



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DUELO PERINATAL EN MUJERES DE MINATITLÁN. UN ESTUDIO
DESCRIPTIVO.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

RENATA PATRICIA CABRERA MARCIAL

ASESOR DE TESIS

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE

COATZACOALCOS, VERACRUZ

MARZO 2022.



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.

DEDICATORIAS

Dedico este esfuerzo a Dios, porque me brindo los dones necesarios para cumplir esta meta que anhelaba tanto.

Agradezco enormemente a mis padres, al Sr. Levi y la Sra. Patricia, por apoyarme, amarme y aconsejarme en todo este proyecto.

Gracias a mi esposo Arnulfo, por tenerme paciencia y por cuidar de nuestra hija mientras yo dedicaba tiempo a mis estudios. Te amo.

Gracias, hija, Aitana Regina, que aun siendo tan pequeña me apoyabas en esta meta personal, por esperarme siempre con un abrazo.

A Omar, mi hermano, porque siempre confiar en mí y en mis sueños.

A mi tía Ana, su tiempo destinado a cuidar a mi hija, para que yo pudiera terminar esta investigación.

Al Sr. Raquel y a la Sra. Olga, gracias suegros por apoyarme en este proyecto que emprendí y por confiar en mí.

Al igual por esas amistades que conocí en la universidad, en especial a mi amiga Keila del C. por siempre motivarme y estar en las buenas y en las malas. Te quiero amiga.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al director de la facultad al Lic. Omar Castillejos Zarate, por compartirme de sus conocimientos y el apoyo obtenido durante toda mi instancia en la universidad.

Gracias a todos los maestros que me encontré en mi formación académica de la licenciatura en especial a los psicólogos Carolina, Marta, Rosa del Carmen, Lorena, Elizabeth por ustedes me enseñaron a amar y a respetar mi labor de ser psicóloga.

A la maestra Sandra, gracias por mostrarme su apoyo y comprensión en cada momento, por motivarme a dar más.

Al Profesor Limón, más que un profesor, fue un amigo, gracias por brindarme de sus conocimientos y por los momentos de risas que siempre tuvimos.

Y un muy especial agradecimiento a la profesora Ma. Antonia, no hay manera de agradecerle todo el aprendizaje que me llevo de usted, por estar al pendiente de mi crecimiento profesional y por confiar en todos mis proyectos.

INDICE

PORTADA

DEDICATORIAS	II
AGRADECIMIENTOS.	III
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3 HIPOTESIS	16
1.3.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	17
1.3.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	17
1.4 OBJETIVOS GENERALES.	18
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
CAPITULO 2. MARCO TEORICO	20
2.1 DUELO.....	20
2.1.1 CONCEPTO DE DUELO	20
2.1.2 EL DUELO A TRÁVES DEL TIEMPO.....	21
2.1.3 TIPOS DE DUELO	23
2.1.3 ETAPAS DEL DUELO.....	24
2.1.4 TEORIAS DEL DUELO.....	27

2.2 DUELO PERINATAL	29
2.2.1 CONCEPTO DE DUELO PERINATAL	29
2.2.2 TIPOS DE PÉRDIDA PERINATAL	30
2.2.3 ASPECTOS CLÍNICOS DEL DUELO PERINATAL.....	32
2.2.4 APOYO TANATOLÓGICO EN EL DUELO PERINATAL.....	32
2.2.5 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DUELO PERINATAL.....	34
2.3 EMBARAZO.....	37
2.3.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO.....	37
2.3.2 PROCESO DE GESTACIÓN	39
2.3.4 LA VIDA DEL NIÑO INTRAUTERO.....	44
2.3.5 EL VINCULO INTRAUTERINO	44
2.3.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS MATERNAS	45
2.3.7 FACTORES DE RIESGO.....	46
2.3.8 MORTANDAD PERINATAL	49
2.3.9 CAUSAS PRINCIPALES DE LA MUERTE PERINATAL EN MÉXICO.....	50
2.3.10 MODELO DE INTERVENCIÓN PARA CASOS DE MUERTE PERINATAL	51
2.3.11 PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN A LA SALUD PÚBLICA MEXICANA.....	56
2.4 LA FAMILIA Y EL DUELO PERINATAL.....	58
2.4.1 ROL DEL PADRE EN EL EMBARAZO.....	59

2.4.2 ROL DE LA MADRE EN EL EMBARAZO	59
2.4.3 DINÁMICA FAMILIAR DUANTE EL DUELO PERINATAL	60
2.4.3 DIFERENCIAS EMOCIONALES ENTRE MUJER Y HOMBRE EN EL DUELO PERINATAL	61
CAPITULO 3. METODOLOGÍA	64
3.1 ENFOQUE	64
3.2 TIPO DE ESTUDIO	64
3.3 POBLACIÓN	64
3.3.1 TIPOS DE MUESTRA.....	65
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
CAPÍTULO 4: ANALISIS DE LOS DATOS	67
4.1 TABLAS.....	67
4.2 GRÁFICAS	81
4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	117
CAPÍTULO 5. CONCLUSIÓN.....	120
REFERENCIAS	126

INTRODUCCIÓN

Las pérdidas son un tema que es muy difícil de abordar, en ciertos lugares no se sabe afrontar una pérdida de un empleo, de una parte del cuerpo, de una relación y hasta de la vida de un familiar ya sea hijo, madre, padre, hermano, entre otros. Las formas de morir y la forma de realizar un duelo nunca han sido iguales al largo de la historia, ahora la muerte se convierte en algo personal, de acuerdo a las creencias y tradiciones de cada persona.

En los años 80's por primera vez se propuso un modelo para el proceso de duelo que fue la autora Elisabeth Kübler-Ross, posteriormente otros autores se unieron a la investigación. A partir de las investigaciones dadas se formó la disciplina de Tanatología, que se dedica a encontrar un sentido al proceso de muerte.

Debido a que se desconoce cómo abordar las pérdidas, se mantiene en un secretismo en la sociedad y en un caso muy especial es la pérdida perinatal, donde la mujer tiene que esconder su duelo por la pérdida de su hijo en la etapa de gestación o a los pocos días de nacido.

La sociedad tiene la idea de que por el hecho de no haber convivido con el hijo mucho tiempo, no pasa nada en la vida de la madre y del padre, pero es todo lo contrario, hay afectaciones emocionales y conductuales que involucran a toda la familia. Las afectaciones pueden desde muy notorias hasta pasar por desapercibidas. Es un hecho que la madre no puede vivir un duelo ya que mantiene sus emociones escondidas.

El duelo perinatal es un proceso que conlleva tiempo y espacio para los padres y que estos mismos se muestren con disponibilidad de despedir a al hijo que esperaban con ilusión y que tenían sus sueños puestos en él.

Es sumamente importante tener en cuenta cómo el centro hospitalario trata a la familia para que se lleve adecuadamente un proceso de duelo. El vivir un duelo perinatal plenamente, tiene como resultado el reducir la ansiedad de la madre y el miedo del padre.

Este tema de investigación surge por la vivencia que se tuvo muy de cerca con aquellas mujeres que han perdido un hijo y lo doloroso que es llevar esa culpa que ellas sienten, al igual ver totalmente el descuido de la salud mental del personal sanitario de los centros hospitalarios hacia las madres que atraviesan la pérdida de un hijo en este periodo.

Esto lleva que la tesis resalte la importancia del duelo perinatal y de demostrar que las mujeres sí sufren un duelo, manifestado con sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa, desilusión, entre otros.

Esta tesis recaudó información por medio de la Escala de Duelo Perinatal validada a las mujeres mexicanas 2009, esta escala fue diseñada de forma online, debido a la pandemia de COVID-19 y respetar los protocolos sanitarios de la Secretaría de la Salud.

La siguiente tesis está estructurada de la siguiente forma:

El planteamiento del problema es la primera parte de la tesis, se encuentra la hipótesis, la definición conceptual y operacional de las variables, de igual forma se establece el objetivo general y los específicos que se persiguen con la investigación.

Posteriormente en el Marco teórico, se encuentran los temas más importantes que sustenta el proyecto de investigación como: concepto de duelo, tipos de duelo, duelo perinatal, tipos de pérdida perinatal, apoyo tanatológico, embarazo y sus principales cambios, mortandad perinatal y la familia frente al duelo perinatal.

El capítulo tres es el de metodología, aquí se especifica la escala que se utilizó en esta investigación, la cual es “Escala de Duelo Perinatal” de: Potvin, Lasker y Toedter publicada en el año 1989, la cual consta de 27 reactivos tipos Likert, se especifica que fue aplicada a 14 mujeres con edad promedio de 23 años, nativas de la ciudad de Minatitlán, Ver. También se menciona que el estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo.

El capítulo cuatro, titulado: Análisis de datos donde, se encuentra se las tablas y gráficas que nos sirvieron para hacer un análisis de los datos.

Por último, en el apartado cinco, titulado: conclusiones, se especifica que sí se cumplió la hipótesis ya que, por medio de los resultados de instrumento de recolección de datos, se muestra que las mujeres mostraban un duelo activo junto con el sentimiento de culpa, donde por ende, la subescala de culpa se encontraba elevada, aunque en la subescala de aceptación se mostraron valores altos, se determina que hay una incongruencia en estos resultados.

Hay que señalar que las mujeres piensan y sienten que la pérdida del bebé fue por culpa de ellas. Y ese sentimiento persiste ya que en otros resultados de investigación se muestran que lloran y piensan mucho en su hijo. De esta investigación se contrastan los estudios de campo vs con otras investigaciones de otros autores, al igual se agregan algunas recomendaciones a otras profesionales como médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante varios siglos la maternidad ha sido un tema de mucho interés por parte de los investigadores. La tecnología ha ayudado a los especialistas a profundizarse más en el tema por ejemplo, pudiendo determinar el sexo del bebé dentro del útero y verlo en las ecografías, lo que genera un apego con los progenitores, pero este mismo avance, también ha puesto al descubierto si el feto presenta problemas o malformaciones, lo que obliga a los progenitores a tomar una decisión de continuar o no con el embarazo.

Para los padres ya no es un feto más, ya es un hijo que también ha ido creciendo en su corazón. La pérdida de este hijo conlleva a fuertes cambios tanto en la madre que ha creado un mayor lazo como el padre que se involucra en los cuidados maternos. Ante la pérdida perinatal, las creencias, el significado y los sentimientos que se generan entran en juego y ante un déficit en conocimientos y recursos para afrontarla, se tiende a adoptar actitudes inadecuadas, dada la frustración, impotencia y ansiedad experimentadas.

El duelo perinatal es un hecho silencioso ya que la familia y los conocidos evitan hablar del tema a los padres, ya que tiene que ver con la intimidad de la mujer, pero no se cuestiona el sufrimiento que tiene la madre ante esta pérdida inesperada.

El primer artículo científico del dr. Edward Zulliman. que habla sobre el sufrimiento de los padres fue escrito en 1959, este artículo se centra en las dificultades obstétricas frente a la muerte fetal antes, durante y después del parto; se recomendaba que después de que la

madre despertara de la anestesia se le informara sobre la muerte y/o alguna malformación de su hijo.

Posteriormente Bourne en 1968 abordó los efectos psicológicos de la muerte fetal sobre las mujeres y el modo de actuar de los médicos, resaltaba que los profesionales pasaban por un punto ciego, hacían como que no pasaba nada, Bourne estaba en contra de que la mujer no le dijera “hola” y “adiós” a su hijo, porque en muchas ocasiones la mujer era sedada para evitar el sufrimiento y al despertar ya no estaba su hijo, aunque en su corazón aún permanecía.

En 1980, Peppers y Knapp propusieron nueve elementos del duelo perinatal: dificultad de concentración, rabia, culpabilidad, negativa a aceptar la realidad, confusión temporal, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños repetitivos con el bebé perdido.

Kirkley-Best y Kellner en 1982 criticaron las bibliografías anteriores, ya que referían que hacía falta de estudios y ellos llamaron al duelo perinatal como duelo olvidado, por el modo en que en esa época eran tratados los dolientes por parte del personal médico.

En 1984, Herz añadió otras características: que la mujer se sentía traicionada por su cuerpo o que sentía envidia hacia otras mujeres que tenían hijos, que la mujer presenta sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control, que la mujer tiene la sensación de haber decepcionado a su pareja y que está expuesta a la posibilidad de tener múltiples reacciones de aniversario (fecha prevista de parto, fecha de la pérdida, fecha de la noticia del embarazo, etc.).

En la actualidad ha crecido la cantidad de artículos que hablan sobre el duelo perinatal, pero se interesan mayormente por la madre y el bebé, a medida que el padre se

muestra como una figura responsable y presente en el cuidado materno, se ha ido estudiado también las afectaciones en el duelo perinatal en los padres.

El nacimiento de un hijo es el momento cumbre de la familia, desde que asisten a las primeras citas con el ginecólogo hasta la hora de parto, desarrollan sentimientos de felicidad, esperanza, ilusión, deseando que todo termine en un final feliz.

Todas las etapas de la gestación son sumamente importantes desde el primer trimestre hasta el último trimestre, donde se extreman cuidados para esperar la llegada del bebé. Esto se relaciona con la rama de la medicina, la ginecología. Al igual se relaciona con la estimulación prenatal a la que asisten algunas mujeres

Durante el embarazo se percibe al feto como parte de la madre, y no como un sujeto separado. Cuando nace el bebé, el hogar se convierte en un espacio amplio y abierto, con la continua presencia de familiares por la llegada del nuevo miembro de la familia. Sucede un cambio radical en el sistema de la familiar, pero no todos terminan en un final feliz, esto ocurre cuando el feto muere en la etapa perinatal a lo que le sucede un proceso de duelo del hijo que tanto esperan y ya no llegará.

El estudio del duelo se relaciona con la rama de la tanatología, esta disciplina se encarga de encontrar el sentido del proceso de muerte. La tanatología se lleva a cabo mediante un proceso de psicoterapia, donde asiste la madre y/o el padre. Este tipo de intervención familiar ayuda a los padres a saber diferenciar su sentir y poner acuerdos de comunicación, para que no lleguen a una separación sentimental.

La naturaleza del duelo se asocia a la forma de la muerte y la resonancia emocional difiere; en algunos casos, los neonatos fallecen de manera súbita, lo que no posibilita una despedida ni elaborar un duelo anticipatorio.

En la actualidad el servicio de salud de la ciudad de Minatitlán no da un seguimiento psicológico a aquellas madres que sufren un duelo perinatal.

El siguiente caso, lo vi en un centro de salud de la ciudad de Minatitlán: una joven mujer que me comenta haber tenido un aborto y muerte de un feto de 30 semanas, que nuevamente está embarazada, comienza con dolores tempranos de parto a la semana 32. Llega a revisión médica, se encuentra muy nerviosa, ya que sus dos pérdidas anteriores le han generado un miedo de volver a tener esa amarga experiencia.

Le solicitan entrar a la sala de ginecología para que revisen al feto, en ese momento presenta un ataque de pánico y no quería entrar, comentaba en repetidas ocasiones que se iba a morir su bebé y ella, que siempre que entraba en esa sala, siempre salía con su hijo muerto.

Le asistieron médicos y enfermeros, pero jamás llegó un psicólogo o un psiquiatra. Tampoco le ofrecieron una cita con el psicólogo, no agendaron nada para ella, en forma posterior, simplemente esas expresiones de angustia y miedo no fueron consideradas importantes. Presenciar ese evento, también motiva esta investigación.

La tasa de mortandad perinatal en 2019 fue 420 por cada 1000 nacidos vivos, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Y de acuerdo a las cifras, debe considerarse un tema de importancia para el gobierno, en lo que cabe en la salud mental para las madres.

Los centros hospitalarios, el personal sanitario y las asociaciones juegan un papel importante para la superación de este tipo de duelo, la inexistencia de protocolos en estos casos no ayuda que la madre tenga una recuperación.

Al igual que muchos estados de la república no se conocen alguna asociación para que la madre y/o padre puedan superar este duelo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La estadística dice que un 22% de las madres que han tenido una pérdida perinatal sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad y un 15-20% de las parejas tiene problemas para superar el duelo (OMS, 2005). La muerte del bebé -ya sea en el útero materno, a los pocos días de nacer o durante el parto- supone una ruptura abrupta con las expectativas de la futura madre.

Es importante conocer si la mujer realmente ha superado la muerte de su hijo o en caso contrario que este padeciendo algún trastorno.

El duelo perinatal es muy poco estudiado debido a que en la cultura es un secreto a voces. Si la mujer habla de su pérdida, rompe tabúes de la sociedad y le ayudaría a conseguir ayuda psicológica, de esta manera, su dolor se podría disminuir.

La falta de conocimientos ante cómo se me debo comportar y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que se adopten una actitud incorrecta ante la muerte perinatal y por consiguiente se pase por una frustración e impotencia.

Las mujeres se sienten muy incomprendidas y poco acompañadas en general en las pérdidas gestacionales, las mujeres que experimentan muertes perinatales son

condenadas al ostracismo de tal manera que cuando una mujer pasa por algo similar siente que es la primera en el mundo a la que esto le sucede.

Es importante que las pérdidas formen parte de la vida y se acepten de este modo, con ayuda profesional o con el apoyo de la familia.

Existen numerosas técnicas y estrategias que pueden aplicarse a diario para el alivio del malestar psicoemocional y las situaciones que se plantean en circunstancias de crisis o duelos. Los padres que tienen un proceso de duelo adecuado, que buscan ayuda entre su familia y los profesionales de la salud, están dispuestos a mejorar su vida personal y familiar.

En primera instancia las mujeres son las más beneficiadas al poder reconocer el duelo de la pérdida de un bebe, es importante poder brindar la información y el apoyo especializado en centros hospitalarios y es necesario promover que se hagan protocolos sanitarios adecuados para estos casos.

1.3 HIPOTESIS

1. La culpa es la subescala más alta de acuerdo con la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.
2. La aceptación es la subescala más baja de acuerdo con la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

Identificación de las Variables:

Variable 1: Culpa

Variable 2: Duelo perinatal

Variable 3: Aceptación

1.3.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Duelo perinatal: Es aquel proceso que se produce tras la pérdida de un bebé durante el embarazo a partir de la semana 22 y hasta los siete días de nacido.

Aceptación: Es la actitud que viene de la voluntad de ver lo que es, y de vivir y estar presente en el momento en el que se encuentra la persona.

Culpa: Es la actitud donde la persona cree que todo fue su error y lo cree irreversible, a esta actitud lo acompañan ciertos sentimientos como irritabilidad, angustia y tristeza.

1.3.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

La escala del Duelo Perinatal originalmente una prueba hecha para mujeres españolas que hayan sufrido una pérdida perinatal en los últimos 5 años.

En el 2011 se realiza la validación en las mujeres mexicanas, la escala fue traducida y readaptada para las mujeres mexicanas que hayan tenido una pérdida perinatal.

La EDP es una escala tipo Likert que consta de 27 afirmaciones con cinco opciones de respuesta. agrupados en cuatro subescalas: duelo activo, depresión, culpa y aceptación.

La subescala de culpa se mide en un grupo de diversos reactivos los cuales son: 6,9 13,14 20, 21 y para la subescala de aceptación son los siguientes reactivos: 12, 26 y,27.

1.4 OBJETIVOS GENERALES.

Determinar si la culpa es la subescala más alta de acuerdo a la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

Determinar si la aceptación es la subescala más baja de acuerdo a la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el tema, delimitarlo y ver la viabilidad e importancia del mismo en la sociedad actual.
2. Revisar exhaustivamente fuentes bibliográficas y hemerográficas de los temas que atañen a esta investigación.
3. Aplicar el instrumento de recolección de datos seleccionado para recabar información sobre el tema de investigación, así como identificar la población y la muestra.
4. Analizar los datos usando estadística descriptiva a partir de los datos recabados a través del instrumento seleccionado.

5. Presentar las conclusiones a las que se llegaron identificando si la hipótesis planteada se cumple o se rechaza.

CAPITULO 2. MARCO TEORICO

2.1 DUELO

El ciclo vital se desarrolla desde una infancia prolongada, hasta una vejez, dentro de toda esta etapa de la vida, se sufren diferentes pérdidas; ya sea de hijos, de padres, hermanos, abuelos, amigos, etc. Toda pérdida conlleva un duelo, la intensidad del duelo no depende de la persona y/o objeto perdido, sino del valor sentimental que se le atribuye a la pérdida.

Pangrazzi señala que el duelo es “la matriz que centra todas las respuestas de las diferentes separaciones desde los bienes materiales hasta de las personas amadas” (2005, p. 20).

2.1.1 CONCEPTO DE DUELO

El duelo etimológicamente tiene el mismo origen que el dolor, en realidad son sinónimos; de hecho, la palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor. Según la Real Academia Española de la Lengua, el duelo es la expresión de “dolor, lástima, aflicción o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”.

Es un proceso emocional, psicológico, y como todo proceso, tiene un principio y un final.

Se define el duelo como: “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado” (Bowlby, 2007).

Tizón, plantea el proceso de duelo como “la pérdida de un ser querido, pero también como un proceso que puede desencadenarse por la pérdida de una relación afectiva o alguna actividad importante para el individuo” (2004, p.17).

2.1.2 EL DUELO A TRÁVES DEL TIEMPO

La muerte en Occidente (Aries, 2011) habla de la muerte desde los primeros siglos de la era cristiana hasta la actualidad, de cómo se ha ido transformando la forma de morir, siempre cargada de creencias, rituales y construcciones sociales. Es decir, la cultura de la muerte puede llegar a degenerar, a ir más allá del respeto y cuidado del cadáver, del duelo e involucrar el asesinato de personas más o menos relacionadas con la persona muerta, degeneración que, en el extremo, lleva a una desvinculación completa del acto fúnebre y no necesita mediación de cadáver.

En la Edad Media, la buena muerte era la que ocurría de forma lenta y anunciada y se hacía de forma asistida. Por el contrario, la inadecuada era la que llegaba de forma repentina.

Vivir el propio proceso de la muerte es tan brutal que la sociedad tiende a pensar que nadie muere por causas naturales, e ingenuamente cree que si elimina las causas de la muerte (incluso a las personas a las que se responsabiliza y culpa de la misma, aun sin fundamento) la vencerá y alcanzará la inmortalidad.

Lindemann en 1944 fue el primero en describir la sintomatología mental del duelo agudo, de igual forma cree que el proceso de duelo puede variar de acuerdo en función de la pérdida y de las experiencias previas del duelo, así mismo menciona que el

proceso de duelo puede variar de acuerdo en función de la pérdida y de las experiencias previas del duelo.

En los siglos XIV al XVIII, el dolor y la agonía con sufrimiento adquieren un notable valor religioso y se consideraba una muerte adecuada.

Se le atribuye a Freud en 1917, el haber realizado el estudio de los procesos psicológicos del duelo durante el siglo XX. Por otro lado, Lindemann refuerza el modelo de Freud y define las etapas del duelo, analizando a personas que perdieron a sus familiares de forma trágica.

El autor más importante en el tema de duelo fue Bowlby, que en 1917 propuso el primer modelo de las etapas del duelo. Originalmente plantea tres etapas del duelo: Añoranza, desorganización y reorganización.

Posteriormente Elisabeth Kübler-Ross (1969) propone otro modelo de las etapas del duelo, en este dicho caso son cinco etapas: Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación.

Diversos autores han dado aportaciones sobre el concepto de duelo estos son algunos ejemplos:

“El duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como su patria, su libertad, un ideal, etcétera” (Freud, 1917, p.250)

“El duelo es un proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de una situación interna y externa ante una nueva realidad” (Bucay, 2004, p.180).

2.1.3 TIPOS DE DUELO

Duelo anticipado

Es aquel duelo que comienza mucho tiempo antes. Es cuando se dan pronósticos de enfermedades incurables, se produce una tristeza en el familiar, pero tiene tiempo para ir asimilando la despedida de su ser amado. Este duelo anticipado, tiene la oportunidad de preparar la despedida.

El duelo anticipado es un proceso de duelo prolongado, no tan agudo como el resto, ya que cuando llega la muerte, se suele experimentar, como algo de calma, teniendo la sensación que el ser amado ya descansa.

Duelo patológico

El duelo patológico tiene diferentes nombres: no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. Este duelo “anormal” es la intensificación en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia la aceptación.

Preduelo

Es un duelo que se centra en uno mismo. Cuando el ser querido lo transforma la enfermedad y se cree que ya no es el mismo. En algunos casos hasta se deja de reconocer al ser querido.

Duelo inhibido o negado

Hace referencia a las personas que no enfrentan los hechos ocurridos. Permanecen en la etapa de la negación.

Duelo crónico

Tiene una duración excesiva, y la persona nunca llega a una conclusión satisfactoria.

“Existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia” (Medina, 2001).

2.1.3 ETAPAS DEL DUELO

Existen diversas teorías que manejan diferentes etapas del duelo. Así, se encuentran con autores que afirman la existencia de tres etapas, otros de cuatro y hasta de cinco fases.

Todos estos autores tienen en común la primera etapa, que es donde pasa la persona un proceso de aturdimiento emocional, de enfrentarse a una nueva realidad. Que conlleva a cambios cognitivos, emocionales y físicos. Al igual que el hecho de considerar las etapas como no universales, es decir, que no necesariamente las personas en duelo deben atravesar por todas ellas ni seguir una determinada secuencia.

En este caso solo se van a describir los dos principales modelos, el de Bowlby y la Dra. Elisabeth Kübler-Ross.

Modelo de Bowlby

Propuesto en 1980, propone las siguientes fases:

1. Fase de Shock

La persona está en un estado de incredulidad, siente que está viviendo otra realidad, la persona puede fluctuar de un estado de estupor a un estado de rabia o de intensa aflicción de forma repentina, esta fase puede durar desde algunas horas hasta semanas.

2. Fase de Anhelo

En esta fase la persona se siente culpable, aparecen sentimientos de injusticia y resentimiento. Disminuyen las capacidades como la memoria y la concentración para realizar tareas cotidianas. La duración de esta etapa dura entre meses y varios años.

3. Fase de Desorganización

Esta fase se caracteriza principalmente por una tristeza profunda y la persona experimenta apatía y desinterés por sí misma y por lo que le rodea. Aparecen sentimientos de culpa ante las demandas de reorganización de la nueva situación y sus consecuencias, como las modificaciones en la vivienda, las relaciones familiares, el lugar de residencia y otras cuestiones relacionadas con la reorganización vital.

4. Fase de Reorganización

La persona acepta la realidad, mira hacia el futuro y da nuevos significados a su vida, reestructurando su existencia a la luz de su nueva situación vital. El recuerdo de la persona amada ya no genera sentimientos de las fases previas.

Modelo de Elisabeth Kübler-Ross

Propuesto en el año 1969, propone las siguientes fases:

1. Fase de Negación

En esta fase la psique se rebela ante el proceso, puede conllevar periodos de insensibilidad y la duda de si puede seguir con su vida después de la muerte de la persona amada. Las noticias que se encuentran alrededor se tornan de absurdas para la forma de entender el mundo.

2. Fase de Ira

En esta fase se encuentran motivos de queja, enojo y odio contra todo lo que lo rodea, especialmente comienza a culpabilizar a otros. Cuando antes se presenta, más pronto se disipará el sentimiento.

3. Fase de Negociación.

En la etapa de negociación se crea un tipo de fantasía para tener el control de la situación. El dolor es aliviado imaginando que se ha retrocedido en el tiempo y que no hay ninguna vida en peligro. Pero esta etapa es breve porque tampoco encaja con la realidad y, además, resulta agotador estar pensando todo el rato en soluciones.

4. Fase de Depresión

Se entra en un estado de sufrimiento al entender que no se puede seguir evitando el suceso. Es normal que en esta etapa se aislé más y que se note más cansado.

El tiempo para salir de una depresión es casi proporcional al tiempo que se estuvo en ella. No hay soluciones rápidas, a pesar de la presión social para sobreponerse.

5. Fase de Aceptación

Es en el momento en el que se acepta la muerte del ser querido, cuando se aprende a seguir viviendo en un mundo en el que la persona ya no está. Se acepta ese sentimiento de superación de la pérdida.

2.1.4 TEORÍAS DEL DUELO

Existen diferentes modelos explicativos sobre el proceso de duelo. Estos son los más importantes:

Teoría psicodinámica

El duelo no consiste en sustituir al objeto perdido, sino en cambiar la relación al objeto; de eso se trata la función del duelo, la relación al objeto es la constitución del objeto como objeto de deseo.

“En la teoría psicodinámica, el duelo se entiende como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable”. (Mendoza-Romero, 2015, p.148).

Teoría del apego

La teoría del apego de Bowlby (1977) se considera el desarrollo de vínculos como algo instintivo y característico de muchas especies. El duelo desde esta teoría se produce por la ruptura del vínculo.

Bowlby (1980) incluye variables como la edad y el sexo de la persona, antecedentes de cómo ha manejado otras situaciones de crisis en su vida y la capacidad de

resiliencia para afrontar el duelo. También se tendrá en cuenta el estilo de apego desarrollado en la infancia como guía para saber qué tipo de comportamientos pueden desencadenarse tras la pérdida.

Teoría cognitiva

Según este modelo el ajuste del duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas (Pozo, 1989).

Se habla del proceso del duelo como un proceso lleno de elecciones, de caminos o posibilidades, y de tareas o acciones que quizá habrá que llevar a término.

Teoría del estrés

El duelo se considera un estresor y se subraya la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Se tienen en cuenta las consecuencias físicas que tienen que ver con el debilitamiento del sistema inmunitario (Yoffe, 2013).

Estudios previos muestran que el estrés producido por el duelo altera la respuesta inmunológica así mismo el funcionamiento neuroendocrino se ve alterado, afectando todo ello al estado de salud del superviviente.

Modelos descriptivos. El duelo como proceso

Dentro de los modelos descriptivos se encuentran los autores que defienden el proceso del duelo como una sucesión de fases.

En el primer enfoque estarían las etapas del proceso de morir de la Doctora Elizabeth Kübler-Ross.

El segundo enfoque se centraría en las fases por las que pasa el doliente. Siguiendo a Parkes (1972), son cuatro fases: insensibilidad, anhelo, desorganización, y conducta reorganizada.

Desde la vertiente integrativa que tiene en cuenta las fases y tareas, se puede señalar que estos modelos enriquecen aún más la forma de poder contemplar el proceso y de alguna manera la forma de intervenir en los diferentes momentos temporales de una forma más específica.

2.2 DUELO PERINATAL

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski (1998) lo prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto y a la muerte del prematuro.

2.2.1 CONCEPTO DE DUELO

La muerte perinatal es la muerte de un bebé durante el periodo que comprende el embarazo. Concretamente, a partir de la semana 22 de gestación hasta los 7 días posteriores a su nacimiento (OMS,1999).

El duelo perinatal es aquel que se produce tras la pérdida de un bebé durante el embarazo, o en los momentos previos o posteriores al parto (Hernández, 2003).

Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos. Es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas.

2.2.2 TIPOS DE PÉRDIDA PERINATAL

Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida.

La organización mundial de la salud (OMS) en el año 2001 clasifica en dos tipos las pérdidas perinatales:

Muertes fetales: En este apartado se encuentran los abortos (espontáneos o inducidos) y los mortinatos.

Muertes Neonatales: Y en las muertes neonatales se encuentran las muertes neonatales tempranas y tardías.

Según Siña (2005) denomina los siguientes tipos de pérdidas perinatales:

- **Aborto Espontaneo**

El aborto espontaneo se considera como la terminación natural del embarazo antes que el feto sea viable. Aunque no siempre el aborto espontaneo se considera traumático, se puede tener un proceso de duelo. El final del embarazo por aborto espontáneo es una pérdida no reconocida social ni sanitariamente.

Para Côte-Arsenault y Marshall (2000) la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, como si algo fuera mal con su feminidad, generándose sentimientos de

autorreproche y culpabilidad; afronta su desazón comentando reiterada y detalladamente lo sucedido.

- **Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna**

La mayoría de las pérdidas se producen cuando el feto tiene malformaciones, a los padres los ponen en un dilema el no saber que hacer, ya que tienen una vida en sus manos. Las mujeres que toman la decisión de abortar se ven abrumadas por sentimientos de culpa y vergüenza, no sólo por haber gestado un feto defectuoso, sino por haber decidido su muerte.

- **La pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato)**

Aproximadamente 1 de cada 160 embarazos terminan en un mortinato o muerte fetal. La muerte fetal es menos común que en el pasado, debido a los mejores cuidados en el embarazo. Hasta la mitad de las veces, la razón de la muerte fetal nunca se conoce.

“La muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto desencadena, varias pérdidas que funcionan como estresores” (Stroebe y Schut, 1999, pp.375).

Las pérdidas colaterales son; el momento de convertirse en padre y madre, la composición familiar imaginada, el derecho de mencionar a ese hijo en otros lugares, la inocencia respecto al embarazo y parto.

- **Pérdida en embarazos múltiples**

La madre debe continuar el embarazo con un feto vivo y otro muerto, necesitará todo el apoyo y comprensión del personal sanitario. El momento del parto será temible y debería

darse a los progenitores la oportunidad de tomar en brazos a los dos bebés, si lo desean, sin verse forzados a hacerlo y previa descripción del estado del bebé muerto.

2.2.3 ASPECTOS CLÍNICOS DEL DUELO PERINATAL.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa.

Algunas mujeres refieren decir que oyen el llanto del bebé o que aún sienten movimientos en el vientre. Ellas, no se sienten con el derecho de vivir un proceso de duelo, ya que temen el qué dirán de las personas, al igual que la sociedad siempre espera que conciban otro hijo rápidamente.

El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos de acuerdo con Castro, (2006), como los siguientes.

- Trastornos depresivos: entre el 10 y el 48%. Son más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos en general o que han tenido abortos previos.
- Trastornos de ansiedad. Aumentan tras el aborto para disminuir después de las 12 semanas, pero sobre todo despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.
- Trastorno de estrés postraumático. El 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después.

2.2.4 APOYO TANATOLÓGICO EN EL DUELO PERINATAL

Es importante dar alivio al malestar psicoemocional y las situaciones que se plantean en circunstancias de crisis o duelos perinatales.

La falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta ante una pérdida perinatal y se consigue con ello estados de frustración e impotencia.

