los padres desconsolados: en primer lugar, un profundo respeto por la individualidad y la diversidad del dolor, el respeto por el niño fallecido y el reconocimiento del poder curativo y la capacidad de recuperación del espíritu humano. Otra área emergente de investigación que contribuirá a nuestro conocimiento científico de las intervenciones de duelo es la neurobiología del duelo y el trauma que indica que el duelo está mediado a través de una red neuronal en todas las regiones del cerebro. Además, la creciente investigación sobre la resiliencia y el crecimiento postraumático contribuirán más al desarrollo de intervenciones efectivas posteriores a la pérdida³³.

La atención del personal de salud puede mejorar a través de programas de educación y entrenamiento que abordan las necesidades de duelo y socio-culturales de los padres, además del cuidado emocional de las parteras o enfermeras¹¹.

De acuerdo con el estudio de Diamond RM y Roose RE, el apoyo entre pares como concepto destacado para la profesión de enfermería, es un medio efectivo para tener compañeros laicos con conocimiento de primera mano que brinden intervenciones que mejoren la calidad de la atención y los resultados. Los grupos de apoyo entre pares para padres⁵⁰ en duelo pueden ofrecer beneficios a los padres que reciben apoyo y a los padres que lo brindan, al tiempo que permiten a las enfermeras y médicos una forma efectiva de satisfacer las necesidades de los padres desconsolados. En gran parte gracias a que permiten abordar las necesidades integrales de las familias al validar y normalizar sus experiencias.⁵¹

Si los proveedores de atención médica conocen el efecto de una pérdida previa y exploran los pensamientos y sentimientos de las madres, pueden facilitar la adaptación positiva a embarazos y paternidad posteriores. Por lo que debe hacerse un seguimiento cuidadoso del nacimiento de un niño posterior a pérdida(s) perinatales⁷.

El trabajo futuro debe abordar la psicoterapia para el dolor perinatal entre parejas del mismo sexo. Además debería explorar tratamientos culturalmente sensibles para el dolor perinatal desde diferentes perspectivas teóricas¹⁴.

Como la mayoría de los artículos se identificaron de países con altos ingresos, los datos obtenidos son similares a una revisión restringida. Aunque algunos temas son consistentes entre unos países y otros, factores como el estigma y el aislamiento social, parecen ser particularmente relevantes en los países de bajos y medianos ingresos¹.

Existe una necesidad de que los proveedores de atención médica evalúen de manera rutinaria a todas las mujeres que han experimentado un aborto espontáneo, muerte fetal o muerte neonatal previa por síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático y problemas de relación en el embarazo posterior saludable¹⁷.

Asesorar a las parejas sobre las explicaciones que darán a los demás, sobre cómo lidiar con el dolor y cómo lidiar con el regreso a casa y al trabajo podría mejorar el proceso de duelo. La implementación de asesoramiento psicológico y seguimiento en obstetricia y unidades neonatales podría ayudar a prevenir secuelas emocionales. Se necesita más investigación para comprender mejor los efectos a largo plazo de los eventos reproductivos de las mujeres en la salud mental⁴⁴.

La revisión aboga por identificar posibles vías para apoyar a los hombres a lo largo de este proceso, mejorar la prestación de servicios de salud y, en última instancia, mejorar los resultados para todos aquellos que experimentan pérdida perinatal, independientemente de su género³⁴.

Nuestros hallazgos podrían servir como un impulso para que las autoridades sanitarias implementen políticas efectivas y formulen pautas claras y apropiadas dirigidas a grupos profesionales específicos. Además, el manejo de la muerte fetal y perinatal debe ser una parte estructurada de los cursos profesionales en los planes de estudios⁵² médicos y enfermeros para que las nuevas generaciones puedan mejorar sustancialmente la calidad de la atención.

Es evidente la necesidad de guías prácticas para los profesionales de la salud, una vez que los profesionales conocen la relevancia y delicadeza del manejo de estos pacientes, la mayoría expresan su interés en asistir a cursos de capacitación, que podría ayudarlos a mejorar su práctica diaria. Derivado de esto, se percibe también la necesidad de formación de posgrado en pérdida perinatal³⁵.