El quehacer del tanatólogo en el duelo perinatal es muy importante en estos casos, la forma de abordar la situación comprende las siguientes fases de acuerdo con Posadas en 2005:

- Presentarse: Empezar con el nombre y el papel que se tiene en el centro hospitalario, es una buena forma para acercarse a los padres y/o familiares.
- Escuchar: Se limita a escuchar, compartiendo el dolor, haciéndoles sentir que no están solo, pues necesitan hablar del bebé sin represiones.
- Darles tiempo: Después de recibir la noticia, están en un estado de shock. Los padres necesitan tiempo para sacar sus propias conclusiones.
- Hablar con los padres sobre la situación actual: Los afectados necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación.
- Cuidar lenguaje corporal: Evitar cruzar los brazos.
- Ayudar a tomar decisiones: Mostrar diferentes alternativas para que los padres puedan perseverar el recuerdo del bebé.
- Hablar con ambos padres equitativamente: Lo ideal es que ambos padres sean partícipes en todo el proceso en la medida que ellos demuestren que así lo desean.
- Orientar sobre las dudas más comunes del duelo: Promover alguna cita con el psicólogo, dar recomendaciones a la familia sobre cómo se deben dirigir a los padres, ya que están en duelo.

De acuerdo a Neymeyer (2001) existen niveles de intervención durante la terapia tanatológica en el proceso de duelo perinatal:

- Educar: Brindar Información estableciendo una relación bidireccional.
- Informar: Proporcionar datos, de forma unidireccional, individualmente o en grupo para facilitar la toma de decisiones.
- Intervención de crisis: Re-establecer al estado previo a la crisis (4-6 semanas) con la finalidad de contener al paciente para poder iniciar un proceso terapéutico.
- Orientación: Compartir con el paciente información relacionada con su padecimiento o situación.
- Terapia Breve: Encontrar oportunidades de crecimiento mediante redes de apoyo.
- Psicoterapia: Trabajar conflicto desde su origen para facilitar la adaptación y funcionalidad del paciente integrando la pérdida.

2.2.5 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DUELO PERINATAL

Se puede definir al equipo interdisciplinario de salud como aquel que está integrado por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos conceptuales que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran (Gómez, 2006).

Características de un equipo multidisciplinario de acuerdo con Morín en el 2004:

- Diferenciación: Por lo específico de cada aportación profesional en el análisis e intervención.
- Se tiene un objetivo común.
- Igualación: Cada profesional tiene el mismo valor ante el caso a resolver.
- Jerarquización: Es muy importante flexibilizar la jerarquía.

Formar un equipo multidisciplinario suele ser muy beneficioso para la resolución de un problema concreto, ya que se aúnan distintas disciplinas, enriqueciéndose los distintos profesionales de los conocimientos y experiencias de los demás para, así, poder abordar el problema de la forma más efectiva posible.

Los siguientes profesionales suelen ser parte de un equipo multidisciplinario para duelo perinatal, esto de acuerdo con Gutiérrez en el 2002:

Enfermería En El Duelo Perinatal

Los profesionales sanitarios deben evitar las frases que no poseen sentido para la madre. Por ejemplo, decirle simplemente que no se preocupe, pues ya podrá tener más hijos, no significa nada.

Es necesario que la enfermera le explique pausadamente cuándo podrá tener otro embarazo, cuándo debe acudir a consulta nuevamente, qué cuidados deberá tener en su

puerperio, cómo manejar esta situación si hay otros hijos mayores y, sobre todo, que sea capaz de captar esas necesidades de información de la madre para poderlas satisfacer (Carmona, 2008).

Es importante que las enfermeras cuenten con una maestría o diplomado sobre tanatológica, ya que el profesional de enfermería puede brindar una atención más integral; debido a que son los más accesibles y cercanos a los pacientes, pueden proporcionar confianza y seguridad; juegan un papel clave a través de la intervención precoz, la habilidad para detección de síntomas, la capacidad de establecer ayuda terapéutica, la provisión de información necesaria, el apoyo emocional y la educación; todas, en conjunto, pueden brindarle al paciente alternativas de solución, hacer que recobre el sentido de su vida y actúe como debiera hacerlo.

Médicos en el duelo perinatal

Su principal investigador, Paul Cassidy, considera que el rol del médico es fundamental una vez que ha ocurrido una muerte perinatal.

Recomienda “apostar a la calma, que aporten en seguridad, denle un poco de control y confianza a la familia, para que pueda tomar decisiones” (Cassidy, 2001, pp.45).

La mejor manera de devolver el control en esa situación es darle a la mujer la posibilidad de la toma de decisiones sobre su cuerpo, qué tipo de parto, qué postura, cuándo los analgésicos, entre otras. Es un derecho de todos los pacientes, pero en estos momentos tiene además un sentido terapéutico.

2.3 EMBARAZO

El signo más temprano de embarazo y la razón principal por la cual la mayoría de las embarazadas consultan al médico es la falta de período menstrual.

“Los embarazos se datan desde el primer día de la última regla y se calcula la fecha probable del parto 40 semanas más tarde”. (Solano, 1996, p.24)

Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto puede ocurrir dos semanas antes o después de la fecha estimada es normal.

2.3.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

El embarazo provoca cambios biológicos en todas los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a su estado normal después del parto.

A continuación, se mencionan los principales cambios fisiológicos durante el embarazo de acuerdo con Eisenberg en el 2014:

Sistema cardiovascular

El gasto cardíaco aumenta 30 al 50% comenzando para la semana seis y llega a un pico entre las 16 y las 28 semanas (en general, alrededor de las 24 semanas).

El aumento del gasto cardíaco durante el embarazo se debe principalmente a las demandas de la circulación uteroplacentaria; el volumen de esta circulación aumenta de manera muy marcada.

Aparato urinario

La marcada dilatación de los uréteres es causada por las influencias hormonales (predominantemente, progesterona) y por reflujo debido a la presión del útero agrandado sobre los uréteres.

Los cambios posturales afectan la función renal más durante el embarazo que en cualquier otro momento.

Aparato respiratorio

La función pulmonar cambia porque la progesterona aumenta y en parte, porque el útero agrandado interfiere con la expansión pulmonar.

Una disnea leve durante el ejercicio es común, y las respiraciones profundas son más frecuentes.

Aparato digestivo

A medida que el embarazo progresa, la presión del útero agrandado sobre el recto y la porción baja del colon puede provocar estreñimiento. El embarazo afecta sutilmente la función hepática, en especial el transporte de la bilis.

Sistema endocrino

El embarazo altera la función de la mayoría de las glándulas endocrinas, en parte porque la placenta produce hormonas y, además, porque la mayoría de las hormonas circulan unidas a proteínas y la unión a proteínas aumenta durante el embarazo.

La placenta produce hormona melanocito estimulante, que aumenta la pigmentación cutánea tardía en el embarazo.

Sistema dermatológico

Los cambios en este sistema incluyen: Melasma (cloasma, máscara del embarazo), que es la pigmentación marrón en forma de manchas en la frente, el oscurecimiento de las areolas mamarias, las axilas y los genitales y la línea oscura que desciende en la línea media del abdomen.

2.3.2 PROCESO DE GESTACIÓN

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Primer mes

La mujer deja de presentar la menstruación, aunque es posible que produzca una leve secreción sanguinolenta cuando el óvulo fecundado se implanta en el útero.

Otros síntomas físicos es el cansancio, la somnolencia, la necesidad de orinar frecuentemente, las náuseas con o sin vómito, la salivación excesiva, la acidez e indigestión estomacal, la aversión o antojos de alimentos y cambios en los pechos.

En las próximas semanas, a partir de la capa germinal interior (endodermo) se formarán las bases de la mayoría de los órganos internos. A partir de la capa germinal

media (mesodermo), se desarrollan el corazón, el sistema vascular y los órganos sexuales internos. La capa exterior (ectodermo) contiene las células de la piel, el sistema nervioso y los órganos sensoriales del feto.

“El feto mide menos de dos centímetros y medio, y está unido a un saco del que obtiene alimento” (Clark, 1995, p.19).

Segundo mes

Durante el segundo mes la mujer estará sumergida en un mar de hormonas, su cuerpo estará fabricando altos niveles de estrógeno y progesterona, y debido a ello es probable que sienta más cansancio del habitual.

La madre puede estar emocionalmente inestable (actitud comparada al del síndrome premenstrual), irritable, con cambios de humor, irracional, con tendencia al llanto, dudosa, temerosa, alegre, exaltada (Einsenbere, 1996).

Al feto empiezan a formarse los ojos, la nariz y las orejas. Asoman esbozos de brazos y piernas, se forma el tracto digestivo, el vaso, el páncreas y el cordón umbilical esta ya totalmente formado.

Tercer mes

Físicamente la mujer puede sentir cansancio o somnolencia, necesidad de orinar con frecuencia y náuseas con o sin vómito.

Los pechos pueden seguir aumentando de tamaño, puede oscurecerse la areola y cubrirse de una red de líneas azuladas.

En el bebé empiezan a desarrollarse los dientes, las uñas de las manos, pies y los folículos pilosos. Aumenta el grosor de la piel, el esqueleto y los músculos crecen rápidamente. Los genitales externos empiezan a diferenciarse.

Cuarto mes

En el cuarto mes de embarazo, la madre ya puede «respirar hondo y disfrutar». La incomodidad de las primeras semanas ha disminuido, y las molestias relacionadas con el crecimiento del bebé se mantienen dentro de los límites para los próximos meses.

En cuanto a sus emociones continuará con la inestabilidad del síndrome premenstrual, con irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, irracionalidad y tendencia al llanto. También puede sentirse frustrada por su peso (demasiado delgada o ancha) y junto con un sentimiento de no ser ella misma: objetos que se caen de las manos y dificultad para concentrarse (Einsenbere, 1996).

El bebé percibe los fluidos fríos y reacciona a ellos, una luz muy fuerte o un sonido brillante le molestarán, también puede agarrar el cordón umbilical y chuparse el pulgar.

Quinto mes

En este mes la madre ya notará los movimientos del bebé y es probable que sienta las contracciones indoloras e irregulares conocidas como Baxton Hicks. El útero se percibe a nivel del ombligo.

Emocionalmente la madre aceptará la realidad del embarazo. Tendrá menos cambios de humor, pero aun será irritable, disminuirá la distracción (Einsenbere, 1996).

El bebé ya reacciona a la música, a la voz de la madre cuando le habla, a los ruidos fuertes, y es capaz de diferenciar sonidos; tiene períodos alternados de sueño, somnolencia y actividad.

Sexto mes

Pueden presentarse dolores en la parte baja del abdomen a causa de los estiramientos que tiene el útero, acompañados de estreñimiento, acidez de estómago, indigestión, flatulencia e hinchazón, dolor de cabeza, dolor de oídos y desmayos ocasionales.

“Aparece cierta ansiedad respecto al futuro” (Einsenbere, 1996, p. 246).

El bebé escucha con atención los sonidos, algunas investigadoras como Ilhmer y Einsenbere (2013) afirman que los bebés dan muestras de incomodidad o tensión, que pueden manifestarse como cambios violentos en la posición corporal, pataleos frenéticos, pérdida o aumento de peso excepcionales y un exceso de succión del pulgar.

Séptimo mes

La madre tiene mayor secreción blanquecina y dolor en la parte inferior del abdomen. Aumentan los sueños y las fantasías sobre el futuro bebé, junto con el hastío y la pesadez del embarazo, e inicia la ansiedad por terminar de una vez.

En este mes el bebé puede moverse al ritmo de la música y puede mostrar preferencia por determinados tipos de ritmos.

“Responde a la luz, al movimiento, la presión en el vientre y el sonido” (Einsenbere, 1996, p. 265).

Octavo mes

A esta altura del embarazo es probable que el ombligo parezca plano, y que por el abdomen se dibuje verticalmente una línea oscura.

En la madre los cambios emocionales suelen deberse a la ansiedad creciente por que termine el embarazo, aprehensión acerca del feto, su salud y el parto; existen distracciones crecientes y excitación al darse cuenta de que la espera ha finalizado.

En este mes el organismo el feto se encargará de depositar grasa debajo de la piel, por lo tanto, aumentará 1 kilo aproximadamente.

El feto mostrará reacciones variadas a los diferentes estímulos que le presenten, la voz de la madre o del padre, la música, la luz; el feto puede ver y oír.

Noveno mes

El útero resulta cada vez menos espacioso para el feto, por eso disminuye su actividad.

El calostro sale de los pechos espontáneamente o por presión de la mujer embarazada, se presenta cansancio o mucha energía, o períodos alternados de cada uno de estos estados, hay aumento o pérdida del apetito.

Emocionalmente la madre estará más ansiosa, excitada, distraída, y aliviada por haber llegado al final. Eisenberg (1996), señala que la mujer también puede estar irritable e hipersensible, impaciente, intranquila.

El feto tiene uñas en las manos y pies, y un delicado bello o lanugo cubre su cuerpo. Es menos activo porque dispone de menos espacio.

2.3.4 LA VIDA DEL NIÑO INTRAUTERO

Desde el mismo momento en que el óvulo y el espermatozoide se unen, se inicia una etapa donde el nuevo ser acumula experiencias que modelarán poco a poco su personalidad y aptitudes; esto confirmaría entonces que el ser humano está en capacidad de aprender.

El bebé en el vientre de la madre, está en un tibio recinto, ruidoso y extremadamente complejo, donde todos los estímulos colaboran en el desarrollo de su sistema nervioso, rodeado de lo que necesita para sobrevivir: alimento, tranquilidad, afecto.

Verny (1988) señala lo siguiente respecto al deseo de la madre hacia el bebé:

Entonces es en el mismo momento de la concepción, donde se inicia en él bebé el sentimiento de seguridad del que dependerá su autoestima, y este se deriva del interés de sus padres en él; como no va entonces una persona a sentirse segura y confiar en sí misma, si desde el filo de la conciencia se le ha dicho que es deseada y querida, si este optimismo queda grabado en la mente del niño intrauterino, más adelante serán necesarias muchas adversidades para borrarlo (p.38).

2.3.5 EL VINCULO INTRAUTERINO

El niño y su madre tienen un vínculo después del nacimiento, por ejemplo, cuando el bebé llora, los pezones de la madre empiezan a segregar leche, aun cuando la madre no esté junto a él.

El vínculo se inicia en el útero, donde el niño empieza a reconocerse con su madre y se fortalece esta relación luego del nacimiento. Si bien es principalmente entre la madre y el recién nacido, todos los miembros de la familia pueden entrar en este círculo.

Un ejemplo que aclara el vínculo desde el vientre, se refiere a los horarios mantenidos por las madres durante el embarazo. Estos serán los mismos que tendrán los niños luego del parto; madres nocturnas tendrán niños nocturnos y madres madrugadoras tendrán niños madrugadores.

“El niño no puede lograr el vínculo por su cuenta, se necesita en este caso un emisor, un mensaje y un receptor. Lógicamente los mensajes, serán los estímulos afectivos y sensoriales que la madre trasmite y el receptor será el bebé.” (González, 2001, p.101)

2.3.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS MATERNAS

Las enfermedades crónicas que padece la madre afectan en la salud materna y en el embarazo. Esto depende de la condición específica de cada paciente, el alcance de la enfermedad y cómo se maneja, antes y durante el embarazo.

A continuación, se mencionan las principales enfermedades crónicas de acuerdo con Amado en el 2001:

Hipertensión

Una mujer con hipertensión arterial leve puede llevar un embarazo sin efectos negativos. Por otra parte, una paciente con hipertensión no controlada o severa tiene un riesgo considerablemente mayor de sufrir complicaciones como la preeclampsia (presión sanguínea elevada), desprendimiento de placenta, diabetes gestacional o parto prematuro.

Diabetes

Si la diabetes está bien controlada, no afrontará complicaciones. Los riesgos que corre una madre con diabetes y que no tiene control son los siguientes: defectos congénitos, el parto prematuro o el aborto espontáneo.

Obesidad

Aunque muchas personas con sobrepeso pueden tener embarazos saludables, la obesidad aumenta el riesgo de problemas como el aborto espontáneo o la macrosomía (que el bebé sea más grande de lo normal).

Hipotiroidismo

Las mujeres que padecen con anterioridad hipotiroidismo en el embarazo aumentan en un 50% la hormona tiroidea, por lo que hay que realizar una valoración cada cuatro semanas si es posible. Hay un riesgo de aborto espontáneo, preeclampsia, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, y muerte fetal intrauterina.

2.3.7 FACTORES DE RIESGO

Para López, (2002), los factores de riesgo se dividen en tres factores claves como: prenatal, perinatal y post natal.

Factores de riesgo Prenatales

- Edad de la madre: Aquellas mujeres mayores de 36 años y menos de 16 años son las que tienen mayor riesgo de tener hijos con poco peso.

- Atención prenatal: Ocurre algunas situaciones que hay mujeres que por desconocimiento y/o por opinión personal no asisten a la atención sanitaria prenatal, esto hace que no tengan los cuidados necesarios durante el embarazo.
- Problemas de salud de las madres: Los antecedentes médicos de la madre afectan directamente el riesgo de que al nacer el bebé tenga un tipo de problema o la muerte. Las enfermedades más destacadas son: diabetes, epilepsias, VIH.
- Salud y nutrición: El peso previo antes del embarazo es sumamente importante, ya sea por desnutrición u obesidad se pone en riesgo la vida del bebé. Pero mucho más importante es durante el embarazo ya que un peso ideal evita el riesgo de enfermedades como la preeclamsia que pone en peligro la vida del bebé y de la madre.
- Caídas, golpes o accidentes a la madre: La madre debe evitar tener accidentes o caídas que pongan en riesgo la vida del bebé o la muerte de este. Se evita que la madre use zapatos altos, se suba a escaleras u objetos que son poco estables, entre otros.

Factores de riesgo Perinatales

- Prematuridad: Un parto prematuro es aquel que se nace antes de las 37 semanas. Se debe de tomar en cuenta las diferentes repercusiones que puede tener el recién nacido.
- Bajo peso al nacer: Entre los factores que se observan como posibles causantes de la prematuridad del bebé y del bajo peso al nacer, se encuentran: embarazos múltiples, algún tipo de infección materna durante el embarazo, factores genéticos, consumo de drogas y tabaco o problemas de nutrición por parte de la madre.

- Problemas respiratorios: Existe un síndrome llamado Distress Respiratorio consiste en una insuficiencia respiratoria, esto les suele pasar a los bebés prematuros. Por otro lado, los bebés también pueden sufrir apnea: un patrón respiratorio irregular que se caracteriza por pausas prolongadas debido al Sistema Nervioso Central (SNC) aún está inmaduro.
- Asfixia perinatal: Debida a una disminución de la cantidad de oxígeno que se produce y se envía al flujo sanguíneo cerebral del bebé. Se evidencia dando una puntuación baja en el test de APGAR (Aspecto, Pulso, Irritabilidad, Actividad y Respiración) mostrando el bebé cierta irritabilidad, respuestas exageradas o pérdida de sensibilidad y tono muscular bajo.

Factores de riesgo Postnatales

Gutiérrez (2002), menciona que los factores de riesgo postnatales se dividen en dos tipos ambiental o biológicos.

Factores Ambiental

Entre los factores de riesgo ambiental se encuentran la calidad del apego entre padres e hijos. Éste es un factor muy importante ya que la relación más importante en la vida de un niño es aquella que tiene con sus padres (en especial con la madre).

El estatus socioeconómico de la familia también es algo que puede repercutir en la evolución del niño, ya que tienen más posibilidades de generar algún tipo de enfermedad cardíaca o alguna enfermedad mental y/o física. Se cree que es debido al estrés y a las carencias que pueden provenir de este tipo de situación.

Factores Biológicos

Los factores biológicos son aquellos que afectan su crecimiento, ya sea por prematuridad o por algún tipo de discapacidad, la falta de crecimiento en niños que, por distintos motivos, no llegan a alcanzar el peso o la talla esperada para su edad cronológica.

Siguiendo con Gutiérrez, se pueden observar dos tipos de interrupción:

La orgánica: aquella que se puede identificar por una razón de tipo médico, como pueden ser la poca coordinación de los órganos encargados de llevar a cabo la deglución.

La no orgánica: Abandono por parte de madre.

Las crisis convulsivas son otro tipo de factores de tipo biológico que pueden afectar al correcto desarrollo del niño.

2.3.8 MORTANDAD PERINATAL

El concepto de mortalidad perinatal fue establecido por Von Pfaundler en 1936 y se considera como todo fallecimiento del producto de la concepción ocurrido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día, posterior al nacimiento (Rodríguez, 1996).

Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida (Ticona, 2007).

La mortalidad perinatal representa uno de los principales indicadores del desarrollo sociocultural y del nivel de salud de un país, así como un parámetro para medir la calidad de vida, desde el punto de vista de educación, de la efectividad y de la calidad de sus sistemas de salud.

2.3.9 CAUSAS PRINCIPALES DE LA MUERTE PERINATAL EN MÉXICO

De acuerdo con información reciente (2016), anualmente en el país mueren cerca de 25 mil niños menores de una semana, esto es 68 por día o tres cada hora.

México ha tenido a lo largo de décadas avances considerables en el abatimiento de la mortalidad infantil (MI). Esto constituye un éxito para el país que refleja el avance de las condiciones de vida de la población. Sin embargo, junto a la mejoría registrada aún persisten rezagos importantes, de manera que el esfuerzo para evitar las muertes infantiles está lejos de poder considerarse concluido.

Las cuatro principales de causa de la Muerte Perinatal para Torres (2003), son las siguientes:

- Prematurez
- Insuficiencia uteroplacentaria
- Alteraciones congénitas
- Asfixia

El crecimiento fetal lento, la desnutrición y el bajo peso al nacer ha disminuido su participación porcentual: de representar 13.4 por ciento de las defunciones por complicaciones perinatales en 1979, pasaron a nueve por ciento en 2016, pero aun ese año explicaban más de 1,100 muertes. (CONAPO, 2018).

2.3.10 MODELO DE INTERVENCIÓN PARA CASOS DE MUERTE PERINATAL

Este modelo se divide en tres bloques, cabe mencionar que este modelo es propuesto para Hospitales Españoles, especialmente de la ciudad de Cataluña fue creado por la Dra. Celia Mota en el año 2007.

El primer bloque: “Atención del personal y estancia en el Centro Hospitalario” donde se trata principalmente la atención que se dará a la mujer hasta el momento del parto.

En cuanto al segundo bloque: “Aspectos relacionados con el bebé”, y está enfocado sobre todo a las alternativas que se ofrecerá a los padres una vez que el parto ya haya tenido lugar.

El bloque final: “¿Qué pasa después?” donde se contará con diferente información que pueda resultar de utilidad a los padres para afrontar la muerte del bebé una vez salgan del hospital y retomen la cotidianidad de sus vidas.

A continuación, se explica cada uno de los bloques, junto con sus respectivos pasos:

Atención del personal y estancia en el centro hospitalario

- **Interacción con los padres**

La interacción con los padres tiene su importancia en, principalmente, acabar facilitando la autonomía a la mujer, cuando los profesionales empatizan y reconocen a la mujer como madre, éstas se sienten empoderadas, mientras que cuando existe un choque entre las perspectivas del personal sanitario y las madres, éstas tienden a sentirse impotentes (Lundqvist, Nilstun y Dykes, 2002).

El permitir llorar a los padres y utilizar un humor adecuado puede ser percibido por la familia como un mayor apoyo, reforzando el vínculo profesional-paciente (Graham, Thompson, Estrada y Yonekura, 1987).

Mantener a los padres correctamente informados a lo largo del proceso permitirá que estos puedan realizar una toma de decisiones adecuada a sus valores, creencias y necesidades, tomando las riendas de la situación y asimilando lo sucedido.

- **Diagnóstico, estancia y atención al parto**

Recibir la noticia de que el bebé que estaban esperando ha fallecido en el útero es extremadamente duro para los padres, y suele desencadenar una enorme tristeza además de sentimientos de decepción, culpabilidad, negación, miedo, etc. (Samuelsson, Radestad y Segesten, 2001).

Es por eso por lo que, con el objetivo de facilitar la asimilación de la noticia a la familia, lo ideal es procurar comunicarla en un espacio privado y siempre intentando que la mujer gestante se encuentre acompañada (Alvarado, 2003).

Alvarado también menciona que será muy significativo para los padres el sentirse guiados durante el procedimiento y el poder consultar sobre todas aquellas dudas que les surjan. En todo momento es fundamental el uso de un lenguaje respetuoso, claro y fácil de entender.

Tras el diagnóstico, es necesario informar correctamente de los procedimientos que tendrán lugar a continuación, pudiendo ofrecer la inducción farmacológica del parto o bien el manejo expectante de este (siempre y cuando no existan

riesgos para la madre), ya que no se ha demostrado que este sea ni beneficioso ni perjudicial.

Finalmente, en referencia a la estancia, lo ideal es poder facilitar a la madre una habitación individual o ser aislada del resto de madres o incluso fuera de la planta de maternidad.

Aspectos relacionados con el bebé

Facilitar un espacio físico íntimo, privado y poco transitado para los padres y los familiares. Se proporcionaría una habitación individual alejada de la planta de maternidad, que permitiera una mejor elaboración del duelo y acompañamiento de familiares si así lo desean los padres.

- **Contacto y objetos del bebé.**

Son diversos los estudios que definen como beneficioso el contacto post mórtem con el bebé, ya sea porque facilita a los padres la aceptación del fallecimiento (Alvarado, 2003) o bien porque la negación de este contacto puede dar lugar a un duelo patológico (González, 2013).

Es necesario recalcar la importancia de que los padres dispongan de la información necesaria para poder decidir por ellos mismos si desean o no ver a su bebé fallecido, qué tipo de contacto prefieren (tocar, sostener en brazos, velar, etcétera), cuánto tiempo quieren pasar con él o ella, si les gustaría que otros familiares cercanos pudieran conocerlo/a, entre otras cosas.

Los recuerdos o símbolos pueden presentarse en forma de una simple fotografía, un breve registro con algunos datos del bebé (nombre, hora del alumbramiento, peso...) o la pulsera identificativa que se utilizó él o ella en el centro hospitalario, por ejemplo.

- **Disposición del cuerpo e investigación de la muerte.**

Las alternativas de disposición del cuerpo incluyen el funeral, la cremación de los restos y la donación a la ciencia. En la actualidad existen hospitales que no devuelven los restos a la familia, sobre todo en casos de pérdidas tempranas (inferiores a 180 días de gestación), pero también en casos en que se realiza la autopsia; cuando esto sucede, el hospital se ve obligado a deshacerse de los restos del bebé incinerándolos o enterrándolos en una fosa común.

Es importante insistir en la importancia de ofrecer toda la información disponible a los padres, fomentando la autonomía y respetando la decisión que puedan tomar (por ejemplo, en el caso que fuera altamente beneficioso realizar la autopsia para descartar ciertas patologías).

¿Qué pasa después?

Acompañar y asesorar en el proceso de trámites con una óptima información. Es importante tener en el servicio un resumen escrito con todas las instrucciones claramente señaladas de los trámites a seguir después del fallecimiento, ya que los padres pueden olvidar completamente las instrucciones verbales que se les han dado sobre estos trámites.

- **Aspectos legales**

Es completamente normal para los padres al sufrir una pérdida perinatal, que las dudas les asalten en todo momento, eso incluye cuestiones burocráticas o administrativas de las cuales (seguramente) no tienen información suficiente.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, hace referencia a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, además de mencionar los criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Esta norma nos explica únicamente sobre el certificado de disfunción de la muerte prenatal y postnatal, donde el llenado es por parte del médico y que es único.

Los certificados sólo deben expedirse para productos de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, cuando ya es considerado un feto, excluyendo a los embriones, es decir el producto de la concepción hasta el término de la duodécima semana gestacional.

- **Recursos y/o grupos de Apoyo**

Al no existir ningún protocolo que así lo demande, de manera habitual, una vez la madre recibe el alta, no se lleva a cabo ningún seguimiento (más allá de los médicos que pudieran ser necesarios), por ello sería importante, en caso de que existieran espacios de atención psicológica, que los profesionales en psicología pudieran ofrecer a la madre la opción de ser derivada a ellos, con el fin de que reciba atención psicoterapeuta que le facilite el afrontamiento de la pérdida.

2.3.11 PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN A LA SALUD PÚBLICA MEXICANA

Tomando en cuenta el anterior modelo de la Dra, Celia Mota del año 2007, la presente propuesta de modelo está adaptando a la sociedad mexicana y a las necesidades de la misma, de igual manera se considera la infraestructura del personal sanitario dentro de centros hospitalarios mexicanos.

La propuesta siguiente, se va a dividir en tres fases fundamentales:

- **Atención del personal.**

En este paso es sumamente importante saber dar la noticia, cuando ya el personal médico sabe que el feto ha fallecido, se pretende que el médico orientado por un psicólogo sepa dar la triste noticia a los padres. En dado caso, que la madre se encuentre sola, se le pide que llame a un familiar cercano, para que se sienta acompañada.

A la mujer se le brinda todas las atenciones, debe ser tratada como tal, como una madre. Al igual que el padre, es necesario que se involucre en relación a la toma de decisiones, es importante resolver todas las dudas que los padres tengan, sobre el caso de su hijo fallecido.

Todas las acciones del personal, ya sea por médicos y/o enfermeras debe ser orientados por un psicólogo para saber cómo crear empatía con los padres.

- **Parto y estancia en el centro hospitalario**

Después del diagnóstico, el parto será lo más beneficioso para la madre y para el hijo. Es necesario el acompañamiento del padre, ya que el padre tiene diversas inquietudes acerca

del motivo de lo ocurrido, de cómo consolar a su pareja y de si en un futuro podrán tener otro hijo. Su reacción viene impuesta por las responsabilidades que debe asumir por su papel de padre, culturalmente se espera que apoye a la madre física y emocionalmente al mismo tiempo que sea él quien debe informar de lo sucedido a los más allegados y organizar todos los preparativos pertinentes.

Es recomendable permitir a los padres ver el cuerpo de su hijo, poder despedirlo, colocarlo en el regazo de cada uno y que puedan despedirse a su modo.

Es importante enviar a la mujer puérpera a otra sala de parto, donde no se encuentren todas las madres que tienen a sus hijos en brazos, y con respecto a la lactancia, por medio de medicamentos interrumpirla de manera inmediata

Permitir el hecho de que, si los padres quieren guardar algún recuerdo de su hijo, puedan tomar alguna fotografía o la pulsera de identificación del bebé, al igual de los datos del nacimiento de su hijo, cualquier cosa que simbolice para ellos el recuerdo del bebé, si los padres quieren conservarlo, es recomendable que lo hagan.

- **Grupos de apoyo en los centros hospitalarios**

Después del alta de la madre, agendar una cita con un psicoterapeuta que tenga estudios sobre tanatología, para llevar correctamente un proceso de duelo y esta pérdida no se vea afectada en su vida cotidiana.

Al igual se podrían crear terapias grupales donde se encuentran todos de madres que han tenido pérdidas perinatales, para que lleven un proceso de psicoterapia grupal.

Es muy importante que los centros hospitalarios creen una conciencia sobre lo que verdaderamente significa vivir un duelo correctamente, para así evitar futuros problemas mentales.

2.4 LA FAMILIA Y EL DUELO PERINATAL

El embarazo es una experiencia personal sin comparación y un momento irreplicable para la mujer y su pareja, que se hace extensible a todo su entorno familiar.

El entorno que los rodea (familiares y amigos) puede influir en la manera de vivir el duelo.

Los hermanos, que también sufren la pérdida, son relegados en el proceso del duelo y se les define como los “dolientes olvidados”. Su reacción ante la situación depende de la edad que tengan, su personalidad, el lugar donde viven y la cultura y la religión de sus familiares. Estos, muchas veces llegan a culpabilizarse sintiéndose causantes de esta pérdida por haber previamente experimentado sentimientos de envidia y rabia al verse desplazados en el cariño de sus progenitores por el bebé esperado.

En lo que respecta a los abuelos, con la pérdida también pierden parte de su futuro ya que un nieto puede fortalecer el vínculo entre un padre y un hijo. Por eso, la pérdida perinatal les hace sufrir pues sufren por el nieto perdido y por el duelo de su hijo. Pueden servir de gran ayuda a los padres ayudándoles en tareas domésticas o cuidando de los nietos, aunque siempre todo bajo autorización de sus hijos (López, 2013).

La muerte perinatal ya sea temprana o tardía es una situación dramática para los padres, quienes se enfrentan a la ambigüedad de la pérdida de un hijo que no

conocieron, pero para el cual se prepararon durante el embarazo creando un vínculo afectivo, y también las expectativas que se habían formado en torno a su llegada.

2.4.1 ROL DEL PADRE EN EL EMBARAZO

Probablemente el padre piense, que al no tener que cambiar la forma de su cuerpo, no sufrir estragos, ni alteraciones físicas, psicológicas, y orgánicas, poco tienen que ver con el estado de la pareja.

El padre es indispensable en esta etapa, el bebé y la mujer necesitan saber, sentir, reconocer que cuentan con un papá. Este será el papel del padre, durante la gestación, los tres son los protagonistas, no solo la madre y el niño.

El que el padre sienta que es valorado, cuidado y considerado valioso durante el proceso de embarazo, es algo importante, ya que aumenta la seguridad en él y hace que se sienta parte del proceso; es el apoyo y el soporte de la mujer embarazada y del bebé.

En los padres, suele ser común el sentimiento de desbordamiento por la pena de su esposa, que se impone a la expresión de su propio duelo. La mayoría de las veces no se repara en su sufrimiento, sino que el solo recibe muestras de apoyo para su mujer y no para él, sintiéndose como un mero acompañante. Por eso, fruto de su incompreensión se enfada y dirige su rabia contra el personal sanitario, se vuelca de lleno en su trabajo o en la hiperactividad llevando su duelo en silencio y en soledad (López. 2013).

2.4.2 ROL DE LA MADRE EN EL EMBARAZO

Durante los primeros meses del embarazo, cuando el organismo de la mujer está bajo la acción de algunas hormonas, puede provocarse un rechazo consciente o inconsciente a este

nuevo estado. Probablemente se presente totalmente diferente, sus actitudes y reacciones quizá no correspondan a los patrones de conducta que tenía antes de la gestación.

En el embarazo la mujer va a sentir mayor deseo de estar protegida por su pareja y probablemente aumente la necesidad de apoyo emocional. Es importante que esta actitud sea comprendida y en lo posible asumida por el futuro papá.

2.4.3 DINÁMICA FAMILIAR DUANTE EL DUELO PERINATAL

Perder a un bebé es una experiencia que deja a los padres desorientados, aislados y exhaustos. Lo primero que se encontrará la madre o padre que ha perdido a su bebé es un vacío inmenso, frustración o rabia por no cumplir el deseo de tenerlo en sus brazos, junto con la sensación de que la muerte del bebé no ha sucedido.

Adaptarse a la pérdida supone una reorganización a corto y a largo plazo, en la que el duelo de los familiares y los duelos individuales se influyen recíprocamente. El cómo esté viviendo el proceso cada miembro de la familia va a favorecer o entorpecer esta reorganización y, desde luego, aspectos relacionados con la estructura del sistema familiar, la calidad de la comunicación y del apoyo entre las personas que la componen, etc., van a favorecer o entorpecer el desarrollo del duelo individual.

Amigos y/o familiares

Familiares y/o amigos pueden intentar mitigar la pena de quien ha perdido un bebé animándole a tener otro. Pero nadie reemplaza a nadie y todos estos intentos fallidos por ayudar, fruto de la ignorancia y el desconocimiento, hacen aún más difícil a quien está sufriendo encontrar el apoyo necesario en su entorno.

Uno de los mayores inconvenientes que los padres/madres del bebé fallecido pueden encontrarse al llegar a casa es que los familiares y/o amigos, a fin de querer evitarles más sufrimiento, hayan guardado todo lo relacionado con el bebé: ropa, juguetes, cuna, etc. La realidad es que esto sólo genera más dolor y dificulta la elaboración del duelo por convertirlo en “no autorizado” al borrar cualquier existencia del bebé.

La mayoría de las mujeres cuando pasan las semanas de embarazo se preparan con objetos del bebé que va a nacer. Pero cuando nace muerto no tienen idea que hacer con esos objetos.

Cuando haya pasado todos los actos funerarios, lo recomendable que es preguntar a los papás que quieren hacer con los objetos del bebé, guardar ciertos objetos en una caja especial que puedan ver de vez en cuando, donar ropa o dejar en algún lugar visible otros que puede ayudar a darle un sentido y a que el dolor de la pérdida se vaya drenando poco a poco.

Pueden compartir este momento con algún familiar de confianza, para que se sientan acompañados en esta despedida.

2.4.3 DIFERENCIAS EMOCIONALES ENTRE MUJER Y HOMBRE EN EL DUELO PERINATAL

Bucay hace una diferencia entre el sentir de la madre y del padre, cada uno asume y reacciona diferencialmente ante la pérdida, el no ser comprendido ni establecer acuerdos mediante una comunicación adecuada, puede llevar a separaciones de la pareja, resalta la importancia de permanecer unidos, como forma de apoyo para el afrontamiento. Para este autor, elaborar el duelo significa: “ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la

pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia” (como se citó en López, 2016, p. 14).

En general y teniendo en cuenta la individualidad, se puede decir que las mujeres suelen hablar una y otra vez de la pérdida, llorar, buscar más apoyo social y ayuda profesional. Puede parecer que tanto repetir el mismo discurso sobre su pérdida es regodearse en el dolor, pero nada más lejos, tan sólo es un mecanismo del cerebro para encajar lo sucedido (Solano, 2005).

“También es cierto que cada vez se encuentran más parejas donde ambos acuden a consulta y se les hace un seguimiento de forma conjunta” (Solano, 2005, p. 88).

En cambio, a los hombres, en general, puede costarles más expresar sus sentimientos, no los comparten o no buscan apoyo de igual forma que las mujeres. Suelen ser más de “hacer” que de “estar”, quizás una forma de buscar seguridad cuando emocionalmente se siente tan inestable, sea intentando buscar una solución al problema y siendo más práctico, realizando actividades, deporte, salir de casa, etcétera (Santos, 2015).

Cambios en la pareja después de un duelo perinatal

La muerte de un hijo puede acerca a la pareja, crear mayor complicidad e intimidad, pero también es frecuente que tras la muerte del bebé se produzcan conflictos y tensiones en la relación. Los cambios individuales que conlleva pasar por un duelo de estas características hacen que también se produzcan cambios en el modo en que se vive la relación.

Los principales problemas que se pueden observar surgen de las dificultades para aceptar que la pareja viva la pérdida a su manera. Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte “lo suficiente”, quizás porque no

llora o porque no quiere hablar del bebé fallecido, a veces, la necesidad de alguno de los dos de “parecer fuerte” para servir de apoyo al otro miembro de la pareja o por miedo a derrumbarse y mostrarse vulnerable, puede interpretarse por el otro como falta de interés.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

Barrantes (2014), señala que el enfoque cuantitativo: “es aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.82).

Para esta investigación se decidió usar el enfoque cuantitativo, pues se tiene una hipótesis que surgió a partir del análisis del problema, por lo que se quiere demostrar si es falsa o verdadera.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

En esta dicha investigación el tipo de estudio que se ocupó fue el descriptivo ya que por medio de la escala aplicada a las mujeres de Minatitlán, nos permitirá conocer las características en común de la muestra.

Según Sampieri, Hernández y Batista en 1998, “los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a análisis” (p.60).

3.3 POBLACIÓN

La población, son aquellas personas que cumplen con las características que se busca en la investigación para realizar la encuesta.

Tamayo en el 2012 menciona lo siguiente:

Señala que la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina la población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación (p. 102).

Para esta investigación se seleccionó a mujeres que viven en la Ciudad de Minatitlán entre las edades de 20 a 30 años de edad que han tenido un aborto espontaneo, un parto muerto y/o que sus hijos han muerto a los pocos días de nacido.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) la ciudad de Minatitlán cuenta con 81,618 mujeres, de acuerdo del rango de edad de la población de la investigación es el 35% de las mujeres que viven en la ciudad de Minatitlán.

seis de 10 de cada mujer en esta misma ciudad se encuentra embarazada y las muertes prenatales son de un 15% (INEGI, 2019).

En 2002, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportó 15.4 muertes fetales por cada mil embarazos y 45.6 muertes neonatales tempranas (durante los primeros 7 días de vida extrauterina) por cada mil nacidos vivos en México.

3.3.1 TIPOS DE MUESTRA

Para seleccionar la muestra se utilizó la técnica de Muestro intencional dirigido, el cual puede definirse como: “una muestra representativa del universo dado que cumple con algún requisito previo, útil para obtener los datos que son objeto de investigación” (Bonilla, 1998, p.86).

Así se obtuvo una muestra de 14 mujeres en un rango de edad de 20 a 30 años, el 80% de ellas tienen una licenciatura. El 30% de estas mujeres son solteras, por consiguiente, el 70% se encuentran casadas, en promedio solo tiene dos hijos y el 100% vive en la Ciudad de Minatitlán y se ubican en un nivel socioeconómico medio.

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una encuesta, este instrumento consta de una serie de preguntas que se realiza a varias personas con el fin de recabar datos.

De acuerdo con García (1993), una encuesta es una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

En esta investigación se utilizó la Escala de Duelo Perinatal aplicada en forma Online por medio de Google Forms, consta de 27 preguntas tipo Likert agrupados en cuatro subescalas: duelo activo, depresión, culpa y aceptación.

La escala fue construida por Potvin, Lasker y Toedter (1989), dentro del proyecto de pérdida perinatal de Leigh Valley y Pensilvania, entre los años de 1984 y 1989.

Respecto a la validación de la Escala de Duelo Perinatal, a diferencia de la escala original que consta de 33 afirmaciones, la versión mexicana quedó finalmente conformada por 27 afirmaciones. En el año 2009 finalmente quedó validada para mujeres mexicanas por el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

La encuesta fue aplicada del 8 al 12 de agosto del presente año.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 TABLAS

Tabla 1: Me siento deprimida.

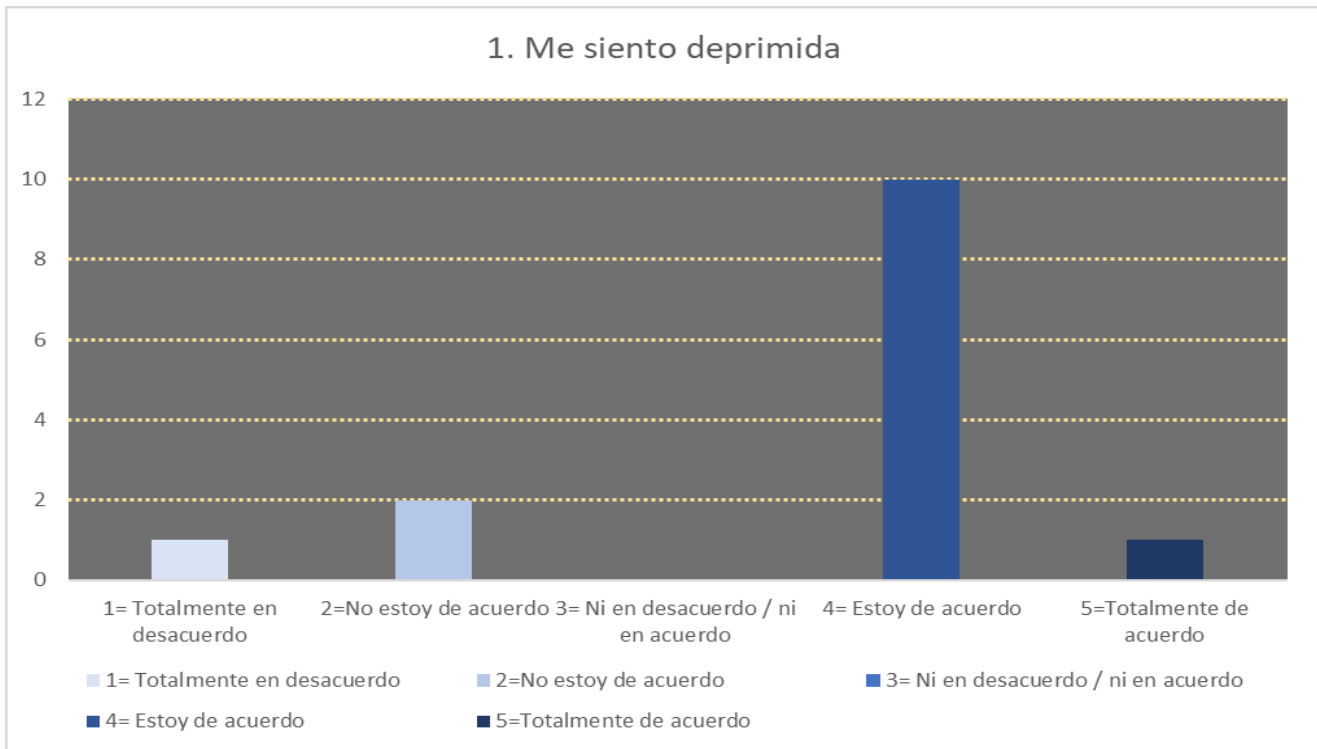


Tabla 2: Me siento vacía



Tabla 3: Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.

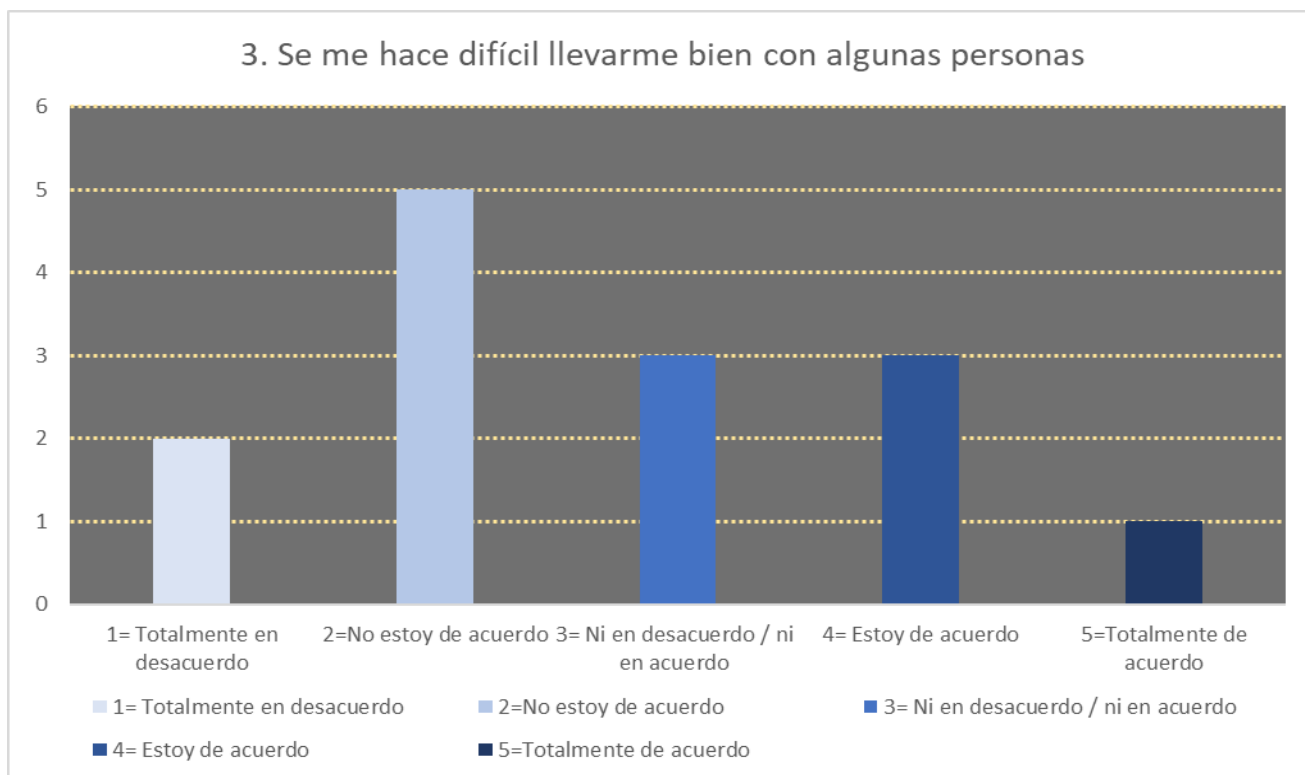


Tabla 4: Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.

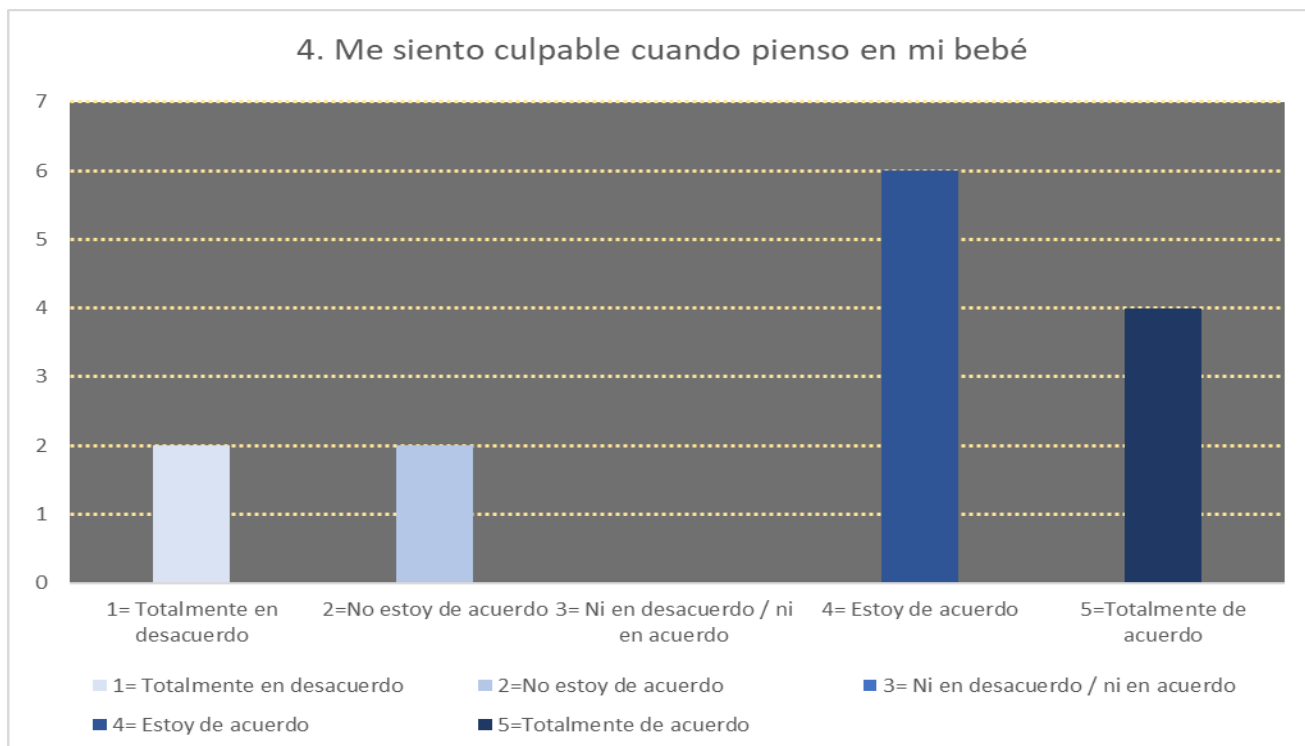


Tabla 5: Siento la necesidad de hablar de mi bebé.

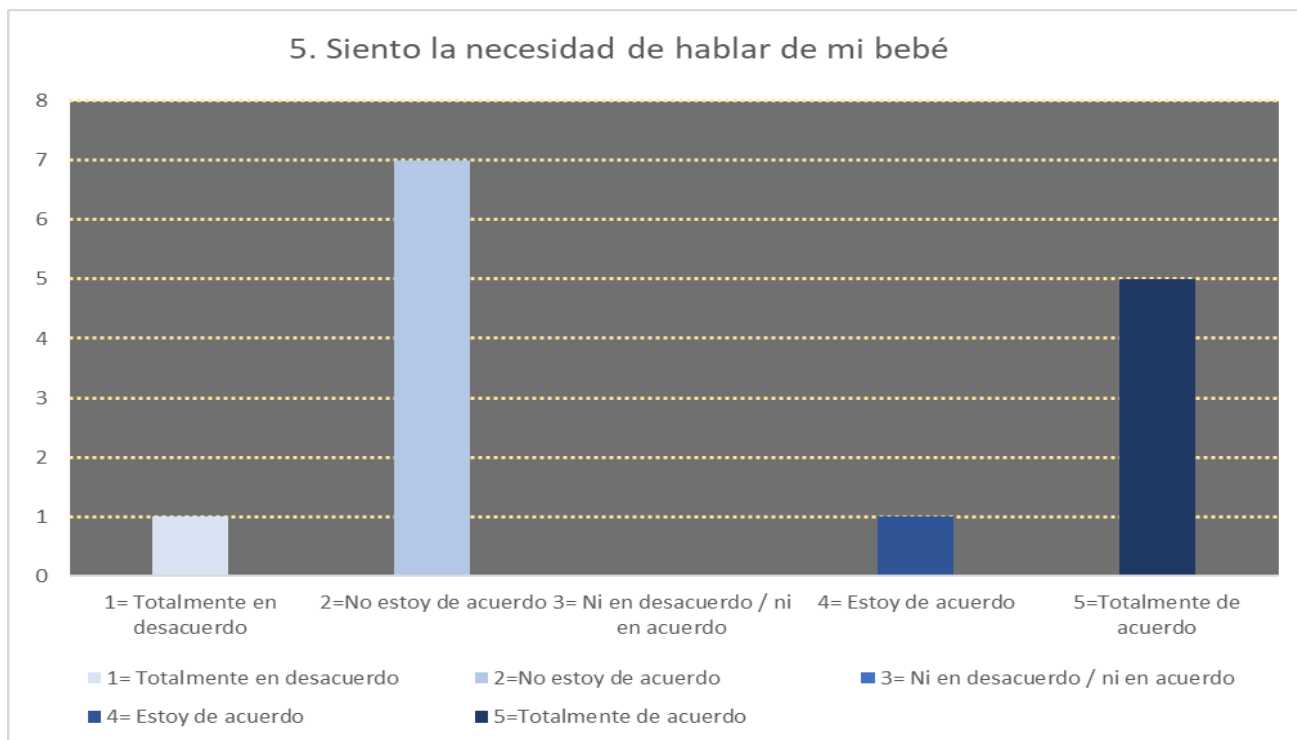


Tabla 6: Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.

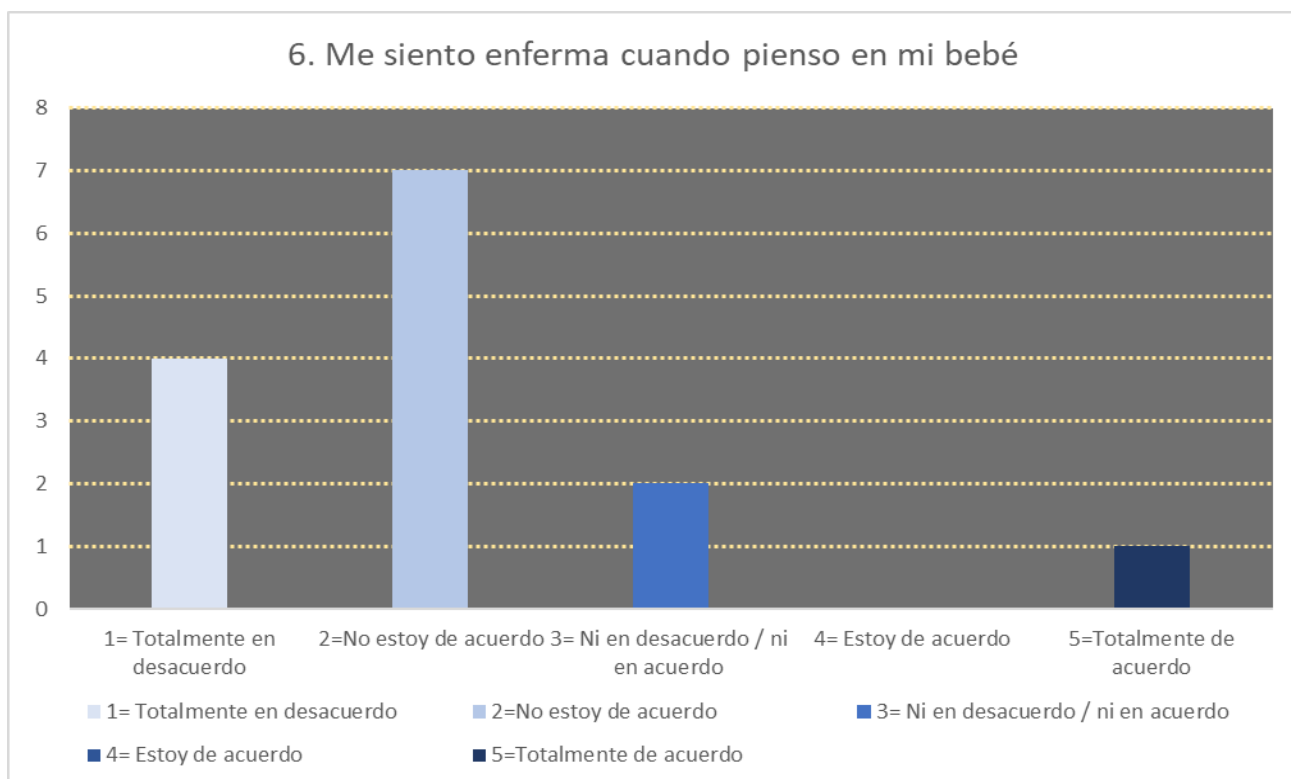


Tabla 7: Me lamento por la pérdida de mi bebé.

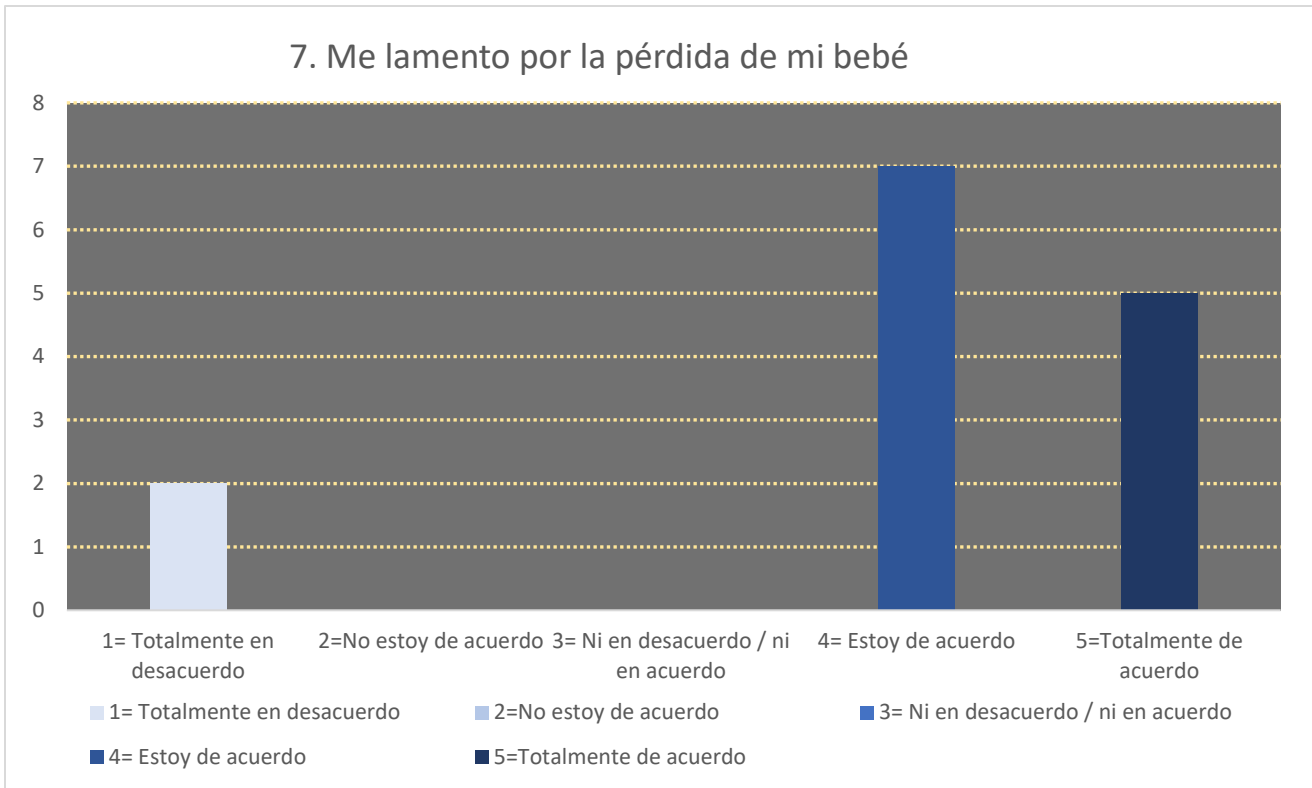


Tabla 8: Intento reír, pero nada me parece gracioso

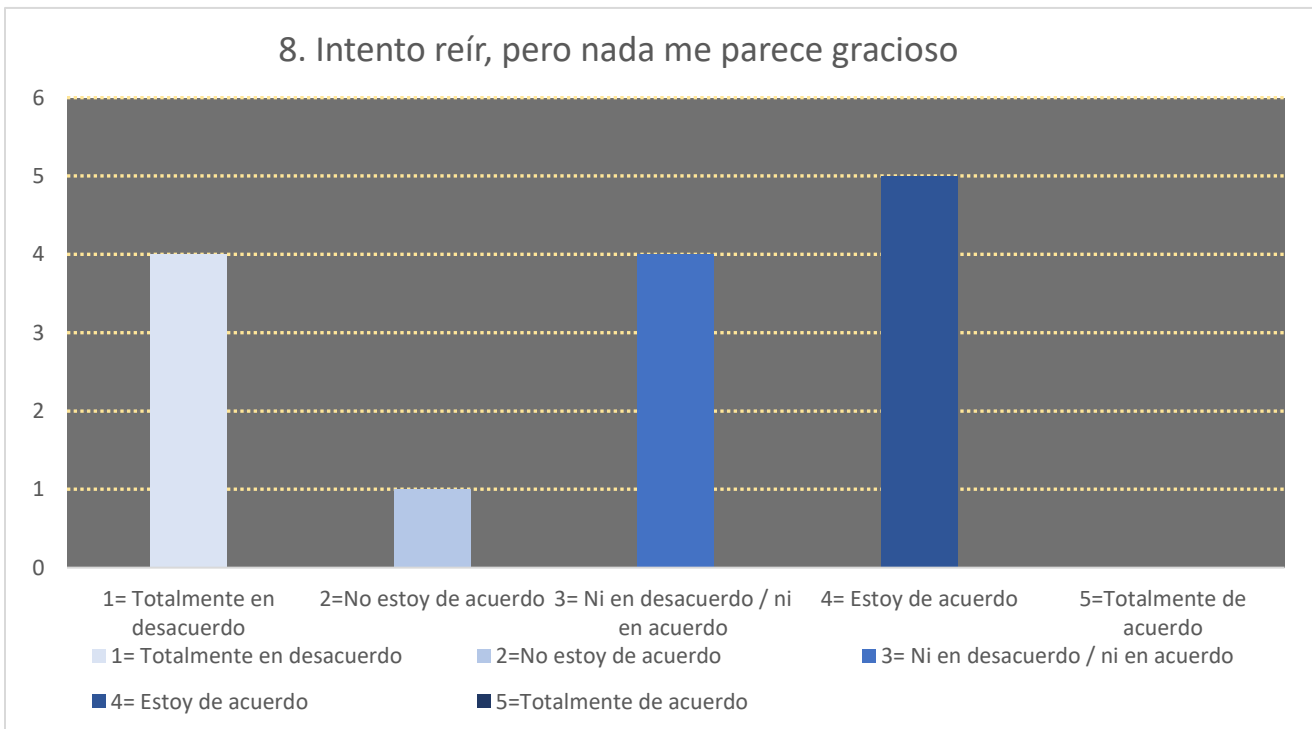


Tabla 9: Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.

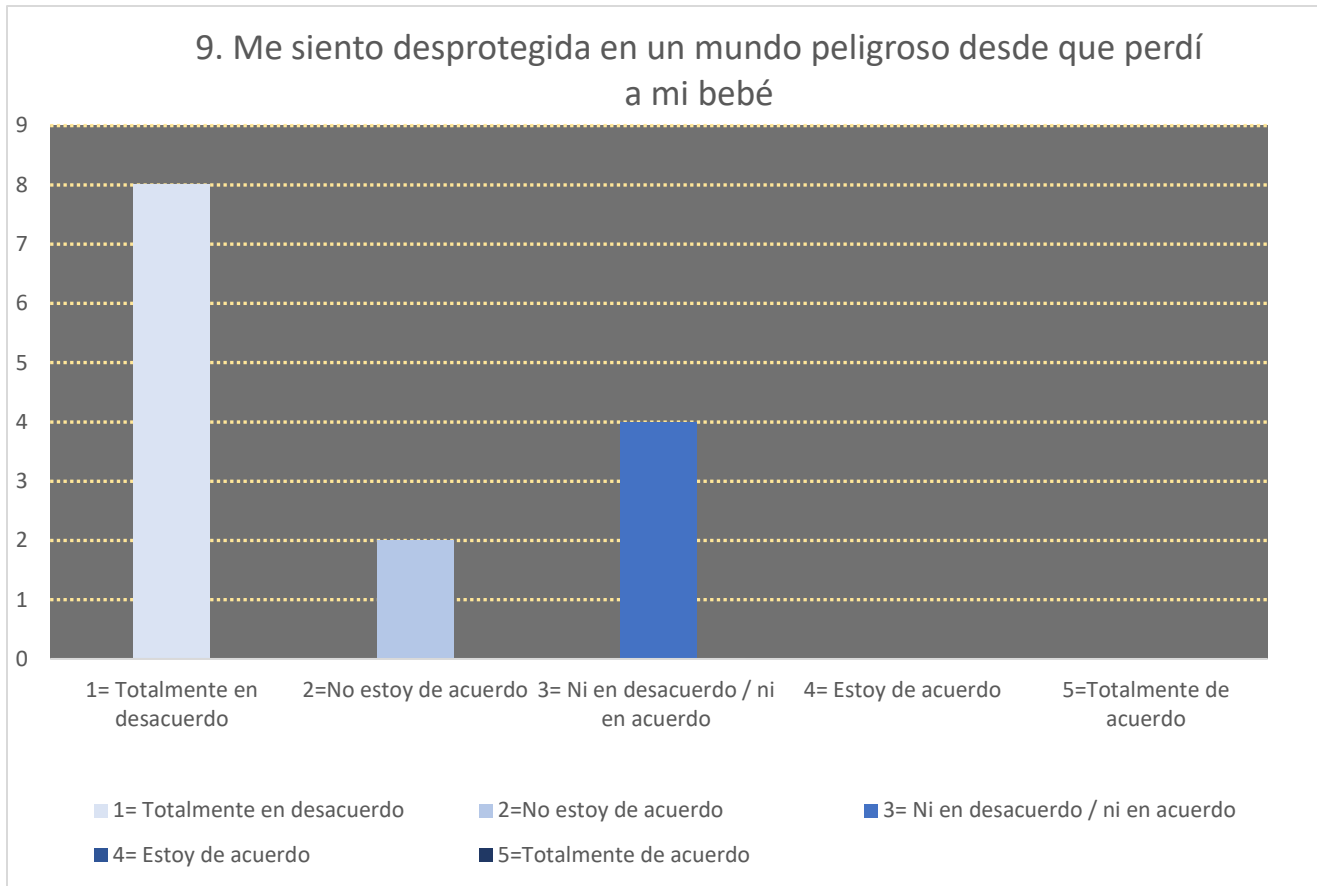


Tabla 10: Estoy asustada.