Sobre la base de estos datos, el elemento clave de lo que funciona para reducir los efectos de la muerte fetal en padres y familias en duelo puede resumirse como ver a través de los ojos de los afectados. Esto incluye al personal que comprende lo que los diferentes padres y familias necesitan y cuándo lo necesitan; comunidades que reconocen el dolor y la pérdida y no estigmatizan a quienes han tenido muertes fetales; empleadores que proporcionan arreglos de licencia efectivos; y gobiernos que brindan apoyo tangible, como los costos de los funerales, y los compromisos pagados de licencia laboral.

Se suma al llamado de la comunidad global para que reconozca el efecto duradero de la muerte fetal en los padres, las familias, el personal, las sociedades y los sistemas de salud y asistencia social; desarrollar estrategias para recopilar datos, establecer y mantener registros nacionales de rastreo de pérdidas perinatales, valiosos para determinar el verdadero alcance⁵², así como costos de las muertes fetales y usar esa información para invertir en estrategias, servicios locales y prácticas para prevenir la pérdida perinatal e invertir en intervenciones para reducir los efectos negativos de la misma¹.

Capítulo 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Heazell AEP, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. Lancet [Internet] 2016; 387: 604–16. [Consultado: 2019/09/23] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- ² De Mézarac I, Caeymaex L. Le deuil des parents après le décès de leur bébé. Parental mourning after a perinatal loss. Arch Pediatr [Internet] 2017 Sep;24(9):877-883. [Consultado: 2019/09/10] Disponible en: DOI: [10.1016/j.arcped.2017.06.015](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.06.015)
- ³ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, 23ª Ed. 2014 [Internet]. [Consultado: 05 08 2019] Disponible en: <https://dle.rae.es/>
- ⁴ Diccionario enciclopédico Taber en ciencias de la salud. [Internet] Ed. Difusión de Avances en Enfermería (DAE). 2007 [Consultado: 2019/10/23] Disponible en: <https://www-enferteca-com.pbidi.unam.mx:2443/>
- ⁵ Simón-Navarrete ME, García-Campayo J, Tazón-Ansola P, Aseguinolaza-Chopitea L. Manejo del duelo en Atención Primaria. En: Noriega Matanza C (coord.). Relación y comunicación. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 447-466.
- ⁶ Ibídem.
- ⁷ Al-Maharma DY, et al. Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. Infant Ment Health J. [Internet] 2016 Jul;37(4):411-23. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: DOI: [10.1002/imhj.21570](https://doi.org/10.1002/imhj.21570)
- ⁸ Cassaday TM. Impact of Pregnancy Loss on psychological functioning and grief outcomes. Obstet Gynecol Clin N Am [Internet] 2018;45(2018):525–533. [Consultado: 2019/10/23] Disponible en: doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.004
- ⁹ Rich D. Psychological impact of pregnancy loss: Best practice for obstetric providers. CLIN OBSTET GYNECOL. [Internet] 2018;61(3):628–636. [Consultado: 2019/10/21] Disponible en: [10.1097 / GRF.0000000000000369](https://doi.org/10.1097 / GRF.0000000000000369)
- ¹⁰ Markin RD. What Clinicians Miss About Miscarriages: Clinical errors in the treatment of early term Perinatal loss. Psychotherapy [Internet] 2016; 53(3):347–353. [Consultado: 2019/10/23] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000062>
- ¹¹ Agwu-Kalu F, et al. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. Midwifery [Internet] 2018 Sep;64:69-76. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: [10.1016/j.midw.2018.06.011](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.011)
- ¹² Cacciatore J, Thielemann K. Normal complications and abnormal assumptions after Perinatal death. Wolters Kluwer Health [internet] 2019;44(1):6-12. [Consultado: 2019/10/23] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000486>
- ¹³ Tseng YF, Cheng HR, Chen YP, et al. Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. J Clin Nurs. [Internet] 2017 Dec;26(23-24):5133-5142. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1111/jocn.14059](https://doi.org/10.1111/jocn.14059)
- ¹⁴ Rayna DM, Zilcha-Mano S. Cultural processes in Psychotherapy for Perinatal Loss: Breaking the Cultural Taboo Against Perinatal grief. Psychotherapy [Internet] 2018; 55(1):20–26. [Consultado: 2019 08 21] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000122>