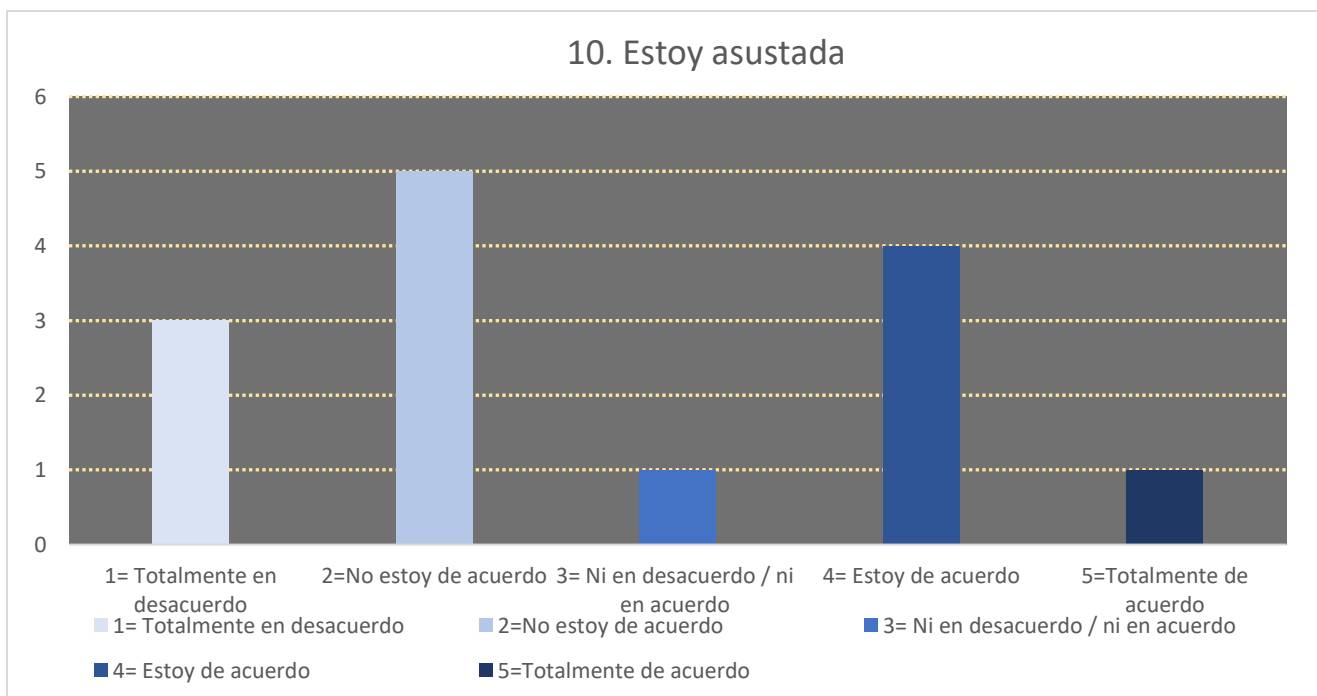


Tabla 11: Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé.

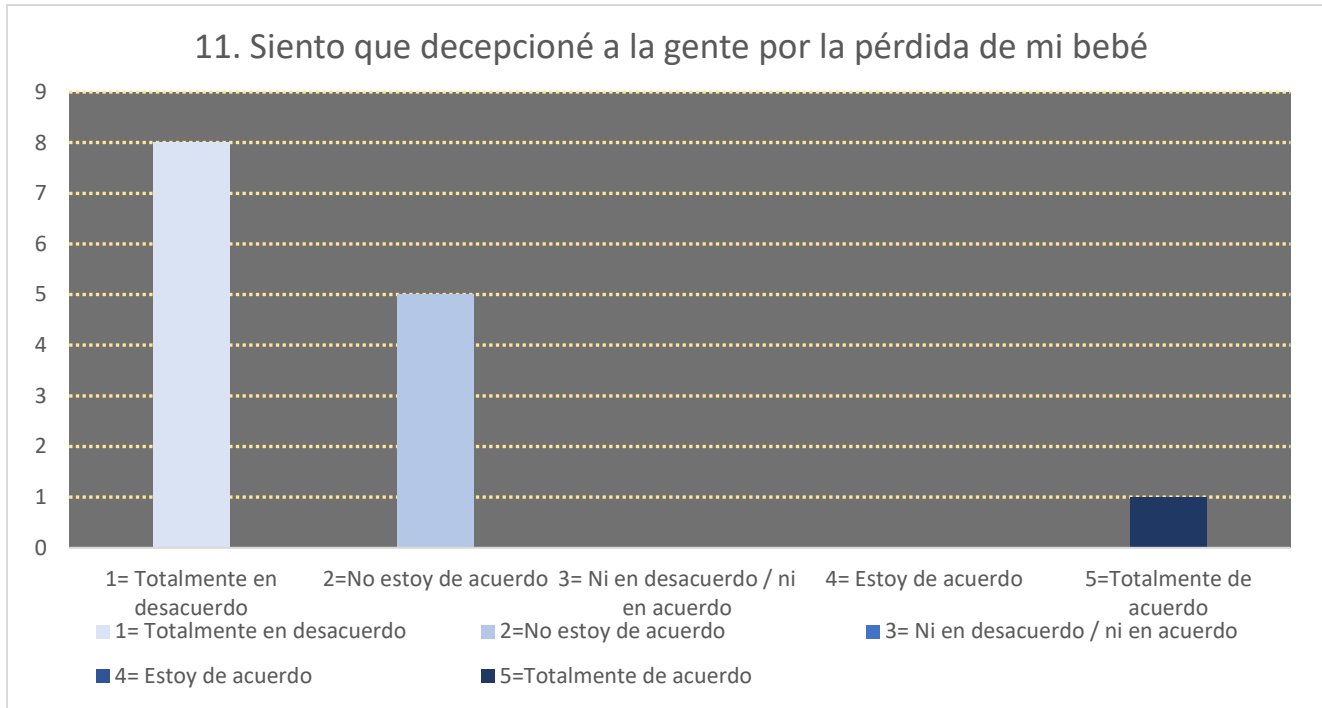


Tabla 12: Siento que estoy retomando de nuevo mi vida

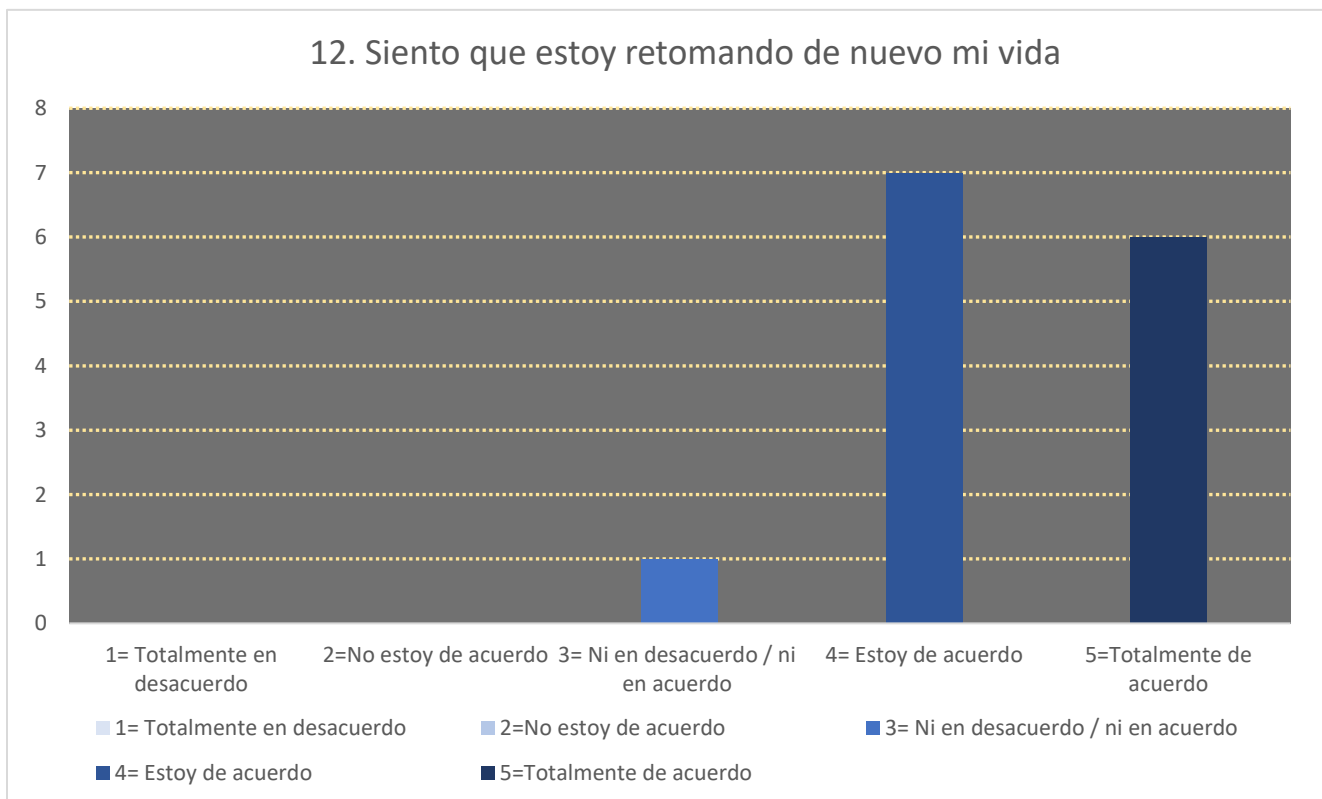


Tabla 13: Extraño mucho a mi bebé.

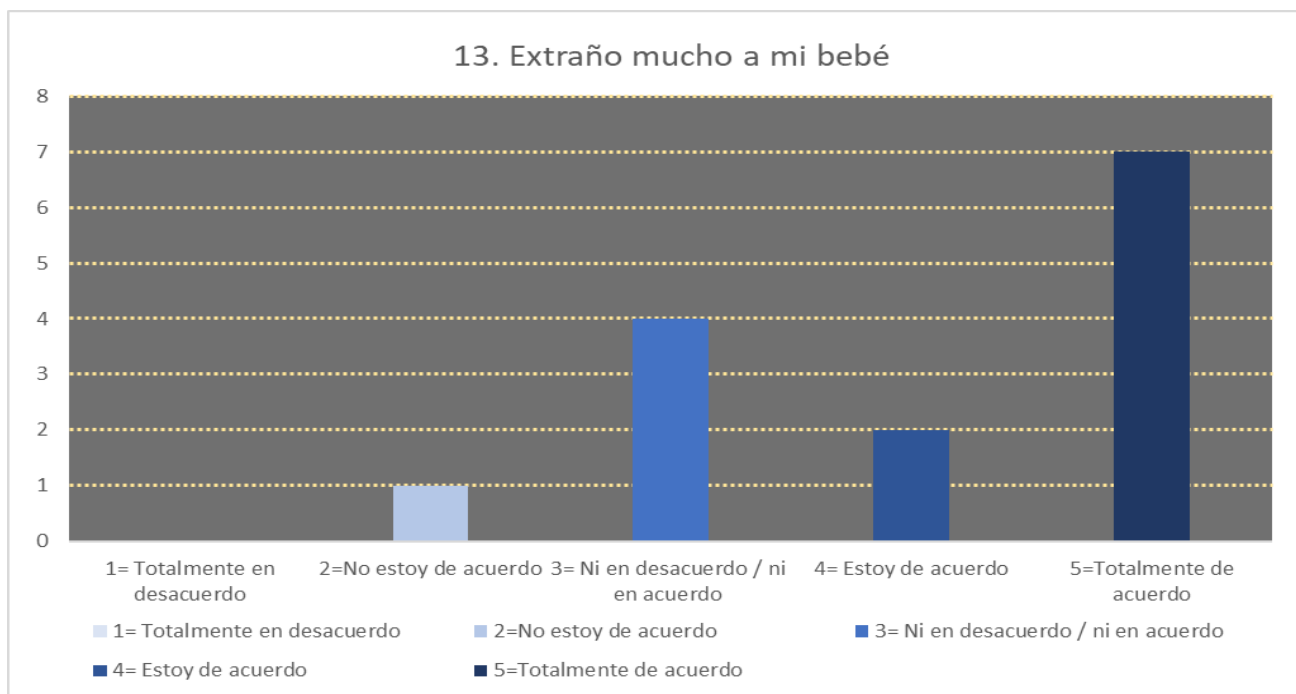


Tabla 14: Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé.

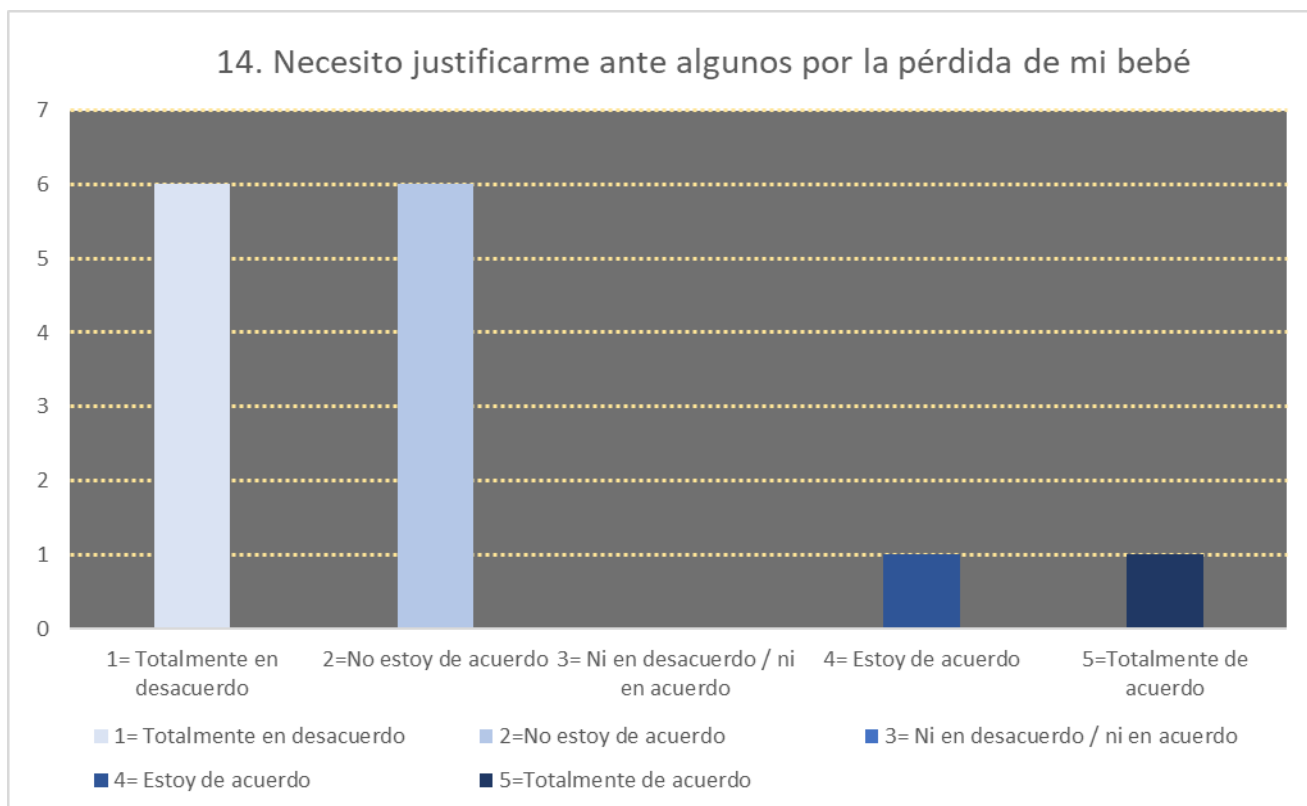


Tabla 15: La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.

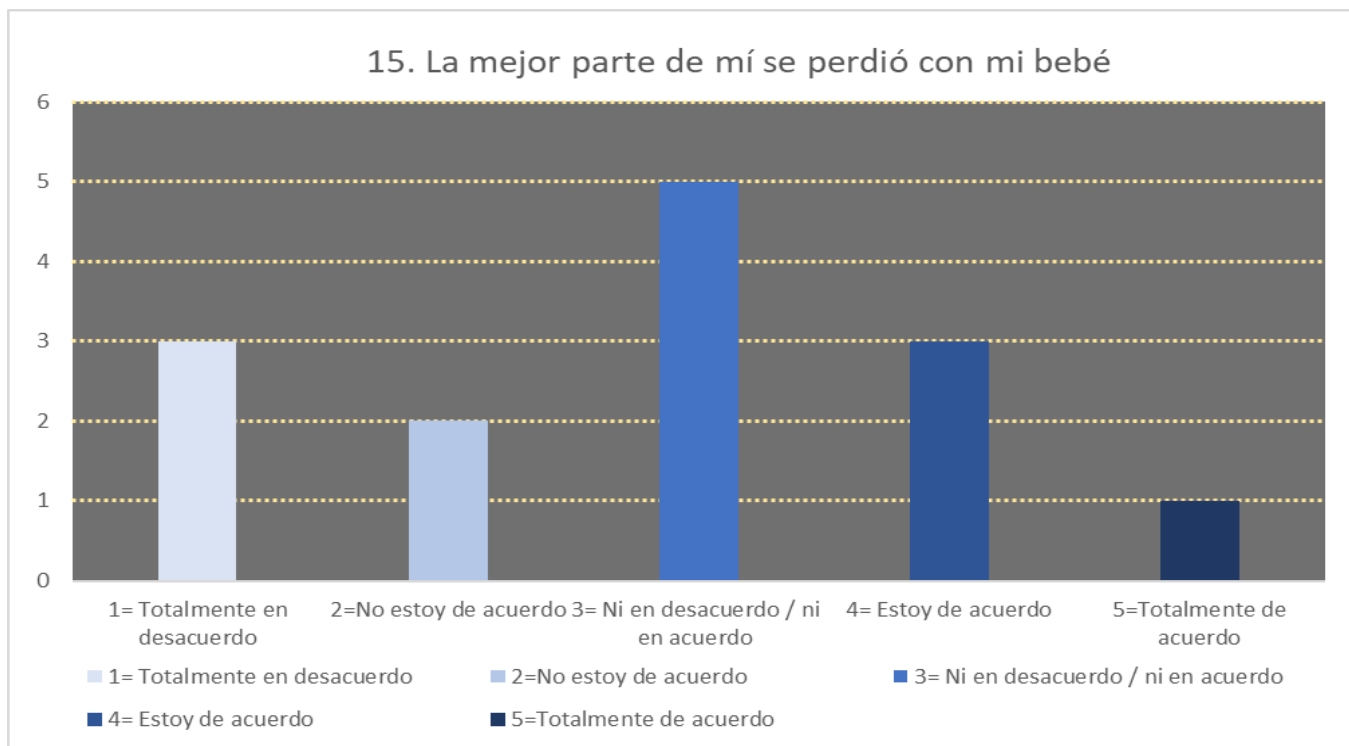


Tabla 16: Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione bien de nuevo.

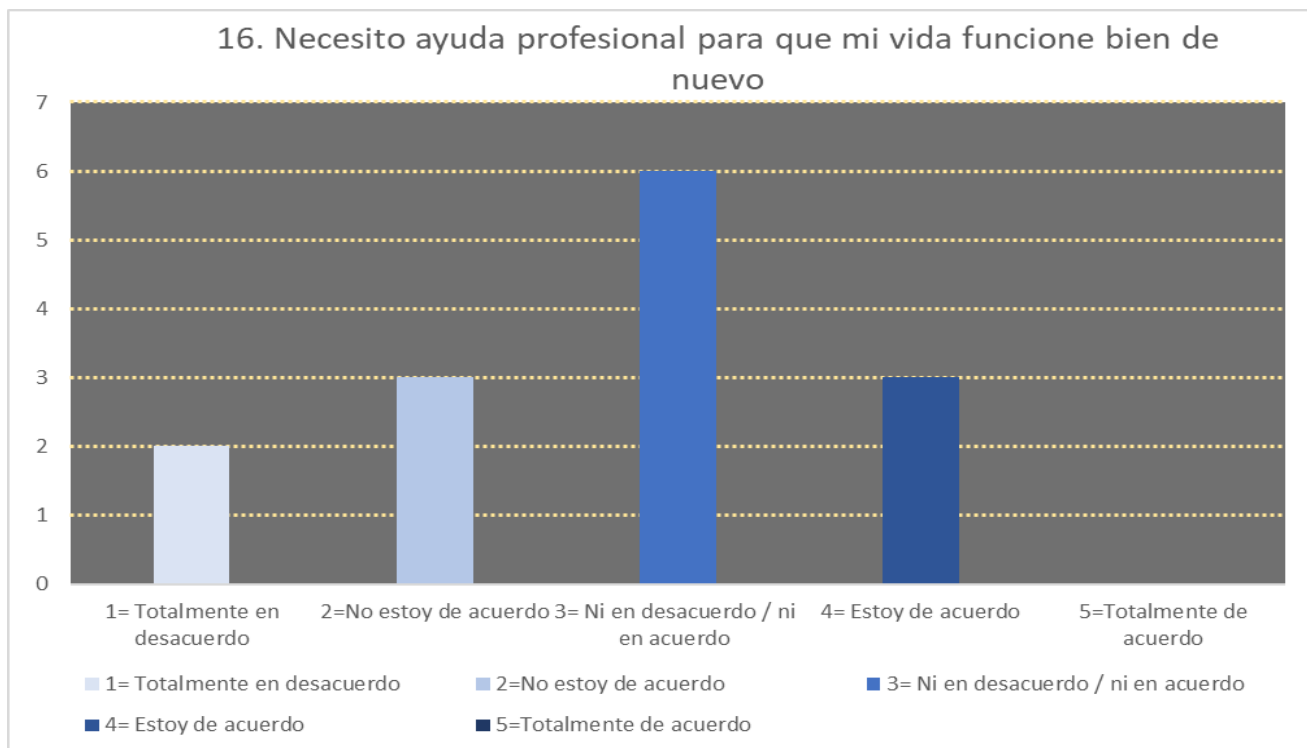


Tabla 17: Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.

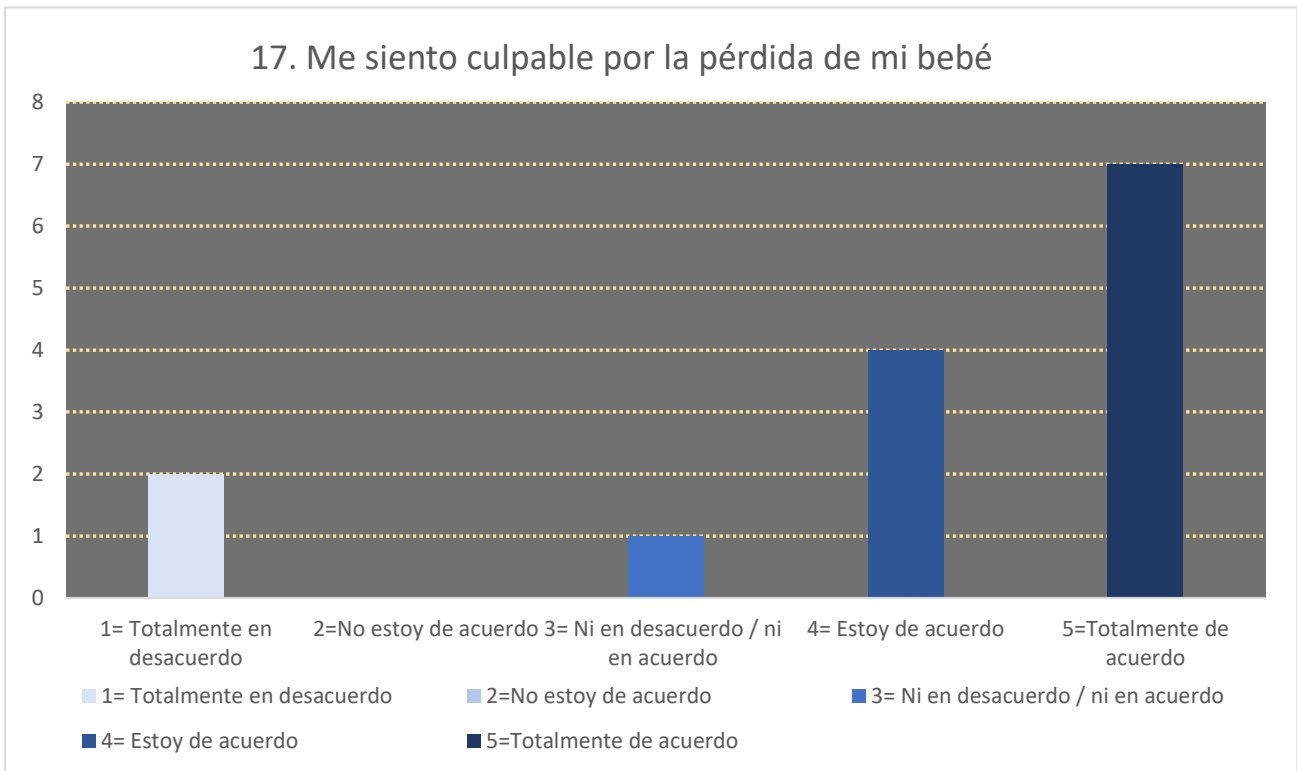


Tabla 18: Me enoja cuando pienso en mi bebé.

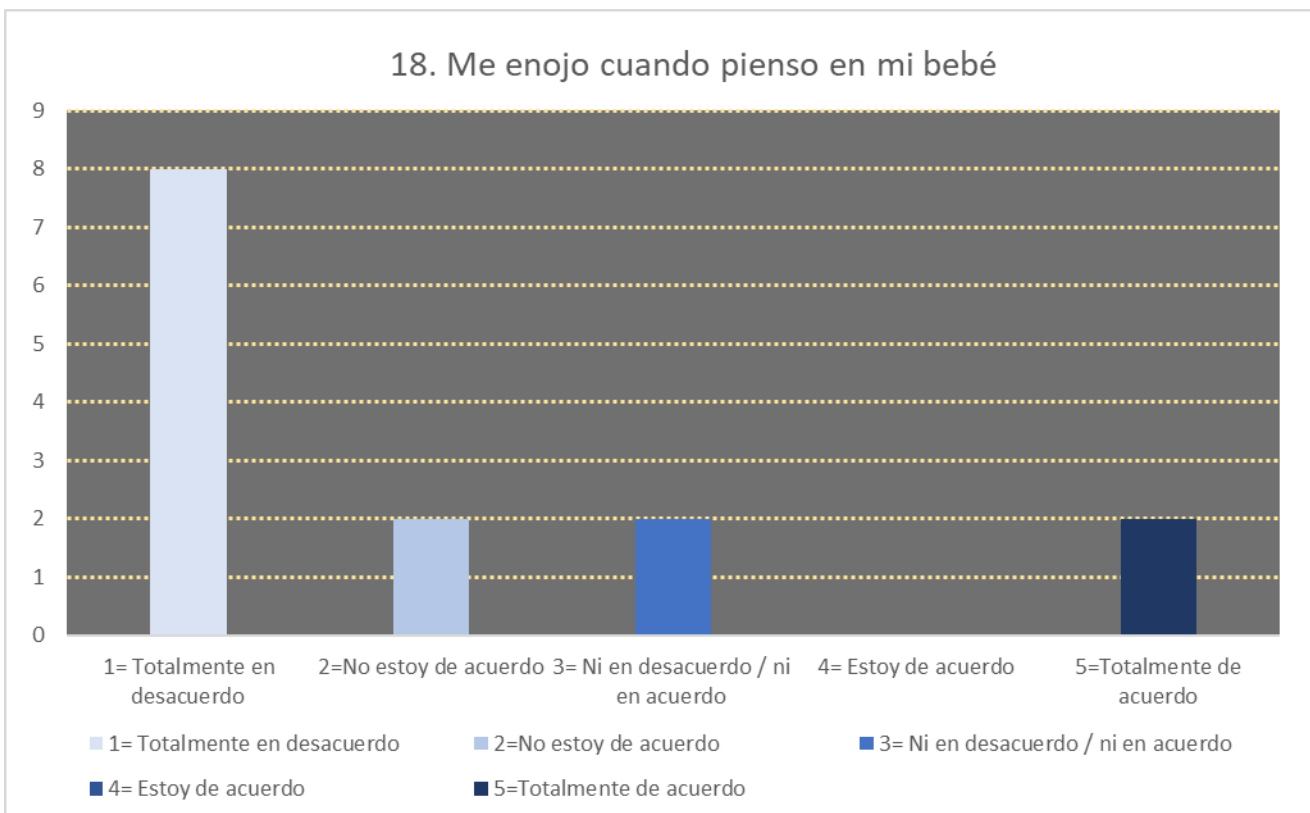


Tabla 19: Me siento como muerta en vida.

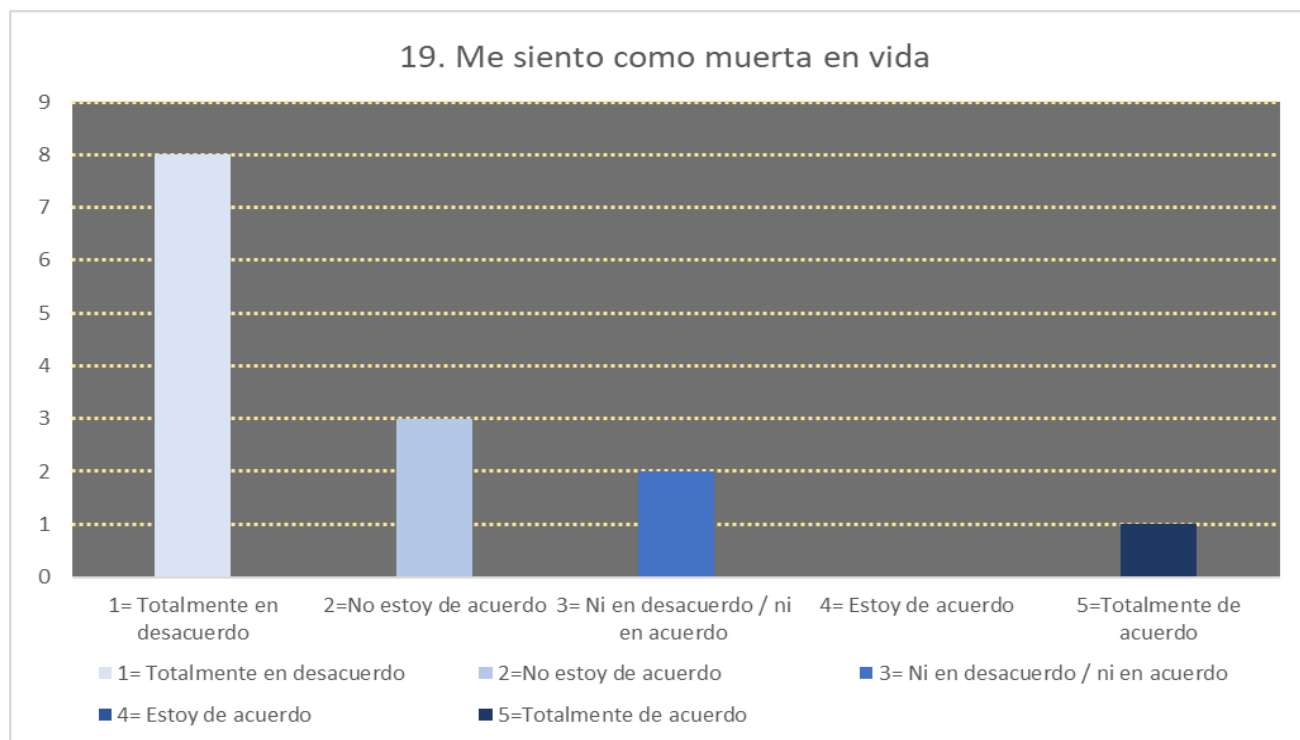


Tabla 20: Lloro cuando pienso en mi bebé.

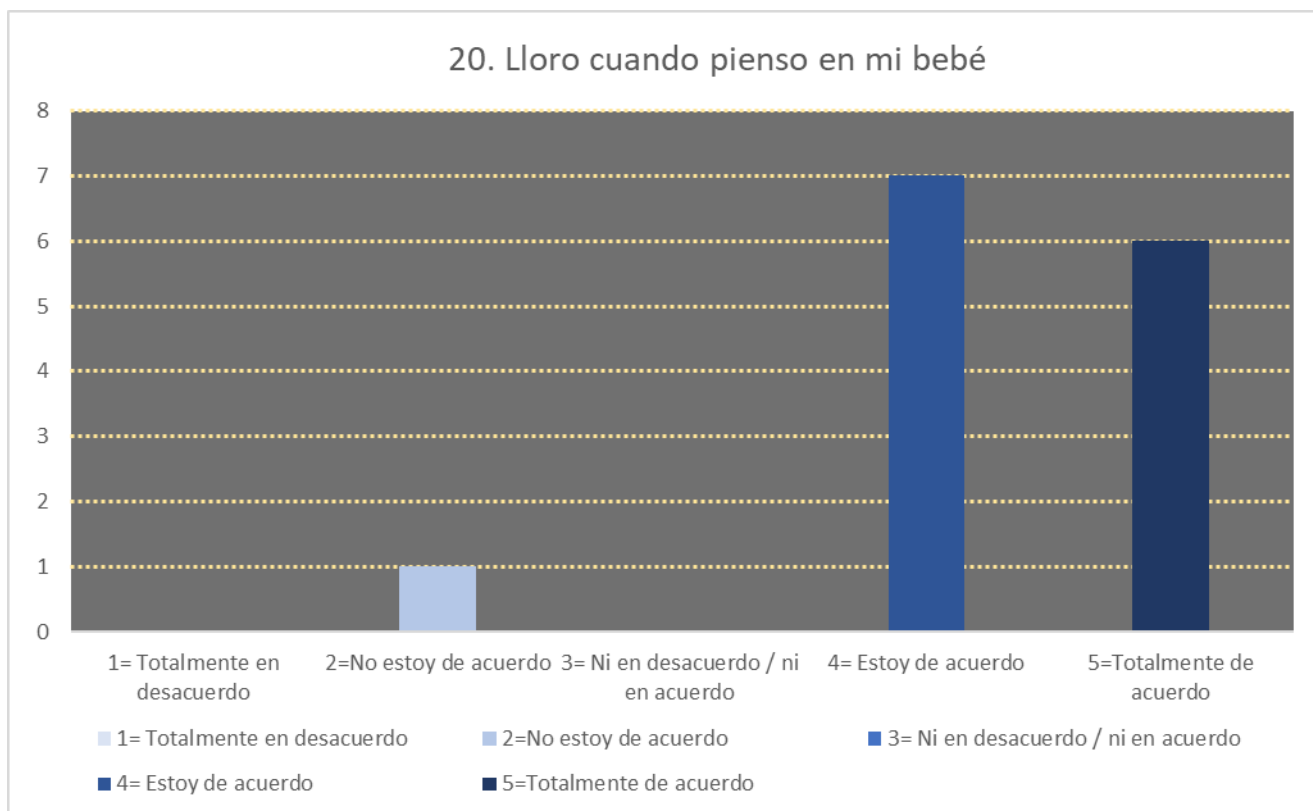


Tabla 21: Me siento sola y apartada, aunque esté con mis amigos.

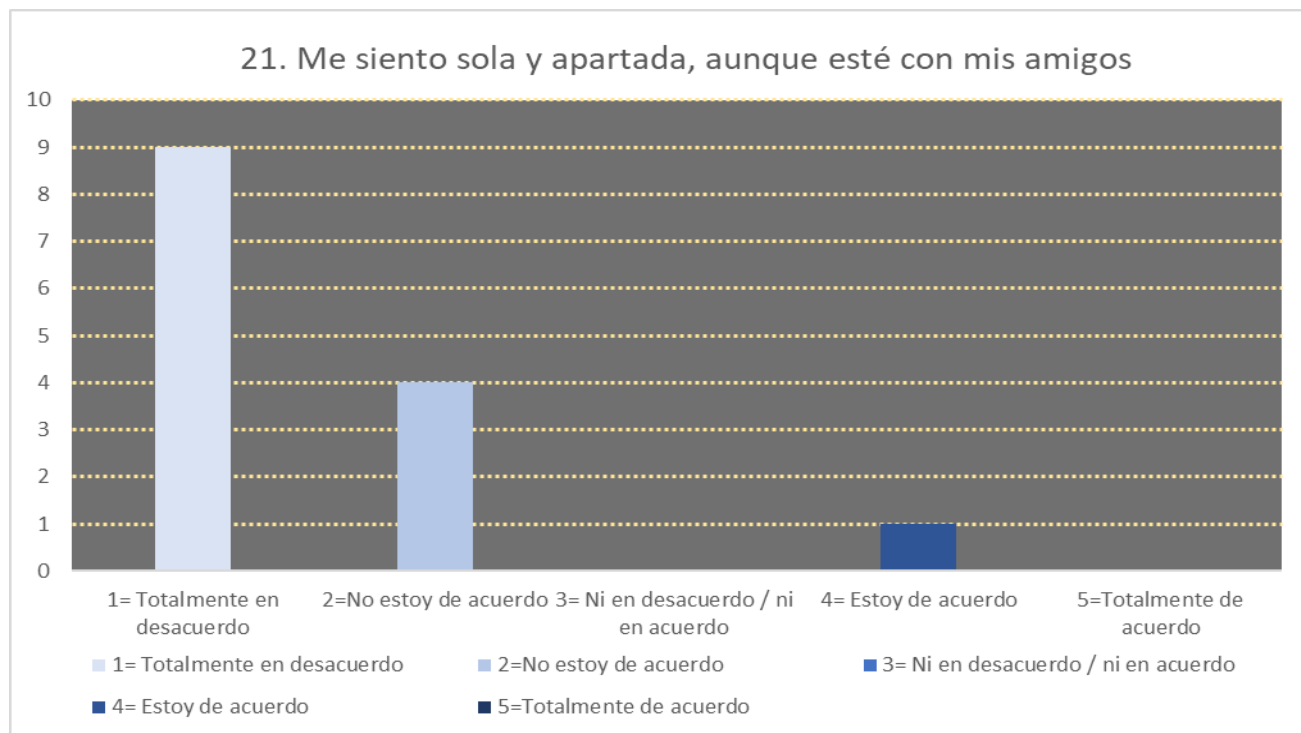


Tabla 22: El tiempo pasa muy lento desde que perdí a mi bebé.

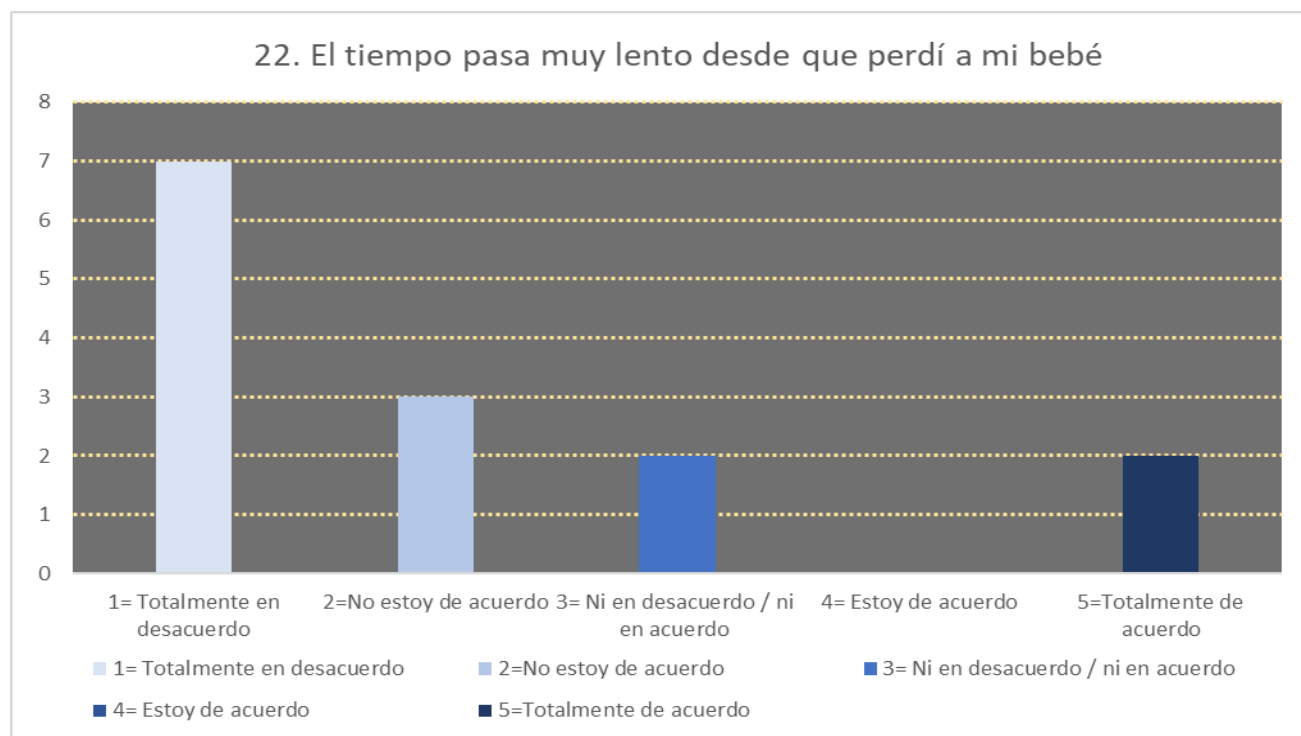


Tabla 23: Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.

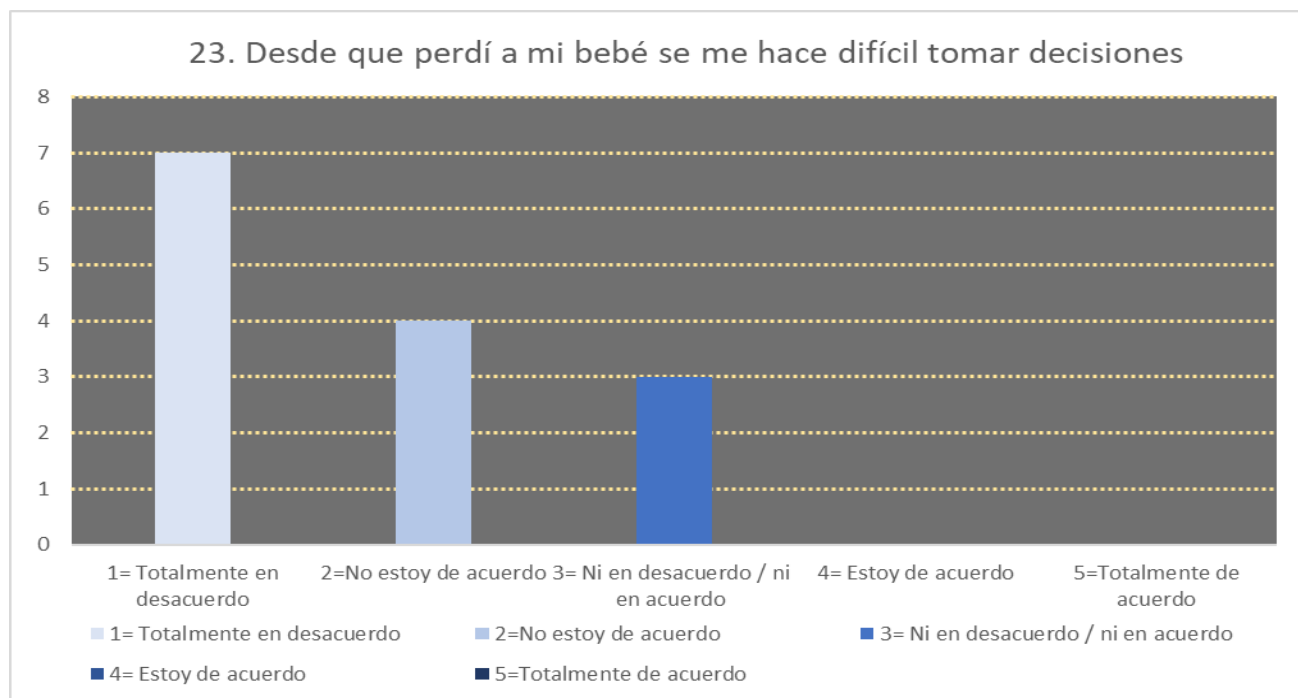


Tabla 24: El futuro me preocupa.

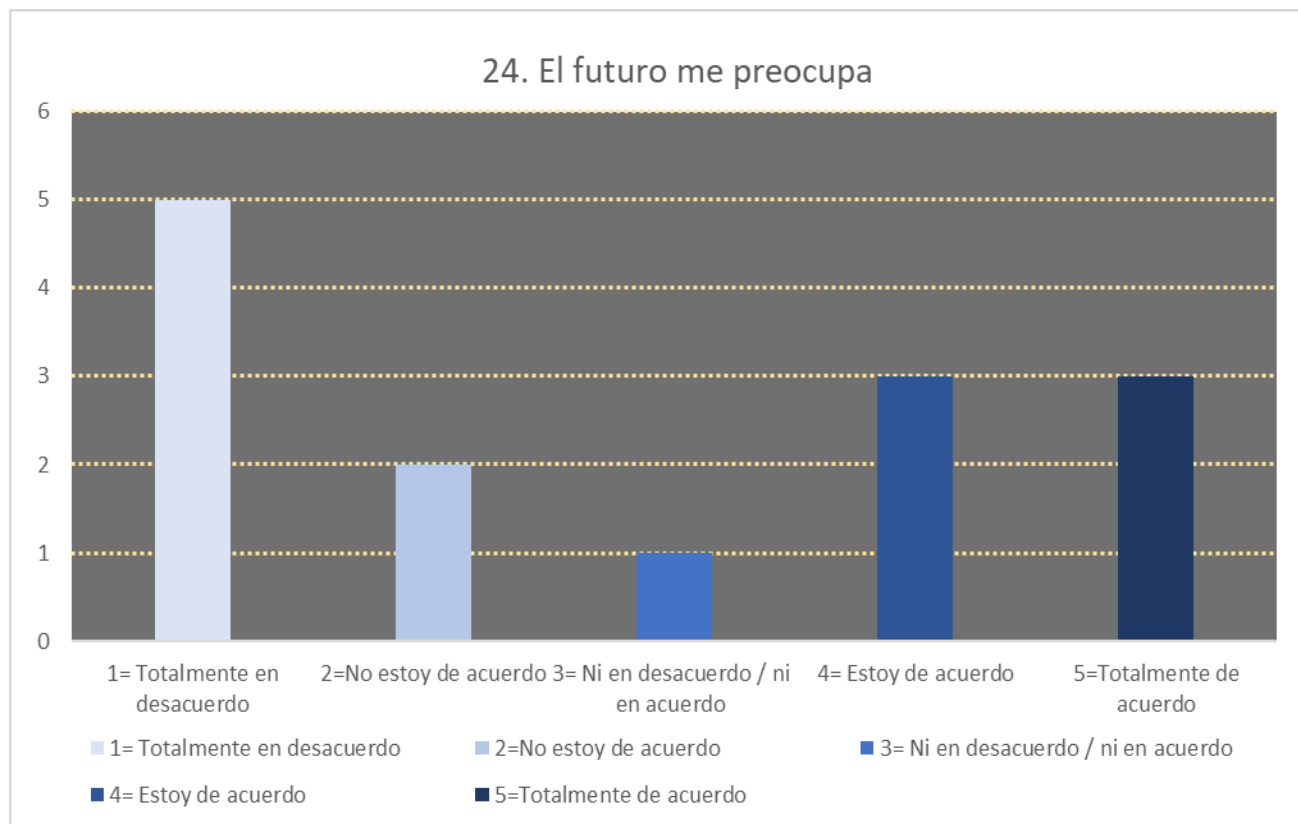


Tabla 25: Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.

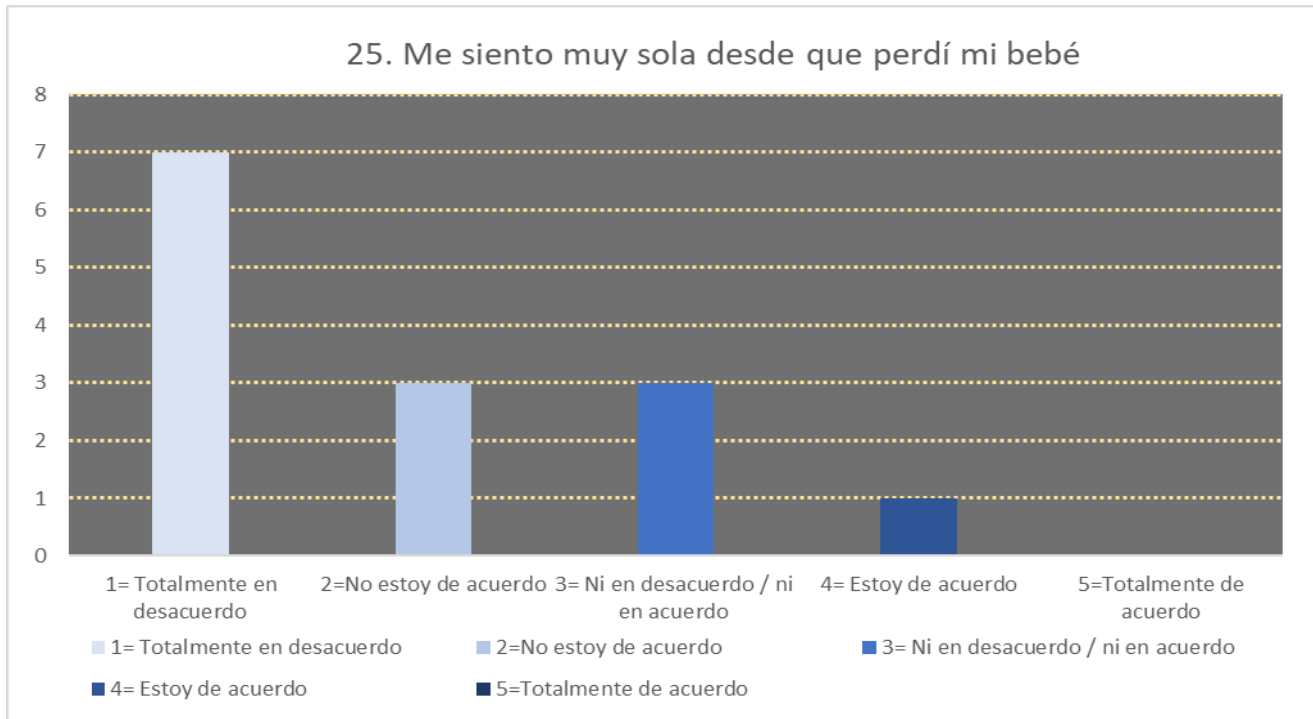


Tabla 26: Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.

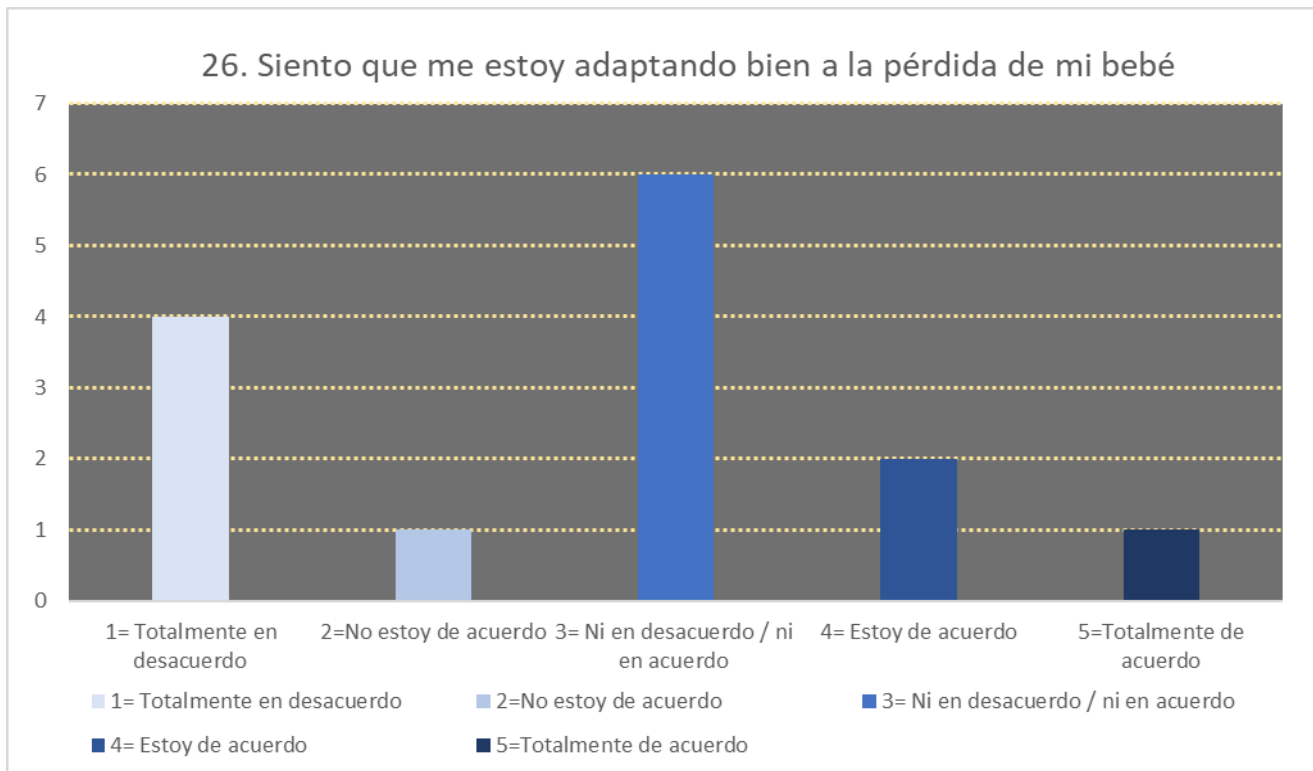
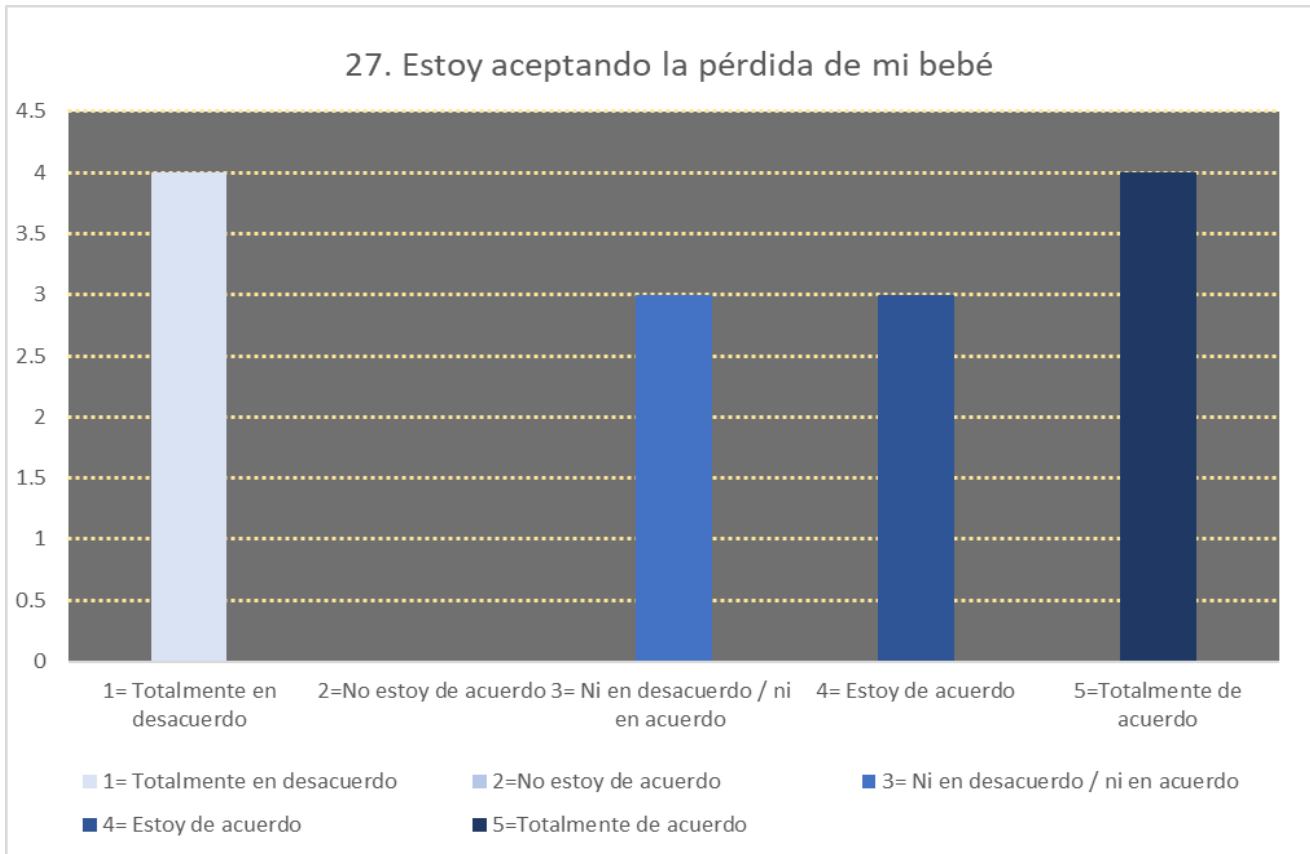
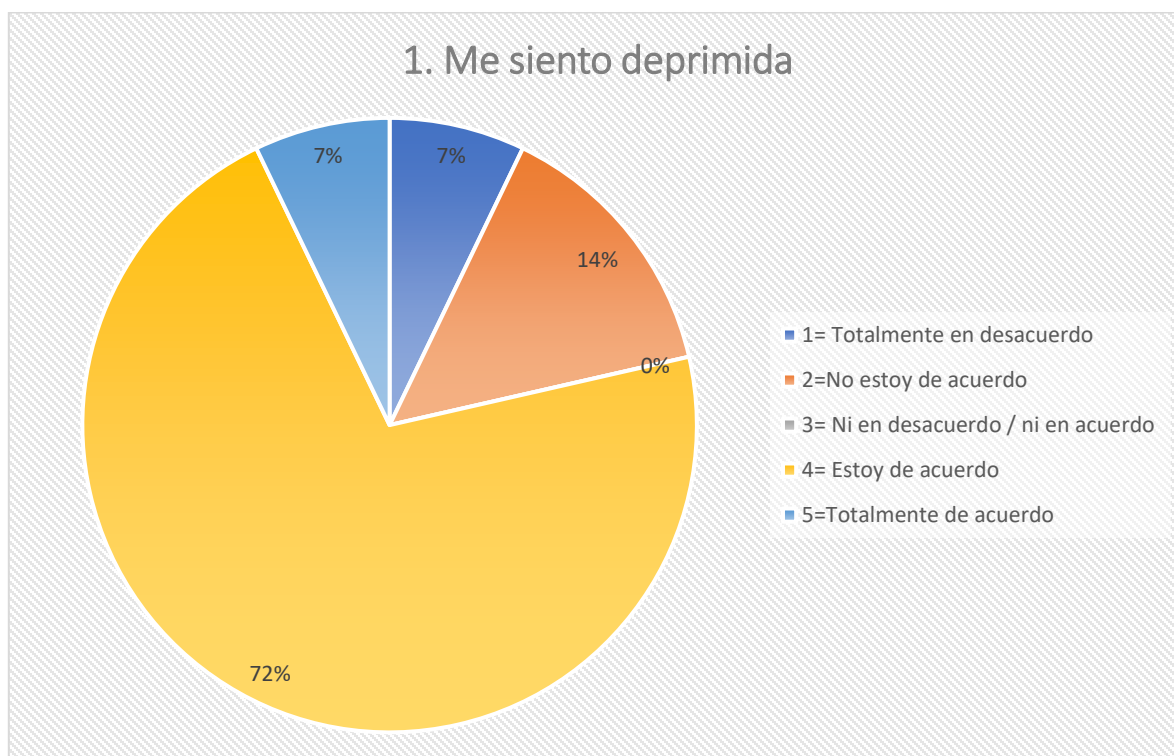


Tabla 27: Estoy aceptando la pérdida de mi bebé.



4.2 GRÁFICAS

Gráfica 1: Me siento deprimida.



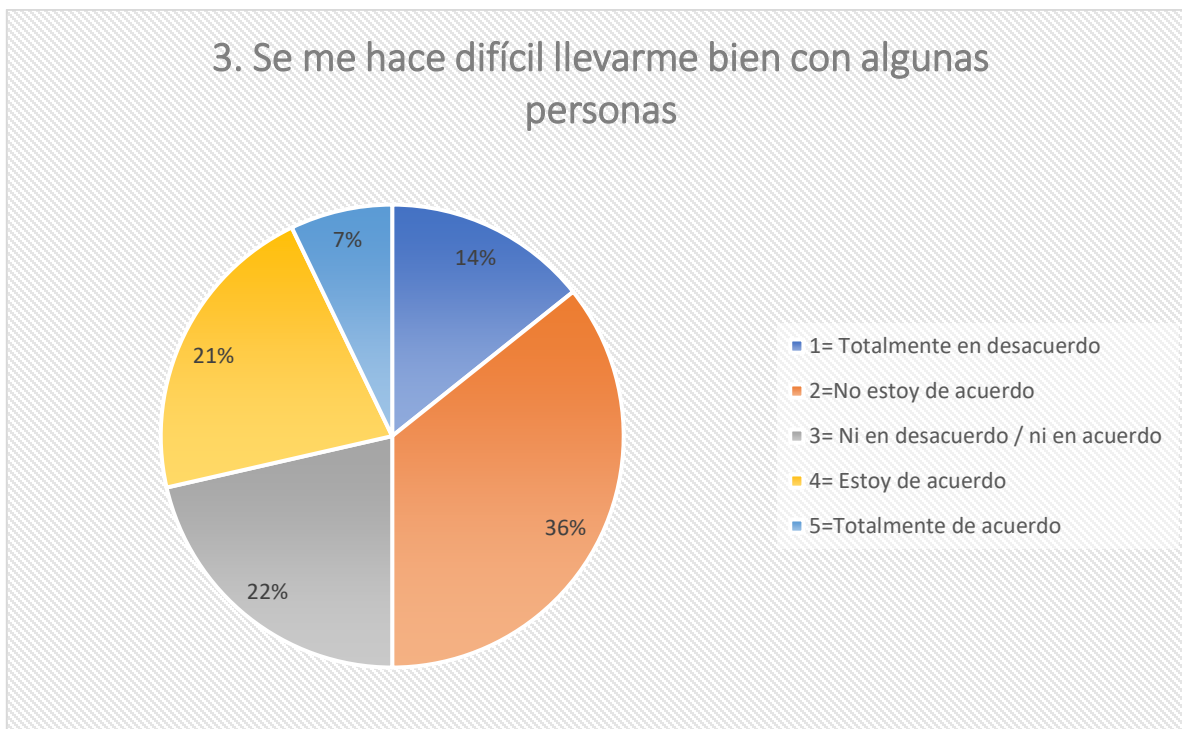
En esta gráfica se muestra que el 72% de la población contestaron que estaban de acuerdo que se sentían deprimida y un 7% que se encontraba totalmente de acuerdo que se sentían deprimida. Un 14% contestó que estaba en desacuerdo que se sintieran así.

Gráfica 2: Me siento vacía.



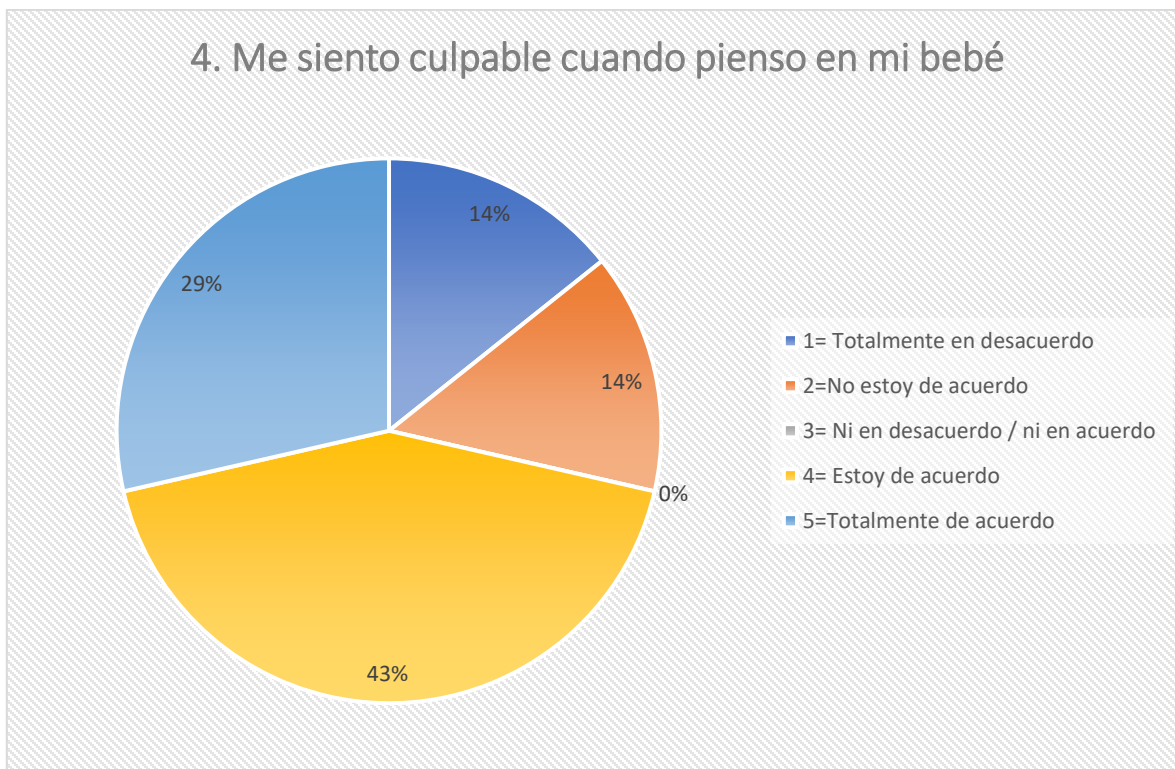
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres contestaron que estaban de acuerdo que se sentían vacía y un 7% que se encontraba totalmente de acuerdo que se sentía vacía. El 22% de la población no estaba de acuerdo de sentirse así de igual forma un 14% estaba totalmente en desacuerdo de sentirse vacía.

Gráfica 3. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.



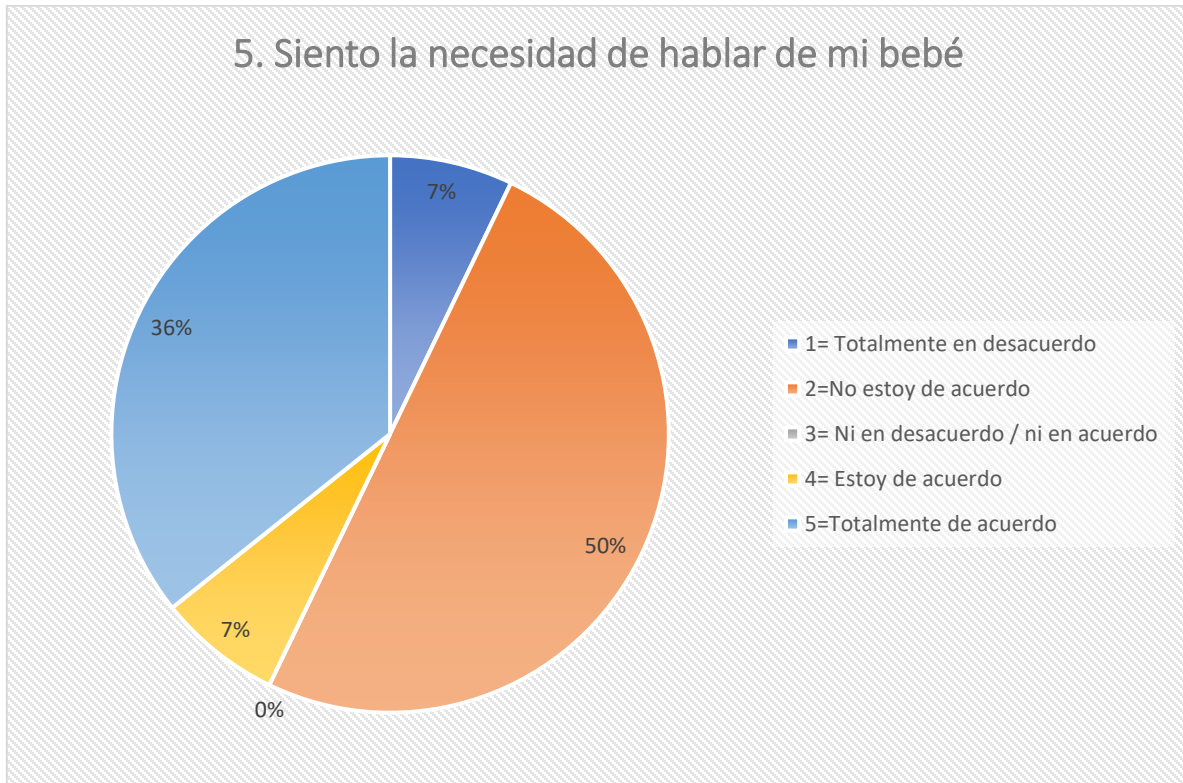
En esta gráfica se muestra que el 36% de la población no estaba de acuerdo que se le hacía difícil de llevarse bien con algunas personas. Otro 22% no estaba en desacuerdo ni de acuerdo con la afirmación. El 21% estaba de acuerdo que se le hacía difícil de llevarse bien con algunas personas, al igual que otro 7% estaba totalmente de acuerdo con la afirmación.