-
- ¹⁵ Hvidtjørn D, et al. Mortality in mothers after perinatal loss: a population-based follow-up study. BJOG. [Internet] 2016 Feb;123(3):393-8. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: DOI: [10.1111/1471-0528.13268](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13268)
- ¹⁶ Calderer A, Obregón N, Cobo JV, Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. Matronas Prof. [Internet] 2018; 19(3): e41-e47. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: <https://bit.ly/2W9rVQC>
- ¹⁷ Hutti M, et al. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. JOGNN [Internet] 2015; 44(1): 42-50. [Consultado: 2019/10/19] Disponible en: DOI <http://10.1111/1552-6909.12539>
- ¹⁸ Roulston A, et al. Psychological therapies for major depressive disorder and prolonged grief in bereaved adults. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2018;12(CD013237): 1-23. [Consultado: 2019/12/30] Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013237>
- ¹⁹ American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana. 2013, 5ª Edición.
- ²⁰ Ibídem.
- ²¹ Ibídem.
- ²² Krosch DJ, Shakespeare-Finch J. Grief, Traumatic Stress, and Posttraumatic Growth in women who have experienced pregnancy loss. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy [Internet] 2017; 9(4):425-433. [Consultado: 2019 08 21] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000183>
- ²³ Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (México) [Internet] 2014. [Consultado: 2019/07/27] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- ²⁴ Gold KJ, Sen A, Leon I. Whose Fault Is It anyway? Guilt, Blame, and Death Attribution by Mothers After Stillbirth or Infant Death. Illness, Crisis & Loss [Internet] Jan2018; 26(1): 40-57. [Consultado: 2019/01/03] Disponible en: DOI:[10.1177/1054137317740800](https://doi.org/10.1177/1054137317740800)
- ²⁵ Feria-Clemente L. Duelo por la pérdida perinatal. Metas Enferm. [Internet] 2017; 20(3): 29-32. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: <https://bit.ly/38DwSWM>
- ²⁶ Pereira MUL, et al. Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2018; 36(4): 422-427. [Consultado: 2019/12/13] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;4;00013>
- ²⁷ Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Arch Med (Manizales) [Internet] 2019; 19(1):32-45. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>.
- ²⁸ Hutti MH, et al. Predicting Need for Follow-Up Due to Severe Anxiety and Depression Symptoms After Perinatal Loss. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. [Internet] 2018; 47 (2): 125-136. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1016 / j.jogn.2018.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.01.003)