Gráfica 4. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.



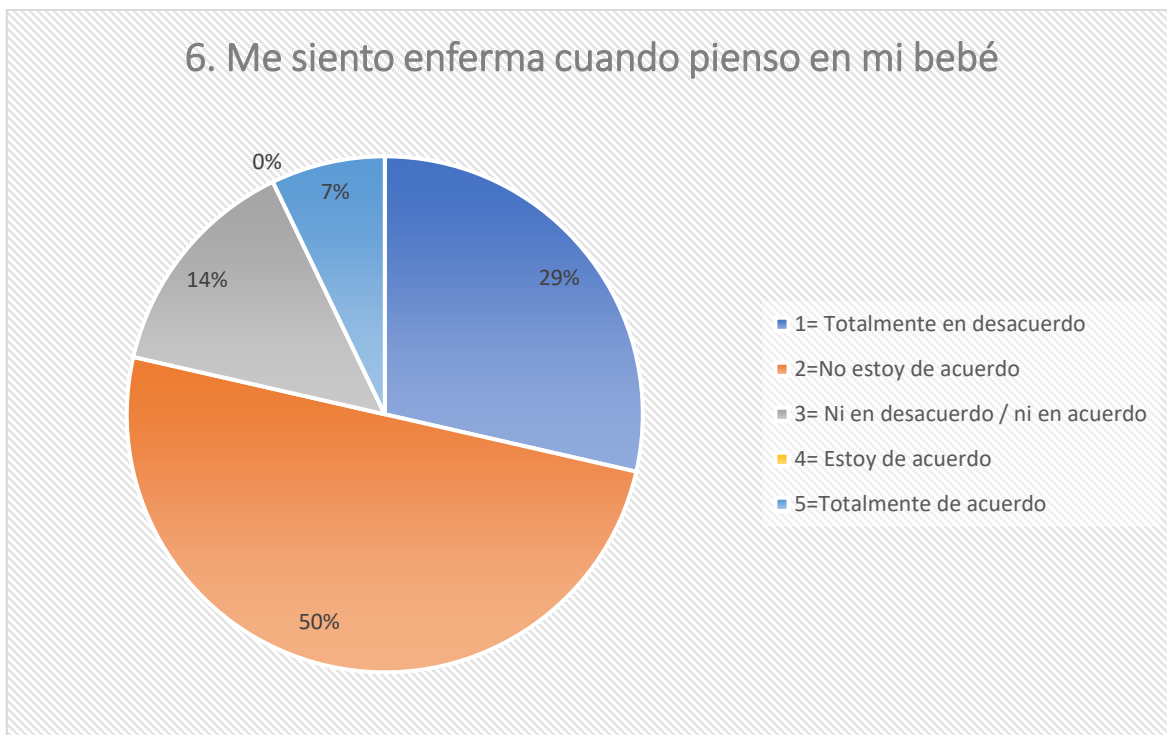
En esta gráfica se muestra que el 43% de la población estaba de acuerdo que se sentía culpable cuando piensa en su bebé, al igual el 29% se encuentra totalmente de acuerdo. Solamente un 14% se encuentra en totalmente en desacuerdo de sentirse culpable cuando piensa en su bebé.

Gráfica 5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.



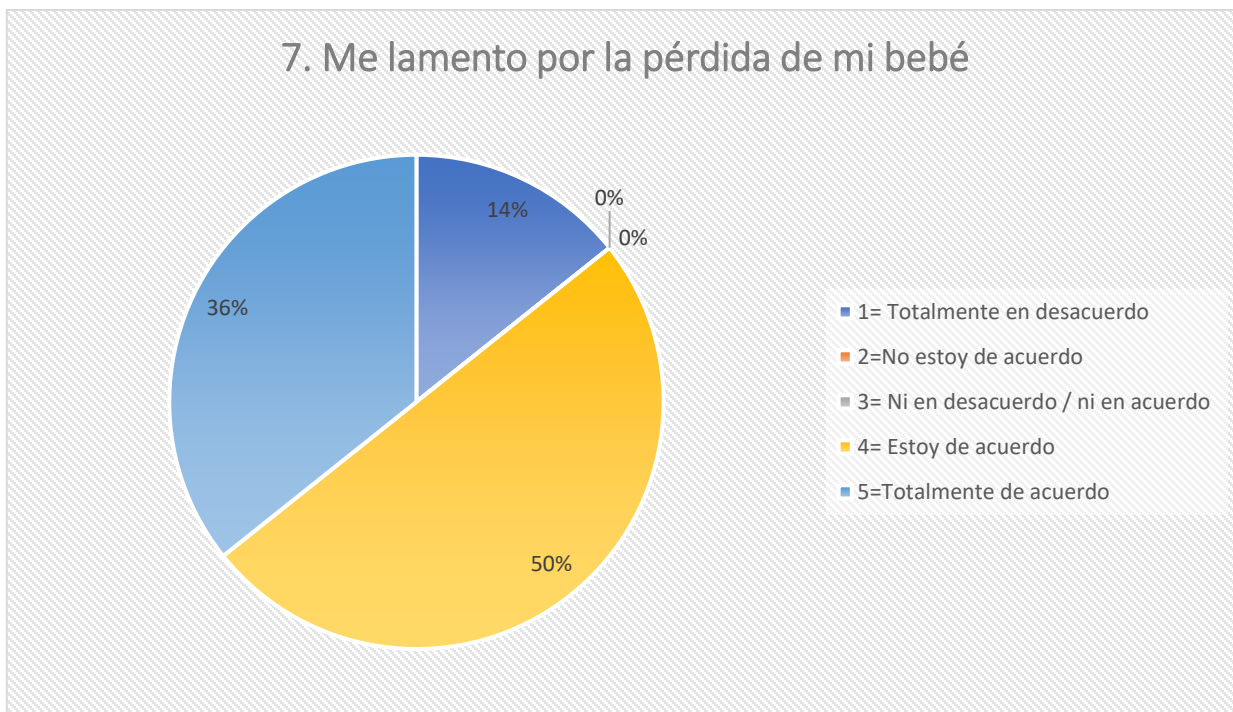
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres no están de acuerdo de sentir la necesidad de hablar de su bebé. Por otro lado, se encuentra un 36% que está totalmente de acuerdo que siente la necesidad de hablar de su bebé. Solo un 7% está de acuerdo con la afirmación.

Gráfica 6. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.



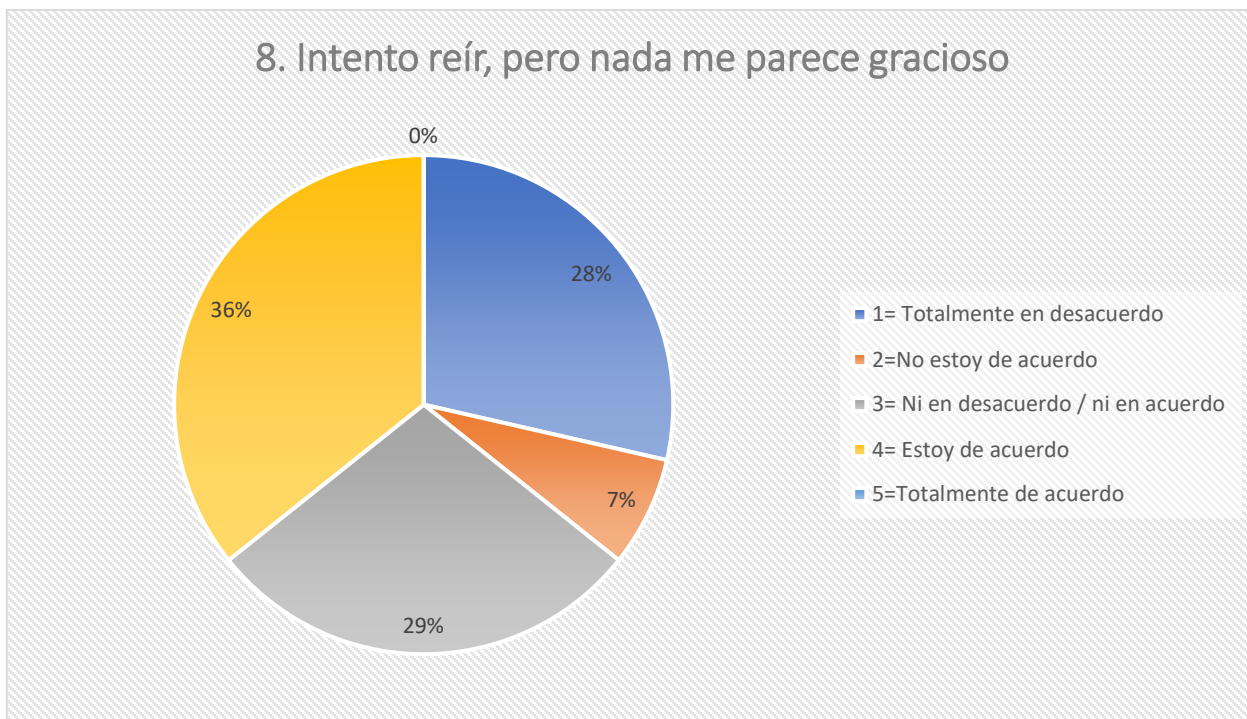
En esta gráfica se muestra que el 50% de la población no está de acuerdo de sentirse enferma cuando piensa en su bebé, al igual que un 26% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Por otro lado, un 24% no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfica 7. Me lamento por la pérdida de mi bebé.



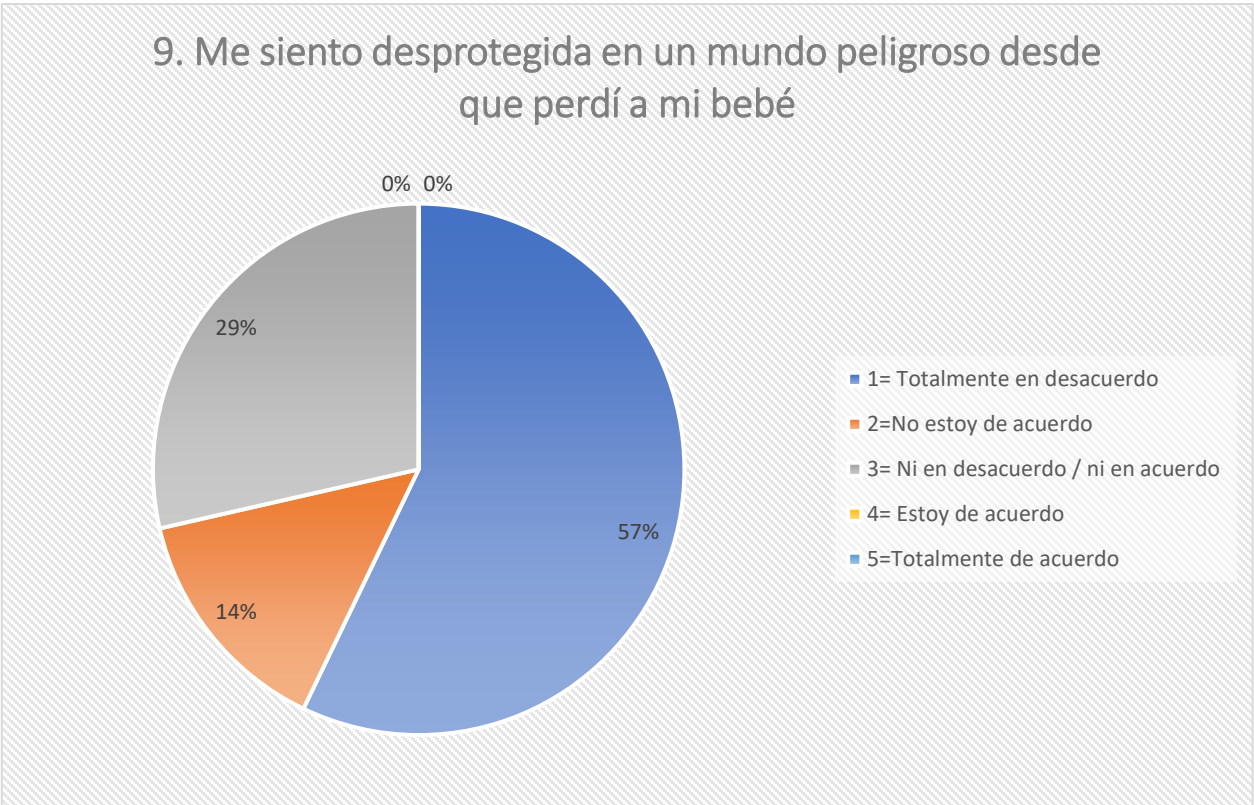
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están de acuerdo que se lamentan por la pérdida de su bebé, al igual que un 36% está de totalmente de acuerdo con la afirmación. En cambio, un 14% está en totalmente en desacuerdo que se lamentan la pérdida de su bebé.

Gráfica 8. Intento reír, pero nada me parece gracioso.



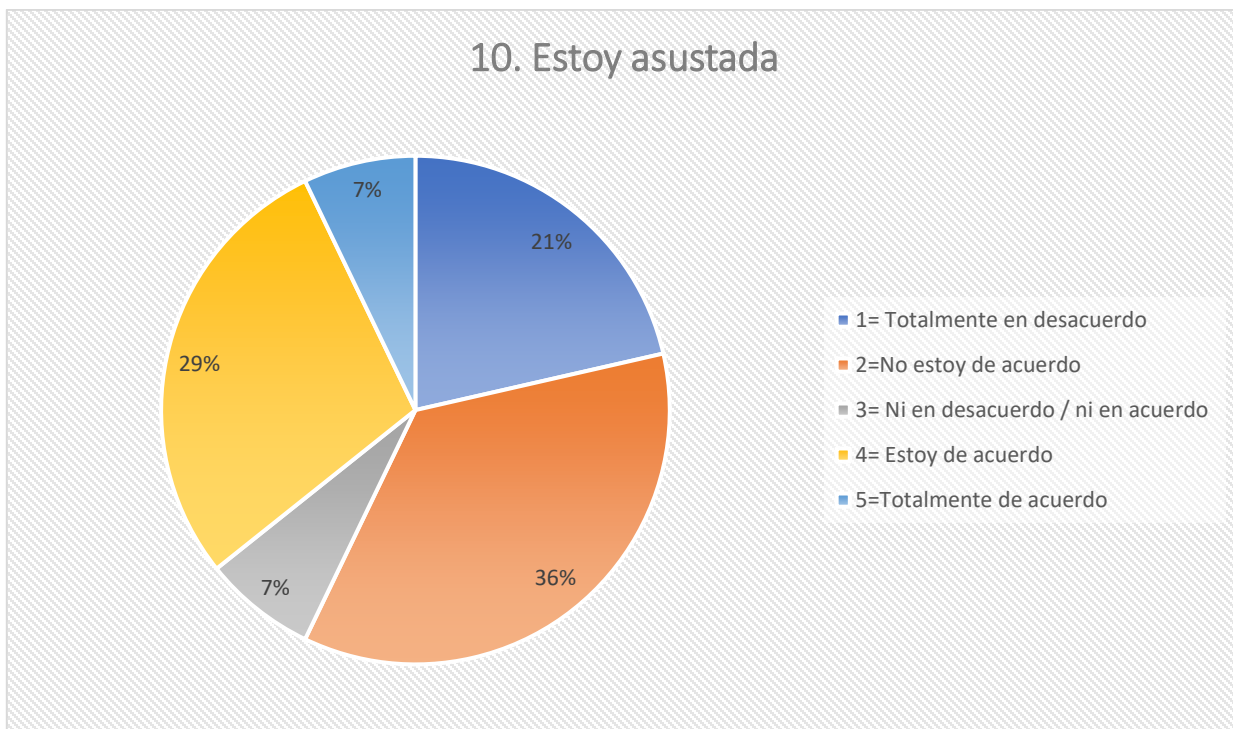
En esta gráfica se muestra que un 36% de la población está de acuerdo que intentan reír, pero nada les parece gracioso, en cambio un 28% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Un 29% de las mujeres no están de acuerdo ni en desacuerdo que intentan reír, pero nada les parece gracioso.

Gráfica 9. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.



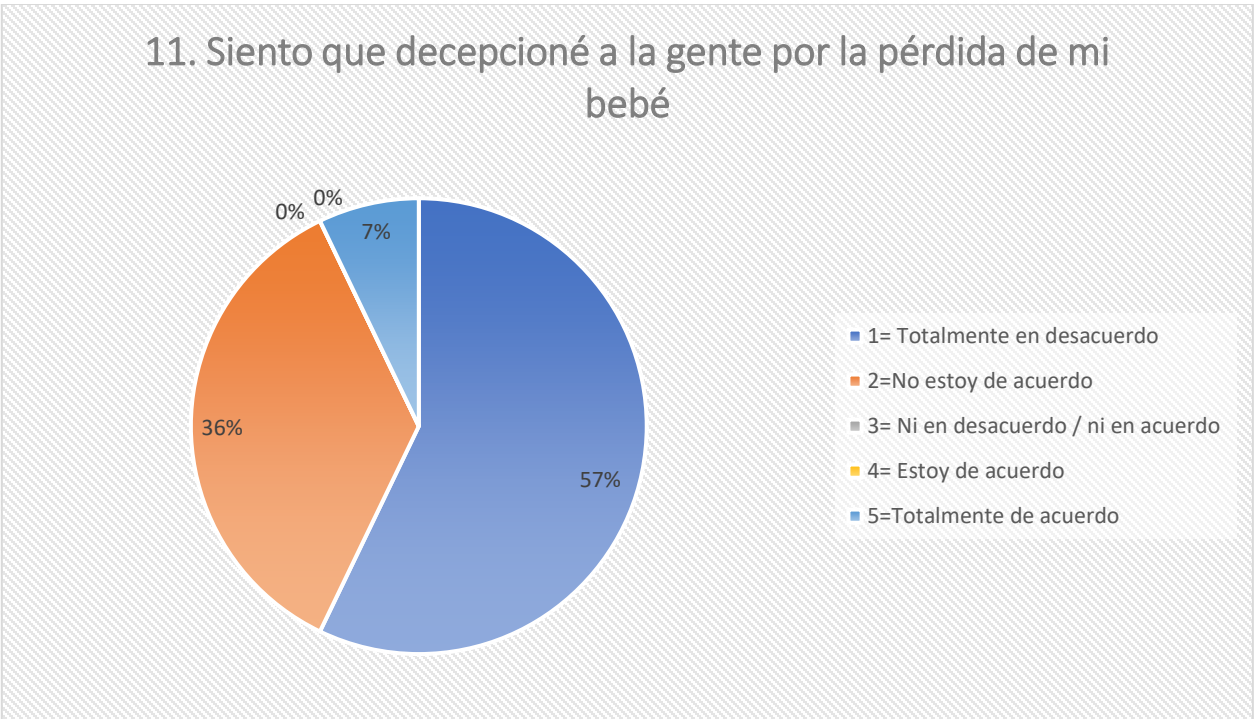
En esta gráfica se muestra que el 57% de las mujeres respondieron que están totalmente en desacuerdo que se sientan desprotegidas en un mundo peligroso desde perdieron a su bebé, al igual que un 14% no está de acuerdo con la afirmación. Un 29% no está en desacuerdo ni en acuerdo.

Gráfica 10. Estoy asustada.



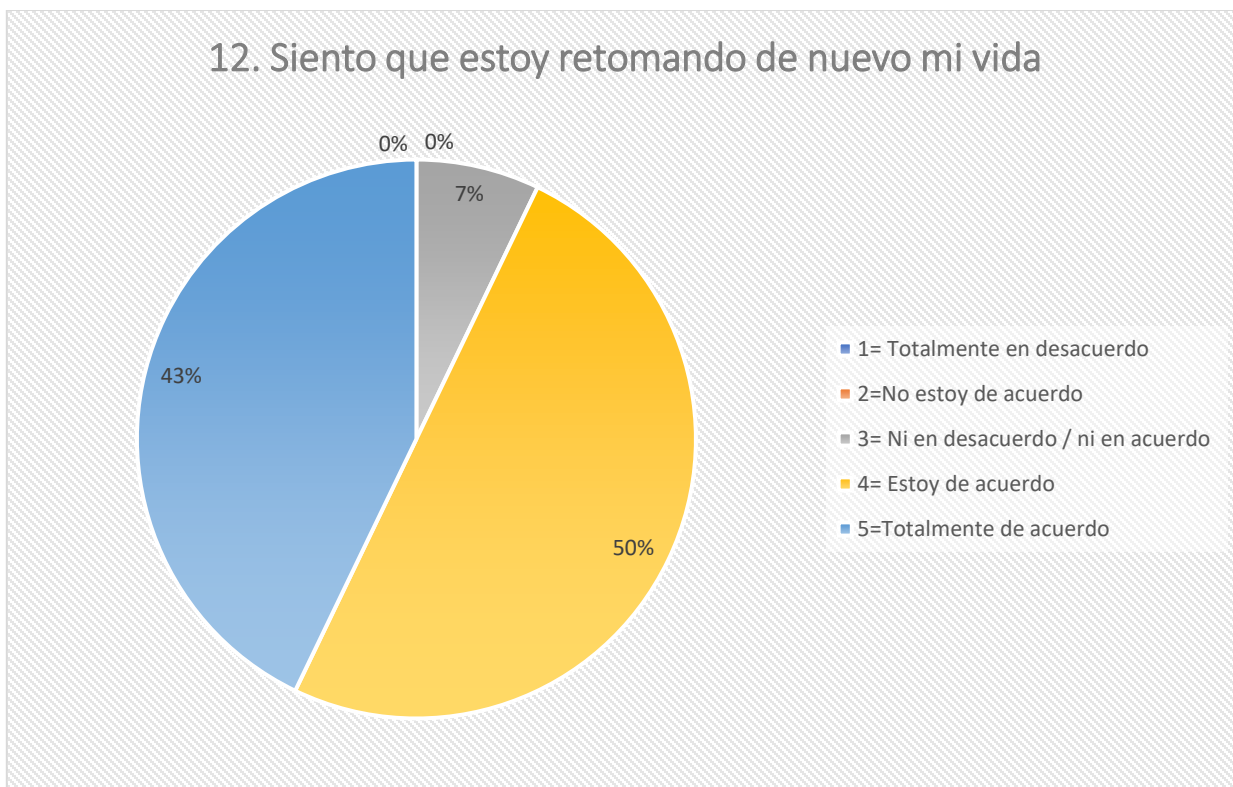
En esta gráfica se muestra que un 36% de la población no está de acuerdo que se sienta asustada, al igual que un 21% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Un 29% está de acuerdo que se siente asustada.

Gráfica 11. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé.



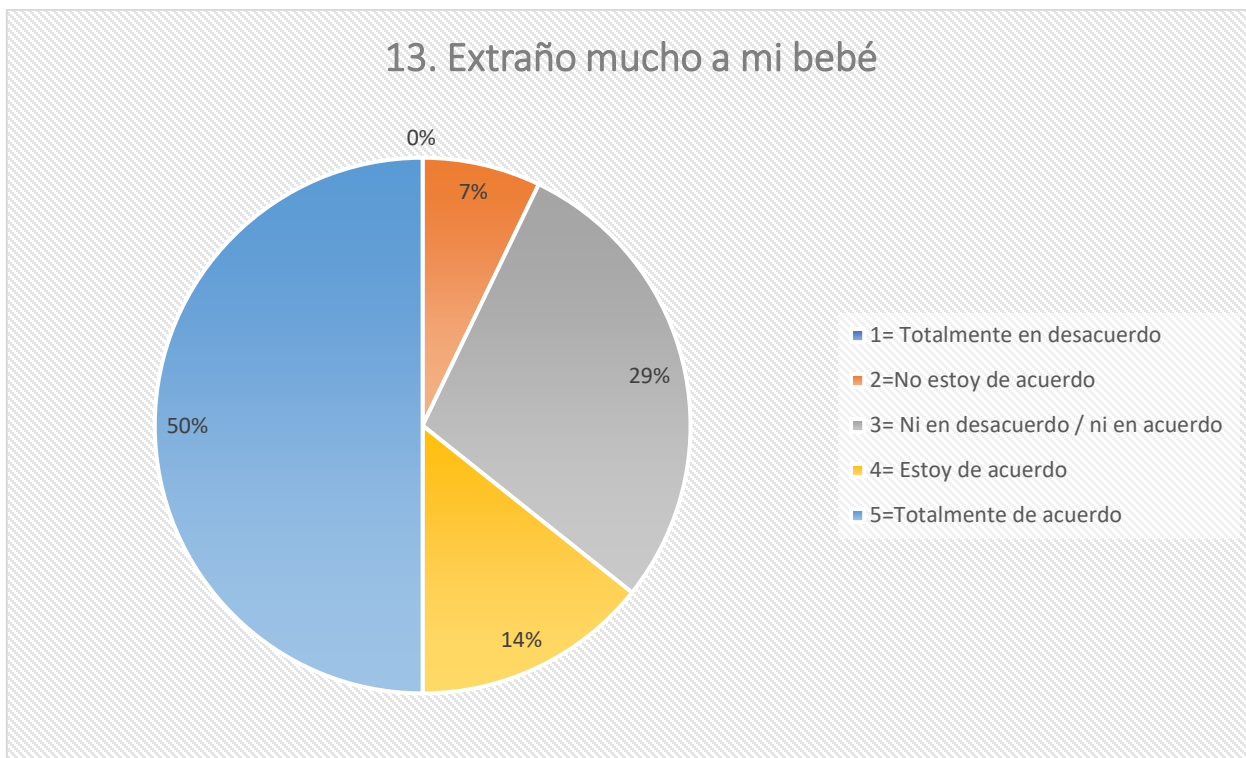
En esta gráfica se muestra que un 57% de la población está totalmente en desacuerdo que sienten que decepcionaron a la gente por la pérdida de su bebé, al igual que un 36% no está de acuerdo con la afirmación. Por otro lado, un 7% está totalmente de acuerdo que sienten que decepcionaron a la gente por la pérdida de su bebé.

Gráfica 12. Siento que estoy retomando mi vida.



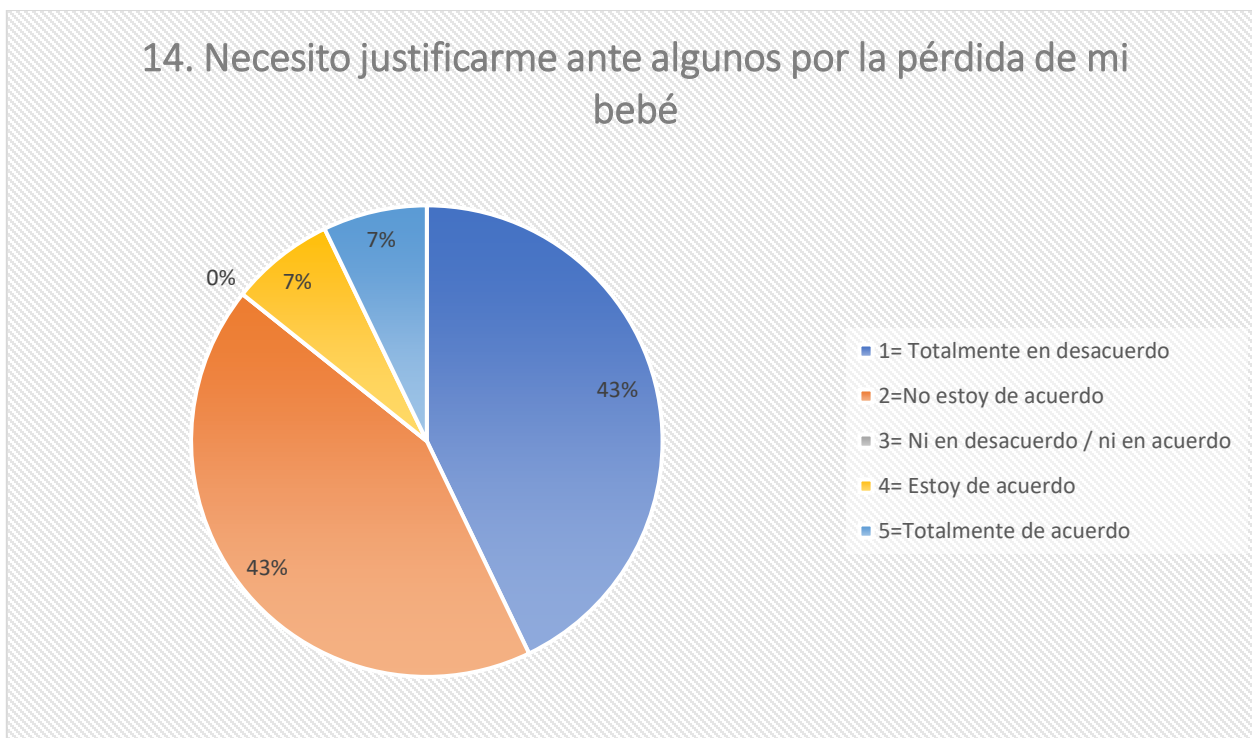
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están de acuerdo que sienten que están retomando de nuevo su vida, al igual que un 43% están totalmente de acuerdo con la afirmación. En cambio, un 7% no están en desacuerdo ni en acuerdo.

Gráfica 13. Extraño mucho a mi bebé.



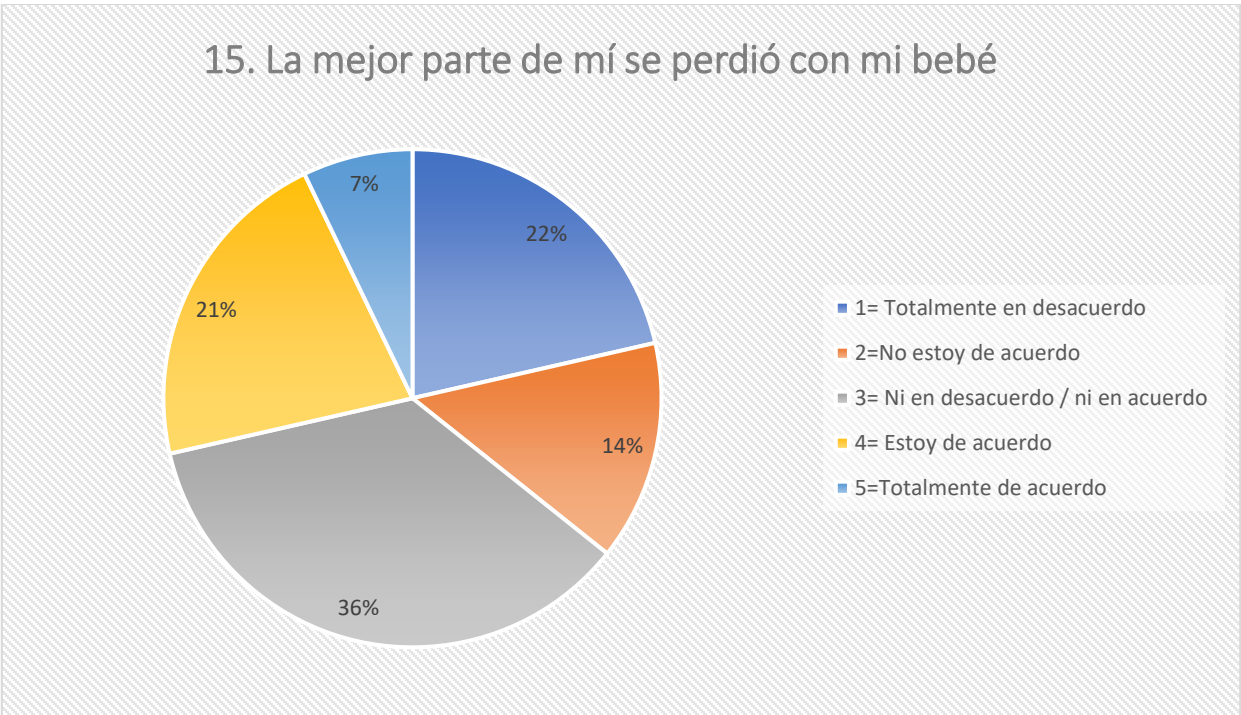
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están totalmente de acuerdo que extrañan mucho a su bebé, al igual un 14% están de acuerdo con la afirmación. Un 29% no están en desacuerdo ni en acuerdo.

Gráfica 14. Necesito justificarme ante algunos por la pérdida de mi bebé.



En esta gráfica se muestra que el 43% de la población no están de acuerdo que se necesitan justificar ante algunos por la pérdida de su bebé, por otro lado, otro 43% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Solo un 7% está totalmente de acuerdo que necesitan justificarse ante algunos por la pérdida de su bebé.

Gráfica 15. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.



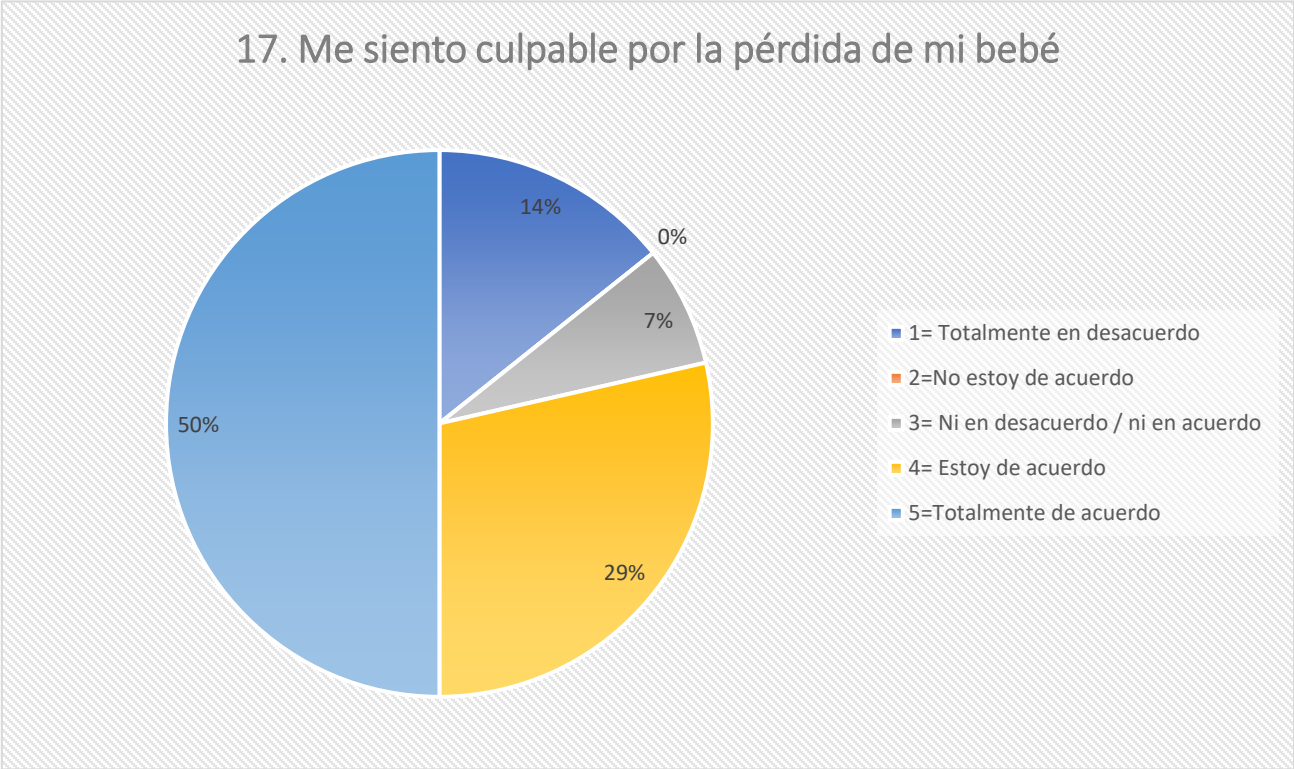
En esta gráfica se muestra que un 36% de la población no están en ni de acuerdo ni en desacuerdo que la mejor parte de ellas se perdió con su bebé. Por otro lado, un 22% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. En cambio, un 21% está de acuerdo que la mejor parte de ellas se perdió con su bebé.

Gráfica 16. Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione bien de nuevo.



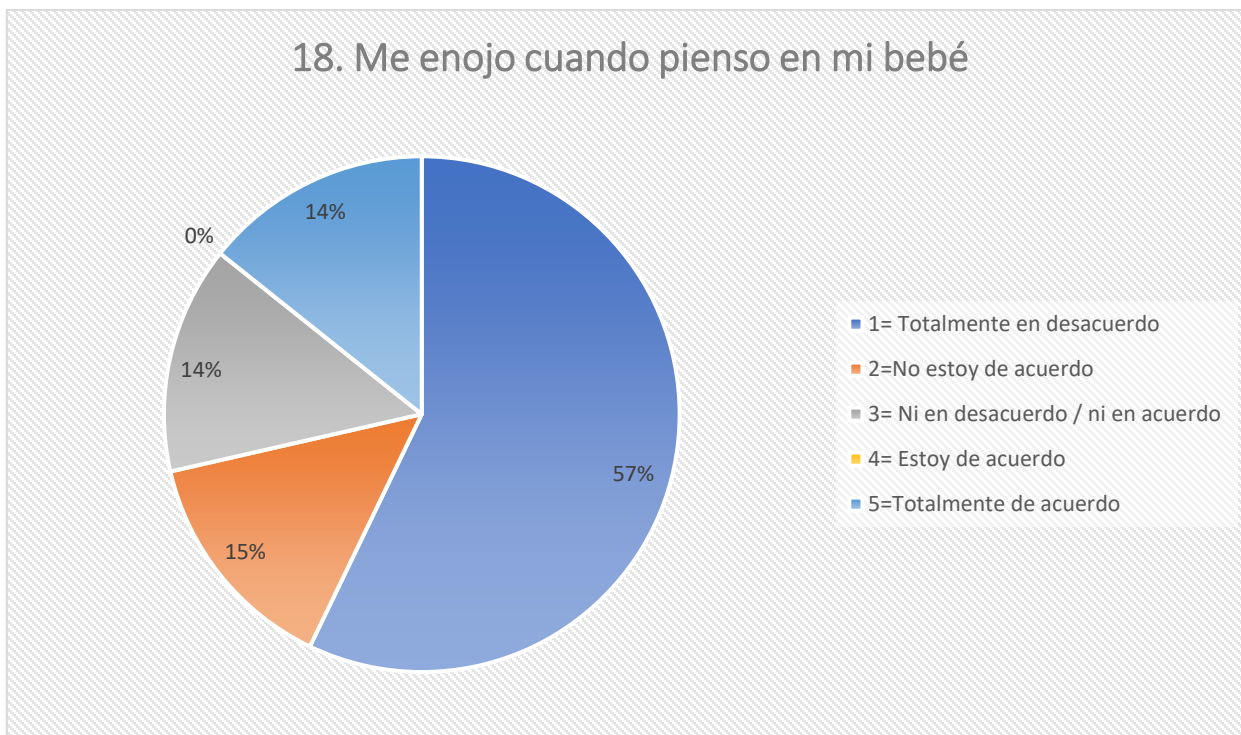
En esta gráfica se muestra que un 43% de las mujeres no están de acuerdo ni en desacuerdo que necesitan ayuda profesional para que su vida funcione bien de nuevo. Por el contrario, un 22% no está de acuerdo y un 14% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Solamente un 22% están de acuerdo que necesita ayuda profesional para que su vida funcione bien de nuevo.

Gráfica 17. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.



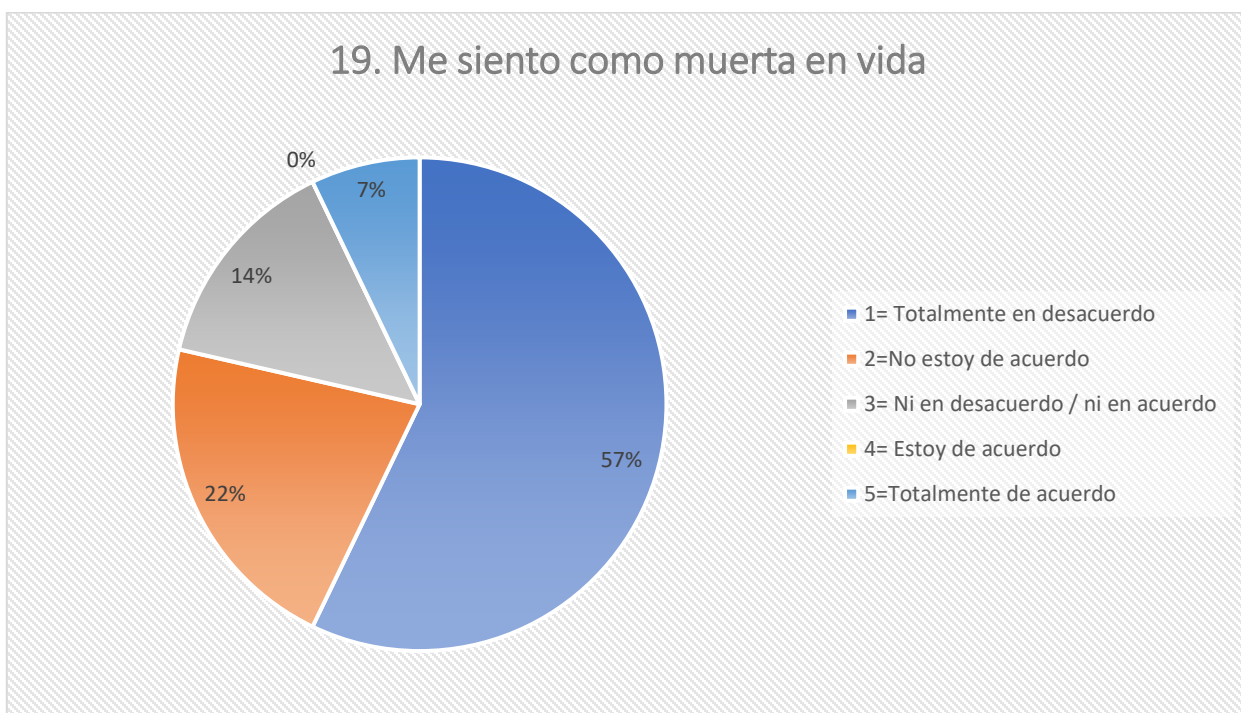
En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están totalmente de acuerdo que se sienten culpables por la pérdida de su bebé, asimismo un 29% está de acuerdo con la afirmación. Por el contrario, un 24% está totalmente en desacuerdo que se sientan culpables por la pérdida de su bebé.

Gráfica 18. Me enojo cuando pienso en mi bebé.



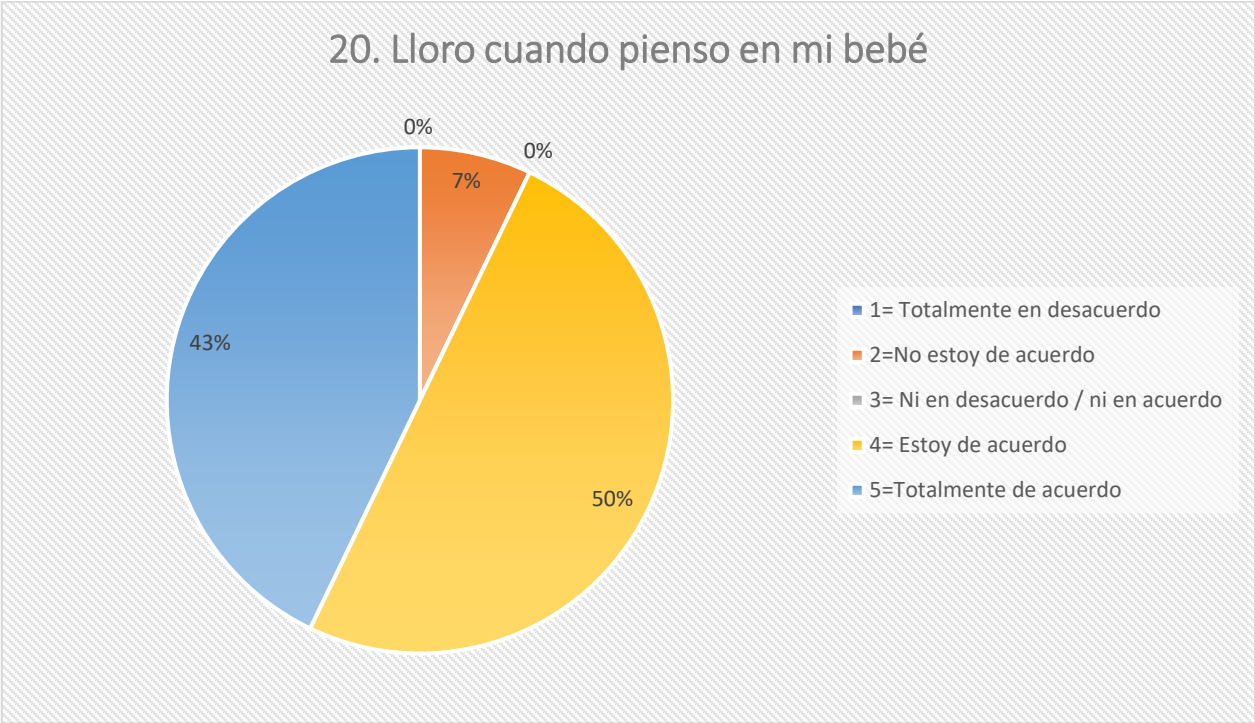
En esta gráfica se muestra que un 57% de la población está totalmente en desacuerdo que se enoja cuando piensa en su bebé, asimismo un 15% no está de acuerdo con la afirmación. En cambio, un 14% totalmente de acuerdo que se enoja cuando piensa en su bebé.

Gráfica 19. Me siento como muerta en vida.



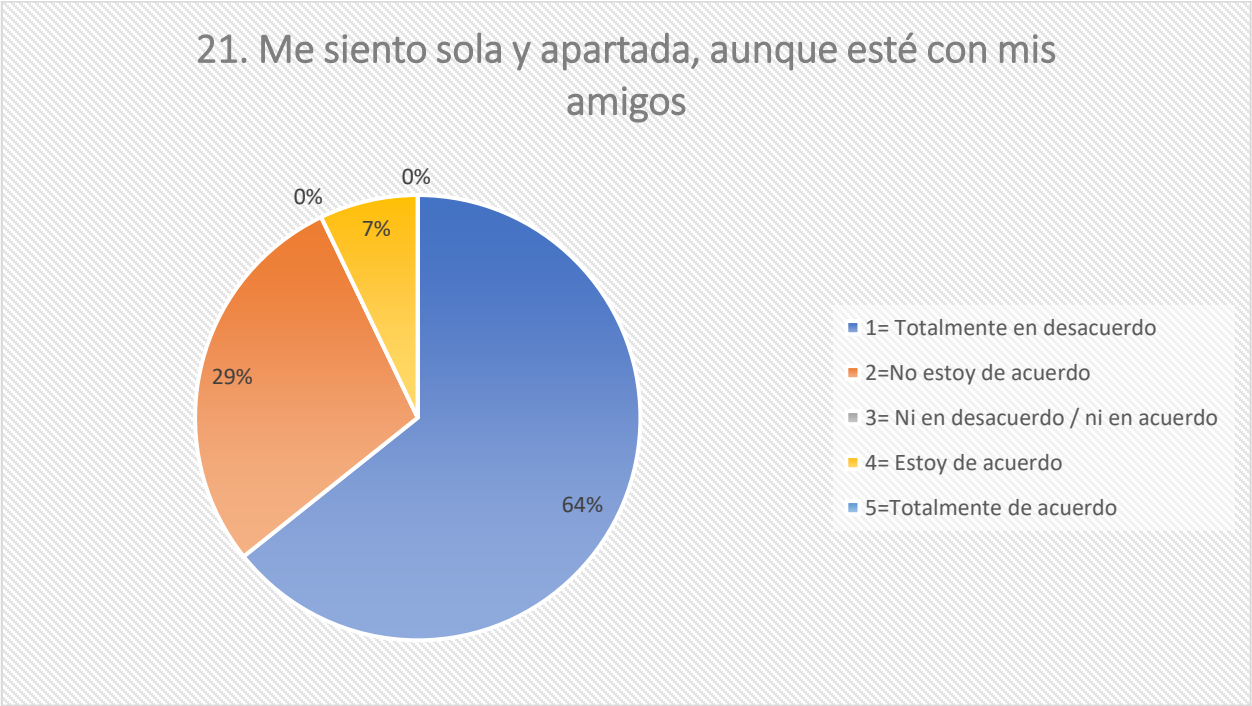
En esta gráfica se muestra que un 57% de las mujeres están totalmente en desacuerdo que se sientan como muerta en vida, al igual que un 22% no está de acuerdo con la afirmación. Un 14% no está en desacuerdo ni en acuerdo.

Gráfica 20. Lloro cuando pienso en mi bebé.



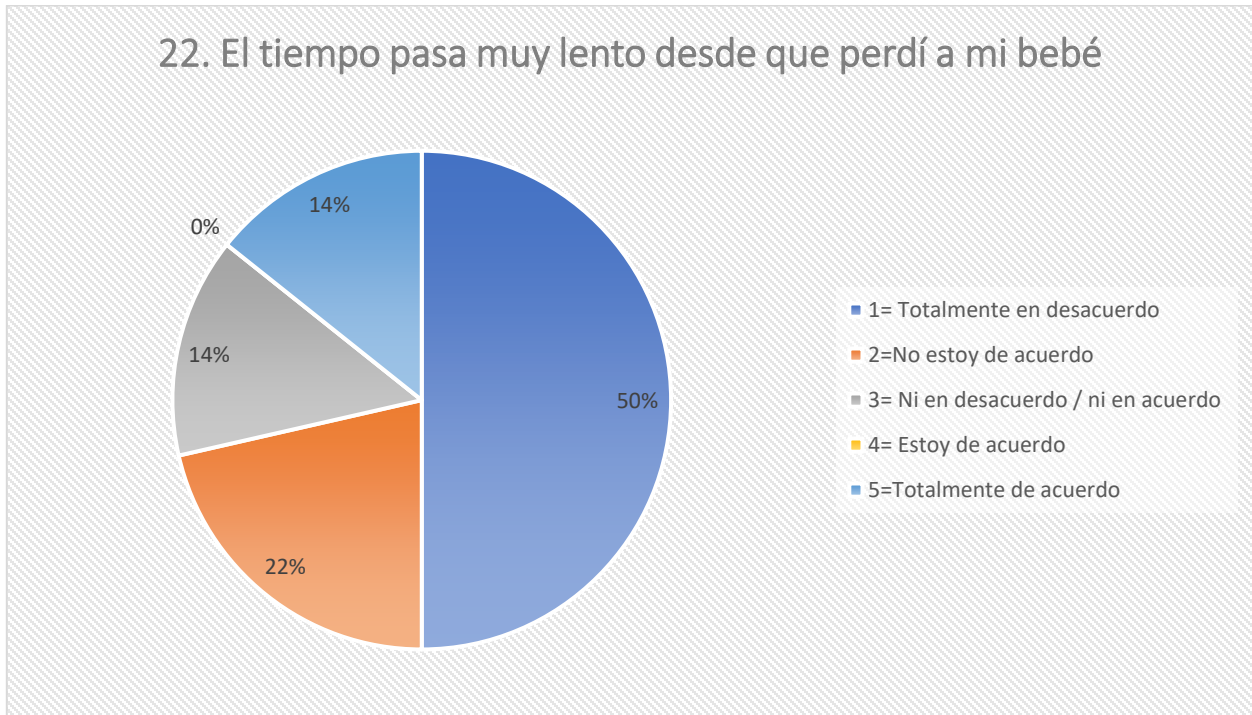
En esta gráfica se muestra que un 50% de la población está de acuerdo que lloran cuando piensan en su bebé, al igual que un 43% está totalmente de acuerdo con la afirmación. Solamente un 7% no está de acuerdo que llora cuando piensa en su bebé.

Gráfica 21. Me siento sola y apartada, aunque esté con mis amigos.



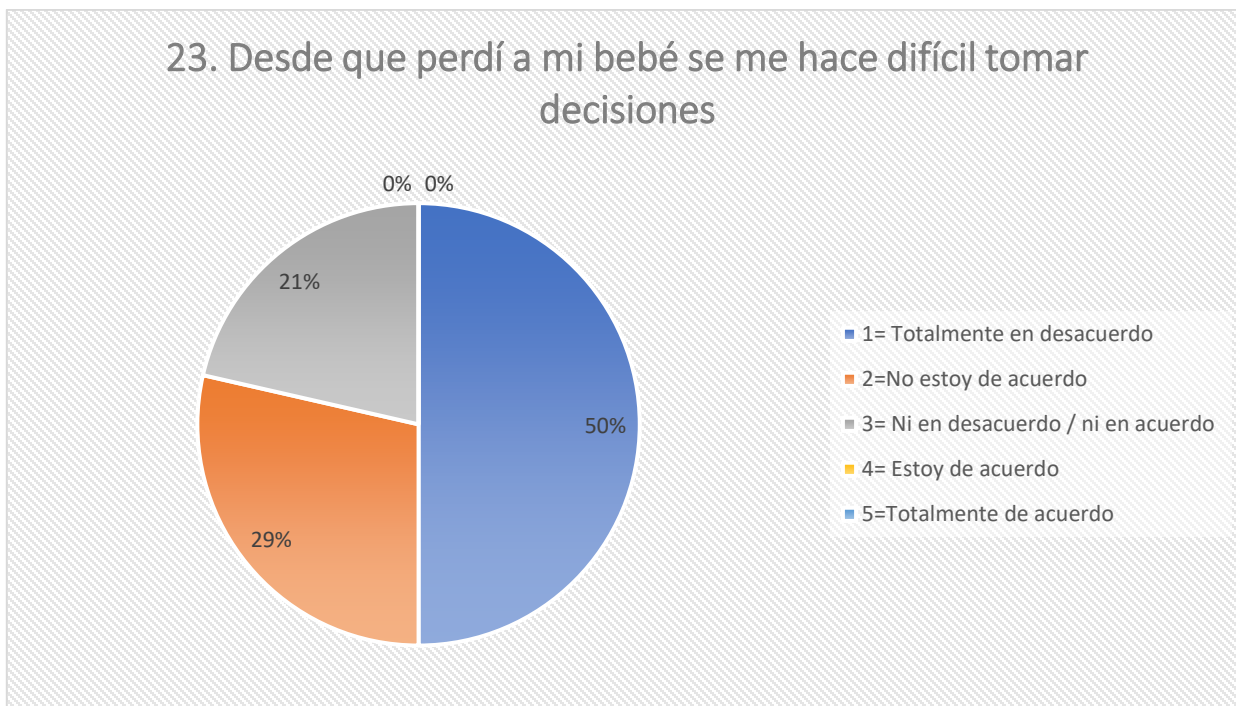
En esta gráfica se muestra el 64% de la población está totalmente en desacuerdo que se siente sola y apartada, aunque este con sus amigos, otro 26% esta no está de acuerdo con la afirmación. Solamente un 7% está de acuerdo que se siente sola y apartada, aunque esté con sus amigos.

Gráfica 22. El tiempo pasa muy lento desde que perdí a mi bebé.



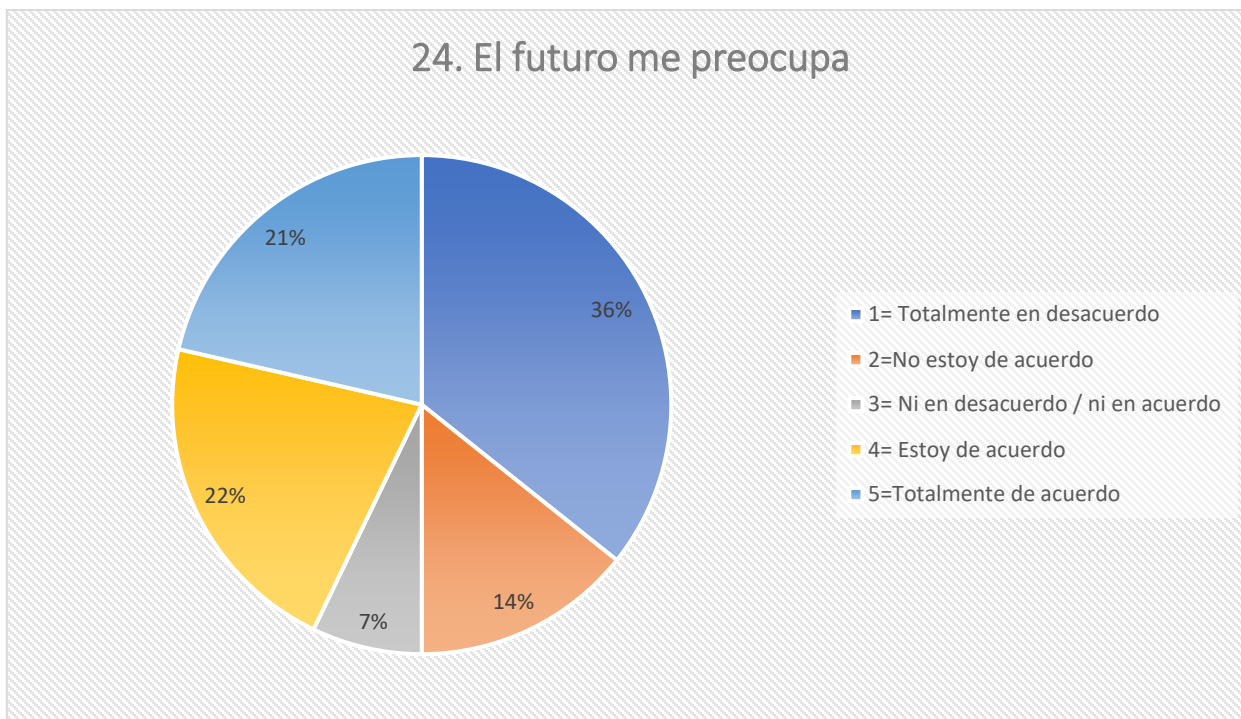
Esta gráfica se muestra que el 50% de la población está totalmente en desacuerdo que el tiempo pasa muy lento desde que perdieron a su bebé, por igual un 22% no está de acuerdo con la afirmación. En cambio, un 14% está totalmente de acuerdo que el tiempo pasa muy lento desde que perdieron a su bebé.

Gráfica 23. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.



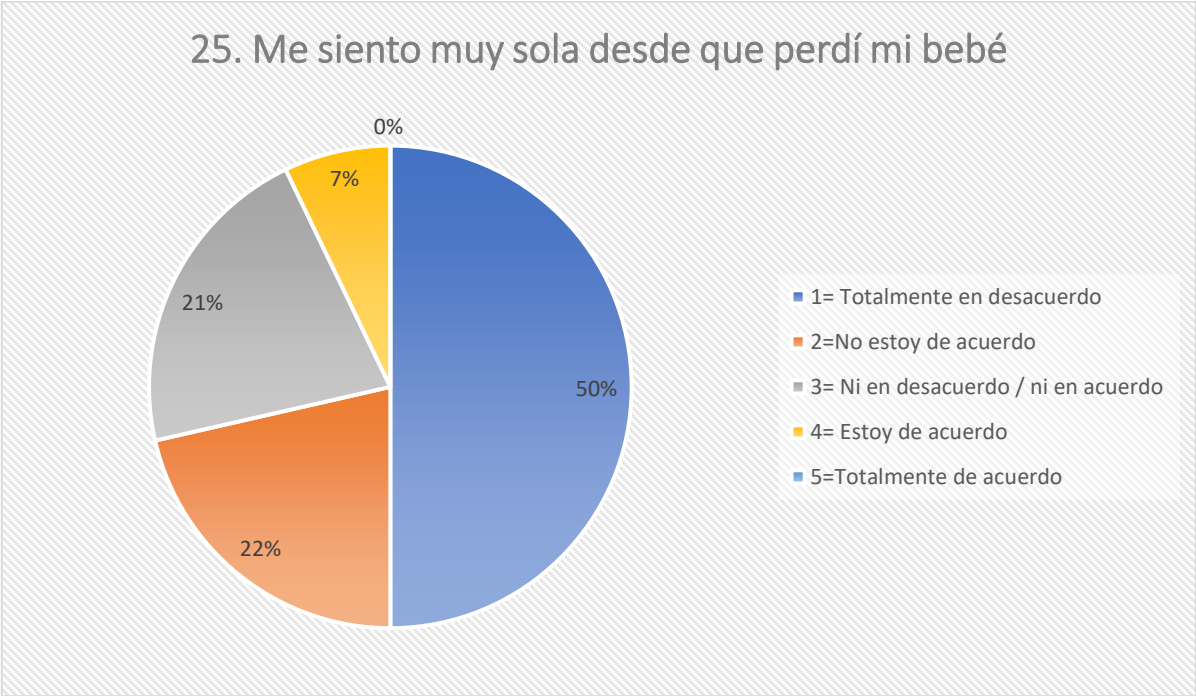
Esta gráfica se muestra que 50% de las mujeres están totalmente en desacuerdo que desde que perdieron a su bebé se les hace difícil tomar decisiones, otro 29% no está de acuerdo con la afirmación. Por último, un 21% no está en desacuerdo ni en acuerdo que desde que perdieron a su bebé se les hace difícil tomar decisiones.

Gráfica 24. El futuro me preocupa.



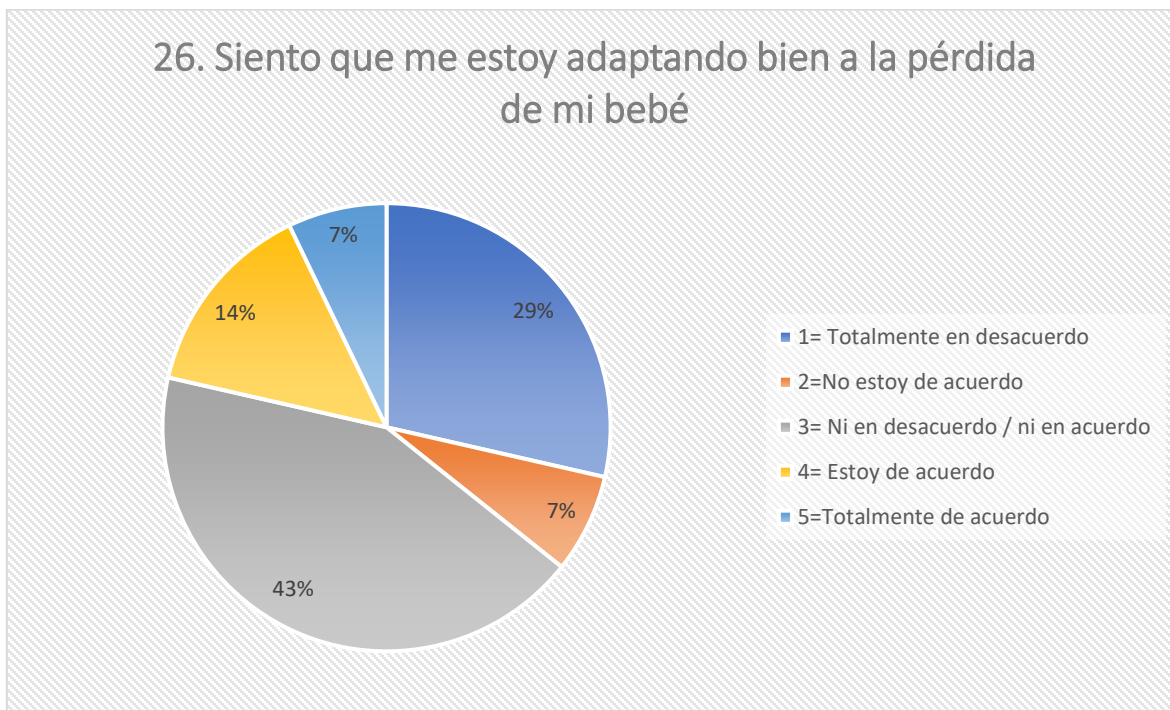
Esta gráfica se muestra que el 36% de la población está totalmente en desacuerdo que el futuro le preocupa. En cambio, un 22% está de acuerdo que el futuro le preocupa, al igual que un 21% está totalmente de acuerdo con la afirmación.

Gráfica 25. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.



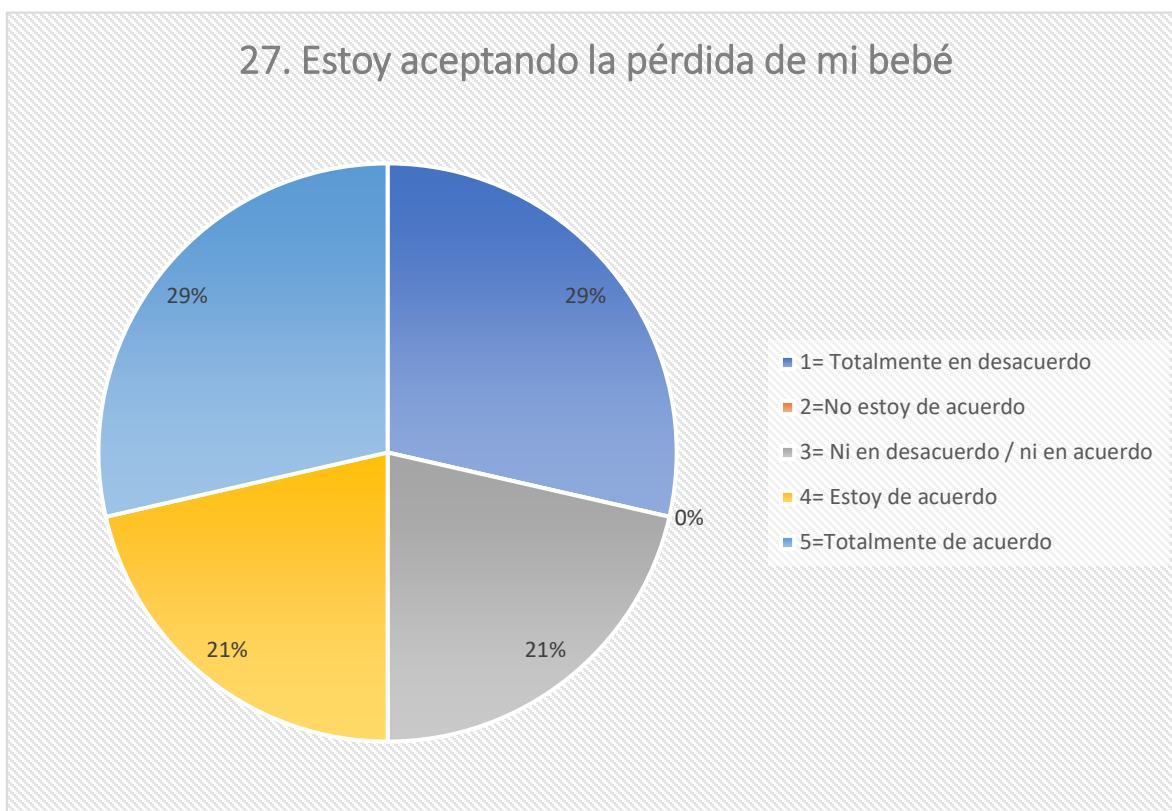
Esta gráfica se muestra que el 50% de la población está totalmente en desacuerdo que se sientan muy solas desde que perdieron a su bebe, también un 22% no está de acuerdo con la afirmación. Y un 21% no está en desacuerdo ni en acuerdo que se sientan muy solas desde que perdieron a su bebe.

Gráfica 26. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.



Esta gráfica se muestra que un 43% no está en desacuerdo ni en acuerdo que sientan que se están adaptando bien a la pérdida de su bebé. En cambio, un 29% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Y solamente un 14% de la población está de acuerdo que sientan que se están adaptando bien a la pérdida de su bebé.