-
- ²⁹ Meyer AC, et al. They Say I Should not Think About It: A Qualitative Study Exploring the Experience of Infant Loss for Bereaved Mothers in Kumasi, Ghana. *OMEGA—Journal of Death and Dying* [Internet] 2018; 77(3):267–279. [Consultado: 2019/11/13] Disponible en: DOI: [10.1177/0030222816629165](https://doi.org/10.1177/0030222816629165)
- ³⁰ Window-Maker K, et al. Support for Young black urban women after Perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs.* [Internet] 2019 Jan/Feb;44(1):13-19. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: DOI: [10.1097/NMC.0000000000000485](https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000485)
- ³¹ Fernández-Basanta S, et al. Multicultural coping experiences of parents following perinatal loss: A meta-ethnographic synthesis. *J Adv Nurs.* [Internet] 2019;00:1–13. [Consultado: 2019/11/01] Disponible en: DOI: [10.1111/jan.14211](https://doi.org/10.1111/jan.14211)
- ³² Riggs DW, et al. Australian Heterosexual Men's Experiences of Pregnancy Loss: The Relationships Between Grief, Psychological Distress, Stigma, Help-Seeking, and Support. *OMEGA Journal of Death and Dying* [Internet] 2018;0(0):1–15. [Consultado: 2019/12/30] Disponible en: DOI: [10.1177/0030222818819339](https://doi.org/10.1177/0030222818819339)
- ³³ Koopmans L, et al. Support for mothers, fathers and families after Perinatal death (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet] 2013;Jun 19(6):CD000452. [Consultado: 2019/12/30] Disponible en: DOI: [10.1002/14651858.CD000452.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3)
- ³⁴ Nguyen V, et al. Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* [Internet] 15 de agosto de 2019. [Consultado: 2019/09/20] Disponible en: DOI: [10.1111/ajo.13041](https://doi.org/10.1111/ajo.13041)
- ³⁵ Ravaldi C, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery* [Internet] 2018; 64(2018):53–59. [Consultado: 2019/11/20] Disponible en: doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008
- ³⁶ Willis P. Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *MCN Am J Matern Child Nurs.* [Internet] 2019 enero / febrero; 44 (1): 46-51. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: DOI:[10.1097/NMC.0000000000000490](https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000490)
- ³⁷ Kalanlar B. Hospital Practices for Parents Following Perinatal loss. *OMEGA Journal of Death and Dying* [Internet] 2018;0(0):1–13. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1177/0030222818803809](https://doi.org/10.1177/0030222818803809)
- ³⁸ Hutti MH, et al. Using theory to inform and guide perinatal bereavement care. *Wolters Kluwer Health* [Internet] 2019;44(1):20-26. [Consultado: 2019/12/03] Disponible en: DOI: [10.1097/NMC.0000000000000495](https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000495)
- ³⁹ LeDuff III LD, et al. Transitional Objects to Faciliate Grieving following Perinatal loss. *Advances in Neonatal Care* [Internet] 2017;17(5):347-353. [Consultado: 2019/12/20] Disponible en: [10.1097/ANC.0000000000000429](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000429)
- ⁴⁰ Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress & Coping* [Internet] 2017;30(5):536-550. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1080/10615806.2016.1278433](https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1278433)
- ⁴¹ Üstündağ-Budak A. et al. Perinatal trauma with and without loss experiences. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* [Internet] Sep2016; 34(4): 413-425. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: [10.1080/02646838.2016.1186266](https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1186266)
- ⁴² Druguet M, Gómez B. Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [Internet] 2018;47(2):137-145. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1016/j.jogn.2018.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.01.004)

-
- ⁴³ Kulathilaka S, et al. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry* [Internet] 2016;16:1-6. [Consultado: 2019/12/30] Disponible en: DOI: [10.1186/s12888-016-0812-y](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0812-y)
- ⁴⁴ Ridaura I, et al. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema* [Internet] 2017; 29(1):43-48. [Consultado: 2019/12/30] Disponible en: DOI: [10.7334/psicothema2016.151](https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151)
- ⁴⁵ Fernández-Basanta S, et al. Coping after involuntary pregnancy loss: Perspectives of Spanish European women. *Omega (Westport)* [Internet] 2019;May 28:30222819852849. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1177/0030222819852849](https://doi.org/10.1177/0030222819852849)
- ⁴⁶ Hutti M, et al. Predicting grief intensity after recent Perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet] 2017;101(2017):128–134. [Consultado: 2019/11/30] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016>
- ⁴⁷ Kalu FA, et al. Development, validation and reliability testing of 'Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)'. *Women Birth*. [Internet] 2019 Jul 16. pii: S1871-5192(19)30212-4. [Consultado: 2019/12/29] Disponible en: DOI [10.1016/j.wombi.2019.07.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.001)
- ⁴⁸ Hvidtjørn D, et al. Life after the loss. protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life. *BMJ Open* [Internet] 2018;e024278:1-7. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: [10.1136/bmjopen-2018-024278](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024278)
- ⁴⁹ Rodríguez-Camón E. El Modelo del Proceso Dual del Duelo: un enfoque alternativo. *Psicología y mente* [Internet] 2017. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: <https://bit.ly/2Q2ydja>
- ⁵⁰ Meredith P, Wilson T. “Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to Perinatal loss. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet] 2017;17:6. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1186/s12884-016-1200-9](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1200-9)
- ⁵¹ Diamond RM, Roose RE. Development and Evaluation of a Peer Support Program for Parents Facing Perinatal Loss. [Internet] *Nurs Womens Health*. 2016 Apr-May;20(2):146-56. [Consultado: 2019/11/20] Disponible en: DOI: [10.1016/j.nwh.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.02.001)
- ⁵² Pruit-Johnson O, Langford RW. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. *JOGNN* [Internet] 2015;44:492-499. [Consultado: 2019/01/10] Disponible en: DOI: [10.1111/1552-6909.12659](https://doi.org/10.1111/1552-6909.12659)