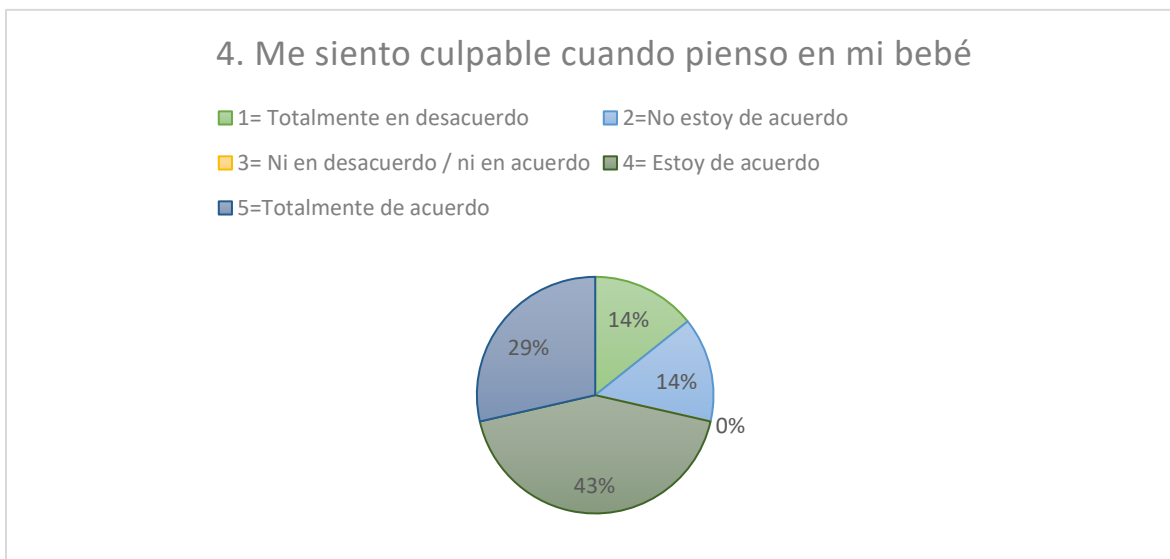
Gráfica 27. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé.



Esta gráfica se muestra que un 29% de la población está totalmente en desacuerdo que están aceptando la pérdida de su bebé. Y en cambio, otro 29% está totalmente de acuerdo con la afirmación. Un 21% no está en desacuerdo ni en acuerdo que están aceptando la pérdida de su bebé.

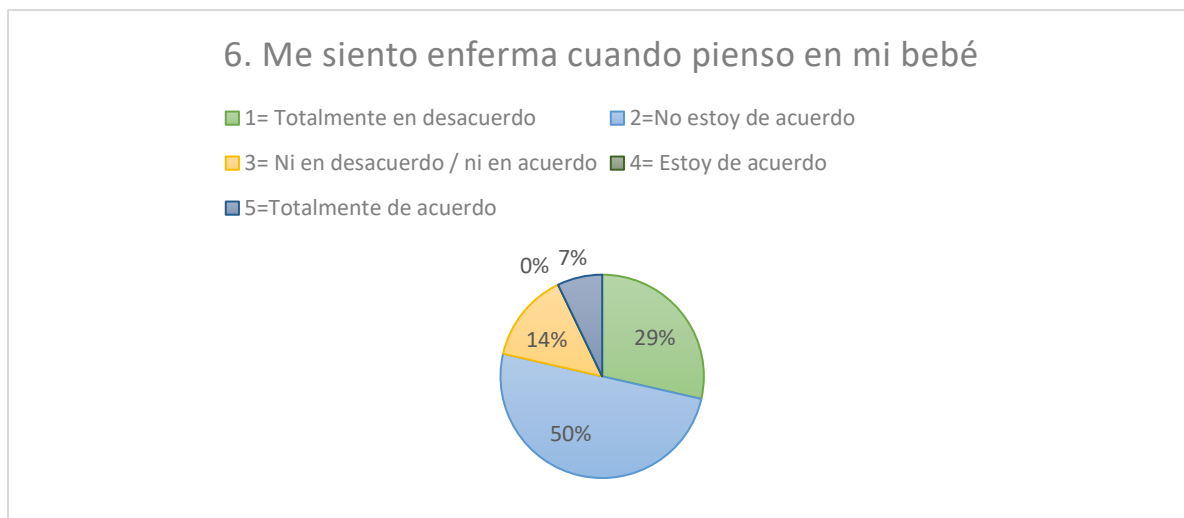
GRÁFICAS DE LA ESCALA DE CULPA.

Figura 28. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.



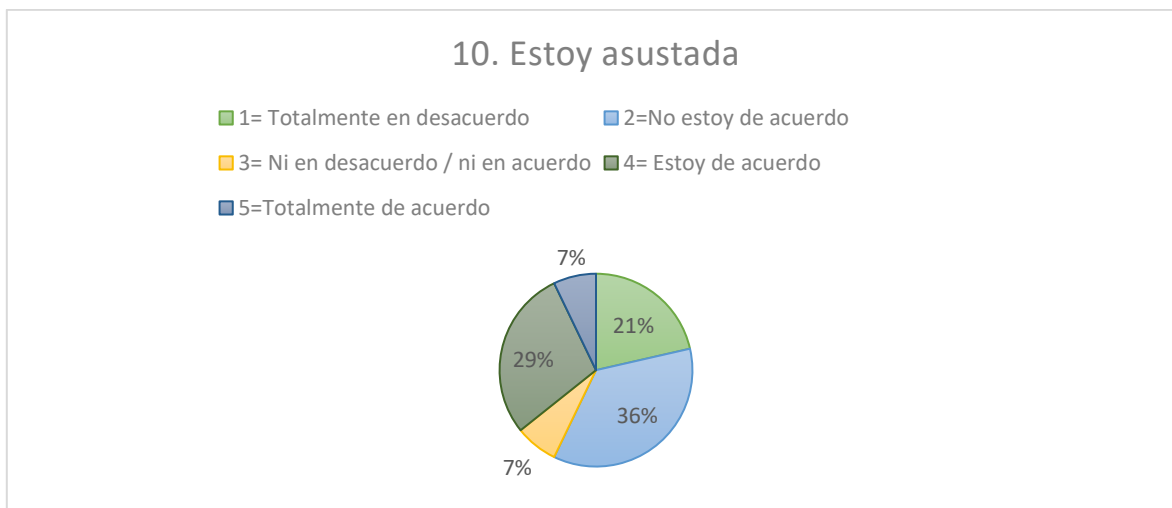
En esta gráfica se muestra que el 43% de la población estaba de acuerdo que se sentía culpable cuando piensa en su bebé, al igual el 29% se encuentra totalmente de acuerdo. Solamente un 14% se encuentra en totalmente en desacuerdo de sentirse culpable cuando

Figura 29. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.



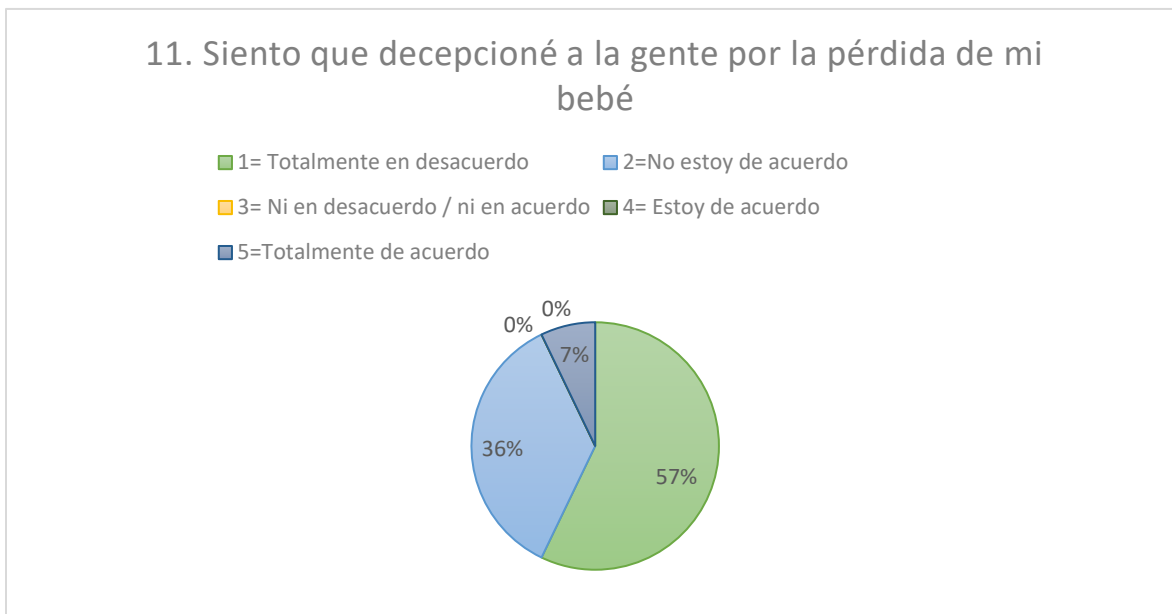
En esta gráfica se muestra que el 50% de la población no está de acuerdo de sentirse enferma cuando piensa en su bebé, al igual que un 26% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Por otro lado, un 24% no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Figura 30. Estoy asustada.



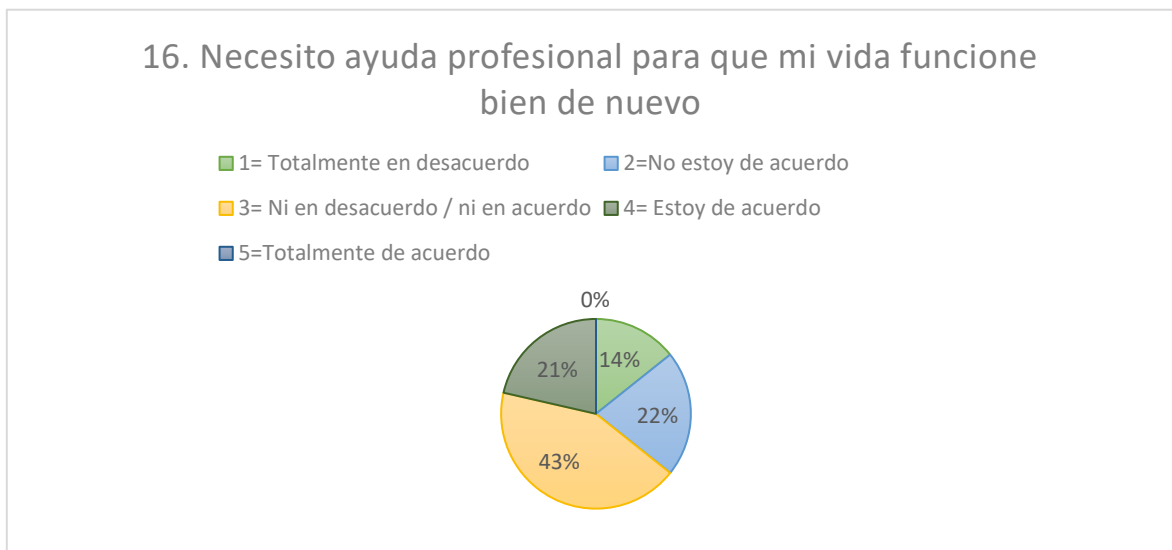
En esta gráfica se muestra que un 36% de la población no está de acuerdo que se sienta asustada, al igual que un 21% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Un 29% está de acuerdo que se siente asustada.

Figura 31. Me siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé.



En esta gráfica se muestra que un 57% de la población está totalmente en desacuerdo que sienten que decepcionaron a la gente por la pérdida de su bebé, al igual que un 36% no está de acuerdo con la afirmación. Por otro lado, un 7% está totalmente de acuerdo que sienten que decepcionaron a la gente por la pérdida de su bebé.

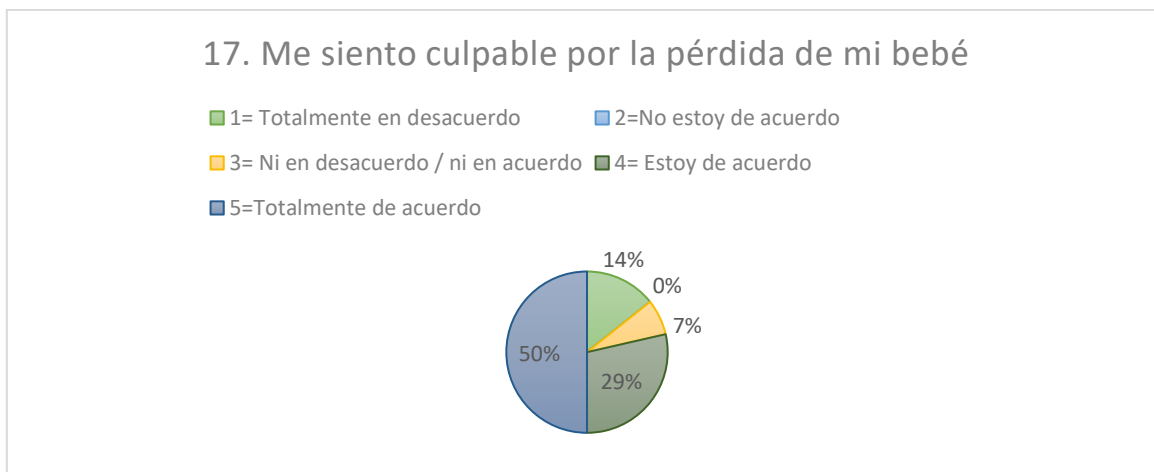
Figura 32. Necesito ayuda profesional para que mi vida funcione bien de nuevo.



En esta gráfica se muestra que un 43% de las mujeres no están de acuerdo ni en desacuerdo que necesitan ayuda profesional para que su vida funcione bien de nuevo.

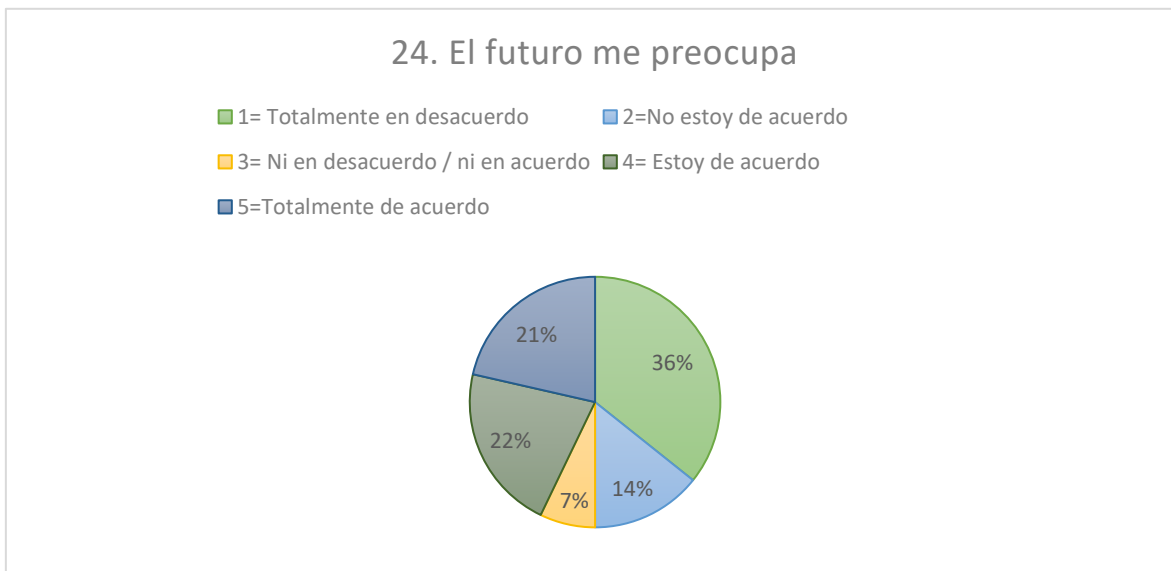
Por el contrario, un 22% no está de acuerdo y un 14% está totalmente en desacuerdo con la afirmación. Solamente un 22% están de acuerdo que necesita ayuda profesional para que su vida funcione bien de nuevo.

Figura 33. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé.



En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están totalmente de acuerdo que se sienten culpables por la pérdida de su bebé, asimismo un 29% está de acuerdo con la afirmación. Por el contrario, un 24% está totalmente en desacuerdo que se sientan culpables por la pérdida de su bebé.

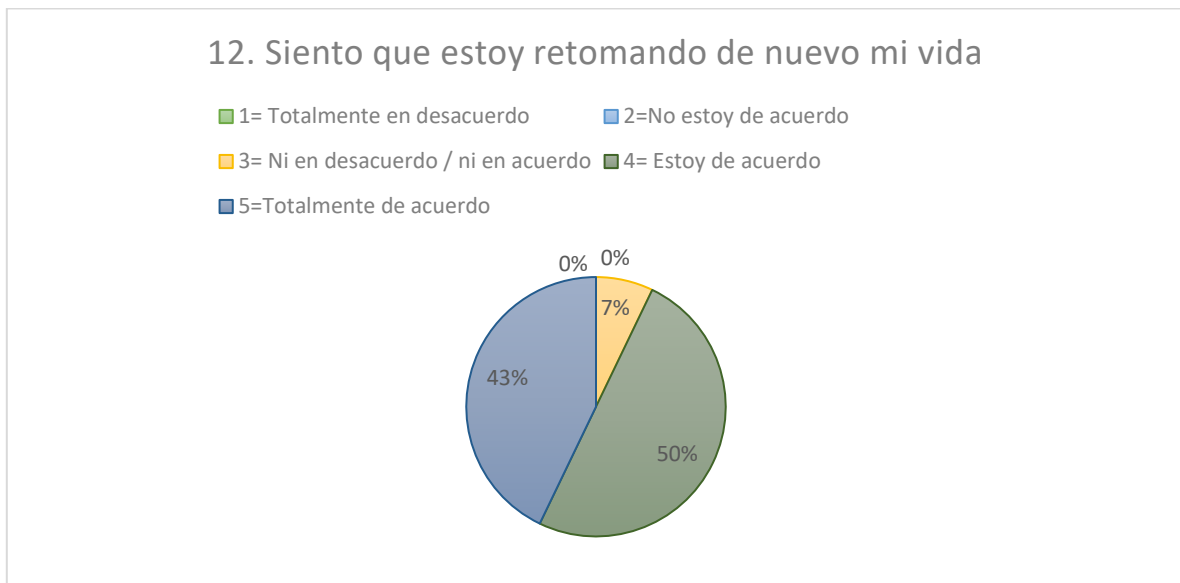
Figura 34. El futuro me preocupa.



Esta gráfica se muestra que el 36% de la población está totalmente en desacuerdo que el futuro le preocupa. En cambio, un 22% está de acuerdo que el futuro le preocupa, al igual que un 21% está totalmente de acuerdo con la afirmación.

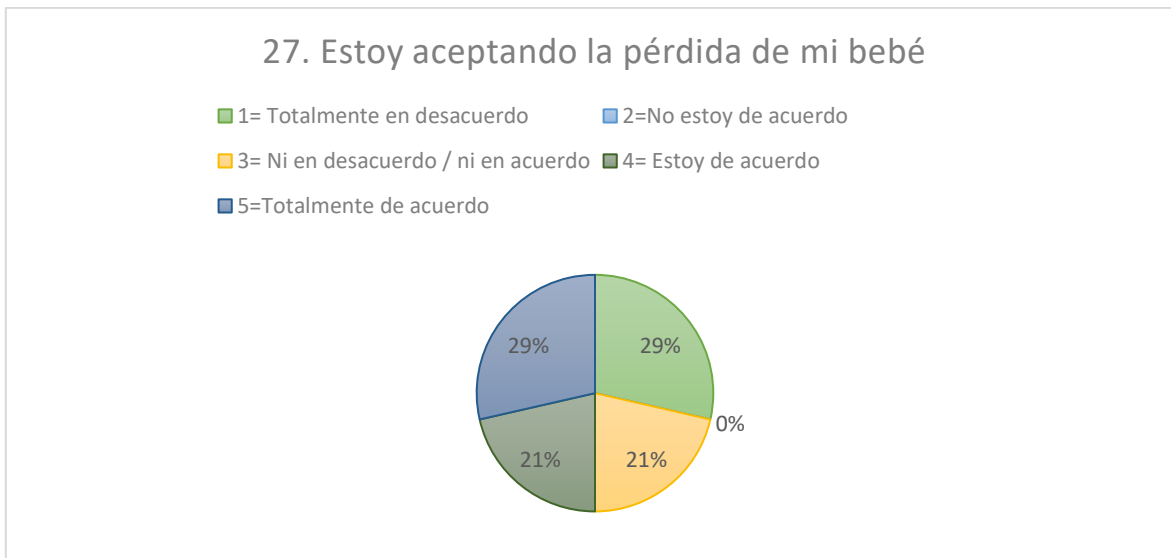
GRÁFICAS DE SUBESCALA DE ACEPTACIÓN

Figura 35. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida.



En esta gráfica se muestra que el 50% de las mujeres están de acuerdo que sienten que están retomando de nuevo su vida, al igual que un 43% están totalmente de acuerdo con la afirmación. En cambio, un 7% no están en desacuerdo ni en acuerdo.

Figura 36. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé.



Esta gráfica se muestra que un 29% de la población está totalmente en desacuerdo que están aceptando la pérdida de su bebé. Y en cambio, otro 29% está totalmente de acuerdo con la afirmación. Un 21% no está en desacuerdo ni en acuerdo que están aceptando la pérdida de su bebé.

4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos a mujeres de promedio de edad de 23 años de la ciudad de Minatitlán, el 72% de estas mujeres contestaron en el Ítem # 4 que se sienten culpables cuando piensan en su bebé, por esta razón en el Ítem #1 el 81% de la población se sienten deprimidas, esto se refleja en ítem #2 en el que el 57% de las mujeres se sienten vacías. Y se confirma en el ítem #20 donde el 93% de las mujeres lloran cuando piensan en su bebé. Aunque en el ítem #25 se contradicen ya que el 75% no se sienten muy solas desde que perdieron a su bebé.

Otro reactivo crucial es el # 17 donde el 79% de las mujeres se sienten culpables con la pérdida de su bebé, tomando en cuenta que el ítem #4 donde hay una diferencia de 7% donde piensan que son las culpables de la pérdida. Esto quiere decir que más del 50% se sienten y piensan que son culpables de lo sucedido con el bebé.

Cabe mencionar que el ítem #11 el 93% de las mujeres no sienten que decepcionaron a la gente por la pérdida de su bebé y se confirma en el ítem #14 donde el 87% de esta misma población no necesita justificarse ante algunos por la pérdida de su bebé.

Aunque hay una cierta discrepancia, cabe mencionar que existe un punto medio (ni de acuerdo ni en desacuerdo) donde más del 15% han seleccionado esa opción.

En el ítem #6 el 79% de las mujeres contestaron que no se sienten enfermas cuando piensan en sus bebés, aunque en el ítem #10 el 47% contestaron que se sienten asustadas.

Tomando en cuenta el ítem #24 donde el 50% de las mujeres contestaron que el futuro no les preocupa, se confirma en el ítem #23 que el 70% que desde que perdieron a su bebé no se les hace difícil tomar decisiones.

En el ítem #18 se demuestra que el 72% de las mujeres no se enojan cuando piensan en su bebé, el sentimiento de enojo no se hace presente en la población, confirmando que es el sentimiento de tristeza y vacío son los sentimientos que predominan, esto se demuestra en los ítems #1 y #2.

Respecto al ítem # 16 el 43%, casi la mitad de la población, dice desconocer si necesita ayuda profesional para que su funcione bien de nuevo.

Existen sentimientos de apatía, como se muestra en el ítem #8 ya que el 36% de las mujeres están de acuerdo que intentan reír, pero nada les parece gracioso, este ítem se relaciona con el reactivo #7 que el 86% de esta misma población se lamenta por la pérdida de su bebé. Hay una discrepancia del 50% en el ítem #13, el 64% dice extrañar a su bebé, aunque hay que señalar que en este reactivo existe un 29% que dice desconocer si extraña a su bebé.

Tomando en cuenta la subescala de aceptación, en el reactivo #12 el 93% de las mujeres dicen que están retomando de nuevo su vida, aunque en los reactivos anteriores se contradigan por los sentimientos de tristeza y culpa que presentan.

En el reactivo # 26, es importante observar que el 43% no saben si se están adaptando bien a la pérdida de su bebé. Solo un 21% dice que sí se están adaptando bien a la pérdida de su bebé. Existen una discrepancia del 50% con el reactivo #12.

Cabe destacar que el 40% de las mujeres, en el reactivo #27 dicen que han aceptado la pérdida de su bebé, aunque de acuerdo a las respuestas de los anteriores ítems hay una incongruencia.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

El nacimiento de un hijo es un momento que llena de esperanza y de amor a todo el núcleo familiar, todo el embarazo los padres muestran un sentimiento de ilusión proyectados hacia el futuro, pero ninguno de los padres se imagina que tendrá un final infeliz.

Una pérdida perinatal es la muerte del feto en la que se inicia a las 22 semanas de gestación y concluye siete días después del nacimiento. Hasta hace poco se creía que la muerte de un hijo antes o después del nacimiento, representaba una pérdida que emocionalmente era menos fuerte que el ocasionado por el deceso de un adulto.

El duelo es una respuesta psicológica normal (pensamiento y sentimiento) que ocurre por la pérdida de una persona amada y conlleva síntomas somáticos, psicológicos y de comportamiento.

El duelo perinatal es aquel proceso psicológico que se produce tras la pérdida del feto o neonato, que produce cambios conductuales y de pensamiento como dificultad de concentración, rabia, culpabilidad, negativa a aceptar la realidad, confusión temporal, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños repetitivos con el bebé perdido.

El silencio y el secretismo que rodean a la pérdida perinatal tienen que ver, entre otras cosas, con la intimidad. Regularmente en la pérdida perinatal colocan a la madre como la más afectada, pero todos los miembros de la familia merecen igual consideración.

El padre se pregunta por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro. Su reacción viene dictada por las responsabilidades que debe asumir, se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es

quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar el entierro del bebé. En el varón es común un sentimiento de solidaridad por la pena de su esposa.

Las hipótesis de esta tesis son las siguientes:

1. La culpa es la subescala más alta de acuerdo con la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

2. La aceptación es la subescala más baja de acuerdo con la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

De acuerdo a la Escala de Duelo Perinatal construida por Potvin, Lasker y Toedter en el año 1989 fue aplicada a mujeres de Minatitlán de edad promedio de 23 años, la hipótesis sí se cumplió.

Los resultados arrojaron que la subescala de la culpa tiene un porcentaje de 85% siendo más alta que la subescala de aceptación, tomando en cuenta que los reactivos pertenecientes a la subescala de aceptación tuvo un porcentaje de 55% positivamente, cabe mencionar que aun así el sentimiento de culpa se hacía presente en las mujeres.

Haciendo un exhaustivo análisis de los reactivos se puede decir que los resultados son claros debido a que el 72% piensa y sienten la culpa de la pérdida de su bebé, es porque no han superado su duelo. Cabe resaltar, que el 43% de las mujeres no sabe si necesita ayuda profesional para que su vida funcione bien de nuevo. Se llega a la terminación, que las mujeres no están conscientes de los que les está pasando, ni en el proceso de duelo que se encuentran.

Hay que tener presente que el proceso de duelo existe una culpa irracional la que se acompaña de ideas como: ¿se pudo haber hecho para evitarlo? y hasta enfado hacia

el propio cuerpo, por no haber cumplido su tarea con el embarazo (Pastor, 2018). Con respecto de los resultados obtenidos en esta investigación las participantes se sienten culpables por no haber logrado esa meta personal, ya que, de acuerdo con los resultados de la escala, el 89% de las mujeres no se sienten culpables por fallarle a otros, ¿es posible que se sientan culpables ellas mismas?

Retomando que las tres subescalas de depresión, culpa y duelo activo se relacionan ya que estas principales subescalas, forman parte de un proceso de duelo. Hay que subrayar que e la escala más alta es la subescala de culpa que tiene un 75% junto con la de duelo activo 70%, esto quiere que muchas mujeres pueden llorar y pensar en su bebé, y tienen sentimientos de culpa.

La hipótesis de esta tesis se relaciona con los objetivos generales, estos son los siguientes:

Determinar si la culpa es la subescala más alta de acuerdo a la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

Determinar si la aceptación es la subescala más baja de acuerdo a la escala del duelo perinatal en mujeres de Minatitlán.

Los objetivos generales se cumplieron con base a las respuestas de las mujeres de Minatitlán de la Escala del Duelo Perinatal. Se debe de tomar en cuenta que existe una incongruencia ya que la subescala de aceptación presenta resultados altos, o sea, que las mujeres están aceptando la pérdida de su bebé y están siguiendo con su vida, pero ciertos resultados no demuestran esto que ellas afirman, ya que el más del 50% las mujeres presentan un duelo activo y un vacío, esto forma parte de una segunda fase del duelo

perinatal, es donde se contradice los resultados de aceptación, ya que están expresando síntomas depresivos y culpabilidad.

Investigadores sobre duelo Perinatal, como la autora Norman Grau, psicóloga española, creadora de una asociación para dar respuesta a la necesidad de los padres de bebés fallecidos de tener imágenes de sus hijos e hijas, comenta que la mayoría de las mujeres en el proceso de duelo manifiesta culpa, ya que tienen todas las expectativas en ese nuevo ser que viene en camino, sobre todo si no tienen la oportunidad de despedirse de sus hijos fallecidos. Lo importante para la psicóloga Grau, es tener recuerdos físicos (ecografía, cabello, brazaletes) del bebé fallecido, para que la madre pueda ir despidiendo a su hijo y vaya disipando la culpa que la asecha.

Por otro lado, Kennell Style, señala que la culpa en el proceso de duelo tiene como elementos distintivos el apetito escaso, la dificultad para dormir, la irritabilidad, la preocupación del hijo perdido y la incapacidad para volver a la actividad normal.

Al igual la psicóloga Diana Sánchez, autora del libro de Duelo Perinatal en Hospitales Españoles, señala de la importancia del acompañamiento de los demás involucrados en la pérdida perinatal como el médico y enfermeras, ya que igualmente ellos forman parte de que la madre supere más rápido el proceso de duelo. Por ejemplo, que los médicos sepan guiar a la madre en el proceso del parto, que digan que ella hizo las cosas bien para que no se sienta frustrada por no traer un hijo al mundo; esto se recomienda porque los protocolos sanitarios no son los adecuados para hacer sentir a la madre acompañada en este proceso y evitar sentimientos de culpa.

Otros autores como Oviedo Soto autor del libro Duelo Materno por Pérdida Perinatal menciona que el sentimiento de culpa no se hace presente en todas las pérdidas perinatales, que la mayoría de las mujeres que presentan el sentimiento de culpabilidad son aquellas que se han provocado un aborto espontaneo.

El éxito del proceso de duelo en la pérdida perinatal está comprometido con el compromiso y el espíritu de humanidad que tenga el personal sanitario.

A continuación, se hacen recomendaciones dirigidas a médicos, enfermeras y trabajadores sociales que son parte de una unidad hospitalaria:

1. Tomar en cuenta las decisiones de los padres, sobre todo que se respete y que se han informados correctamente sobre la situación.
2. Que les brinden un espacio para poder despedirse de su hijo, que las reglas hospitalarias sean flexibles en estos casos, para tomar ver y tocar al bebé y si en dado caso tomar alguna fotografía.
3. Promover la asistencia a un grupo de apoyo ya que es más fácil abordar el duelo materno al compartir la vivencias experimentada con otros padres que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo.
4. Evitar frases como: “tienes que olvidarlo”, “ya tendrás otro hijo”, “mejor ahora que más tarde”, “está joven aún”.
5. Tener una escucha activa hacia los sentimientos de la madre y del resto de la familia, ya que las familias se sienten reconfortadas con el equipo sanitario que reconoce las pérdidas.
6. Manipulación respetuosa del bebé, ya que para los padres es su hijo, y en dado caso poner un nombre y llamar por su nombre al bebé.

7. Proporcionar educación sanitaria que orientará a la familia para el alta, tales como la supresión de la lactancia y los trámites que tienen que realizar.

El duelo perinatal es un proceso que se tiene olvidado completamente en el sector salud tanto público como privado en México, es preocupante cómo las mujeres que pierden a sus hijos no tienen un seguimiento de su salud mental y mucho más preocupante que no existan ningún protocolo para estos casos; en la búsqueda bibliográfica que se realizó, no se encontró ningún protocolo donde la madre y el resto de la familia se sienta acompañada en estos momentos difíciles. Dentro del marco teórico se encuentra una propuesta de protocolo para la sociedad mexicana de acuerdo con las necesidades y dirigido al personal hospitalario (ver el protocolo en el anexo 1).

En un futuro se busca que el gobierno se preocupe por la salud mental de las madres dolientes por la pérdida de un hijo en el periodo perinatal y se tenga un protocolo sanitario para todo el país. Es necesario impulsar leyes donde se respete el duelo de los padres y que se busque el bienestar de la familia.

REFERENCIAS

- Alonso, L., Ramos, M. Barreto, P. y Pérez, M. (2019). Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. *Calidad de vida y salud*, 12(1), 65-75.
[file:///C:/Users/renic/Downloads/176-%23%23default.genres.article%23%23-381-1-10-20190724%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/renic/Downloads/176-%23%23default.genres.article%23%23-381-1-10-20190724%20(1).pdf)
- Barreto P., de la Torre O y Pérez-Marín M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psico-oncología*. 1(9), 355.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40902/39159>
- Bowlby, J. (1989). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Paidós Ibérica.
- Buckay, J. (2008). *El camino de las lágrimas*. Océano.
- Burgos, G. (22 de diciembre de 2018). *El duelo: sus etapas y tareas*. Salud y Terapia.
<https://www.saludterapia.com/articulos/a/2870-duelo-etapas-y-tareas.html>
- Diaz, E. (2012). *El Duelo Y Su Proceso De Superarlo*. [Tesis de diplomado de Asociación Mexicana de Tanatológica]. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia.
- Eisenberg, F. (1996). *Que esperar cuando se está esperando*. Norma.
- García, F. (1990). *Métodos de investigación educativa*. La Muralla.
- Gillespie, C. (1993). *Tu embarazo paso a paso*. Espasa práctico.

- Gómez, B. (2005). Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familiares tras una pérdida perinatal. *Evidentia* 2(4). 5-91. <http://www.index-f.com/evidentia/n4/r91articulo.php>
- González, S. Suarez, I. Polanco, F. Ledo, M. y Rodríguez, E. (2003). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de atención primaria* 19(2). 113-117. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol_19_n2_2.pdf
- López, C. (2018). Humanizar la atención en el duelo perinatal. *Colegio México* 23(4). 2-20. <http://revista.colegiomedico.cl/humanizar-la-atencion-en-el-duelo-perinatal/>
- Marcus, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 100-111. <https://www.redalyc.org/pdf/269/26940705.pdf>
- Mata, S (21 de mayo 20019). *El enfoque cuantitativo de investigación*. Investigalia. <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-cuantitativo-de-investigacion/>
- Meza, E. García, S. Torres, A. Castillo, L. Sauri, S. y Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 13(1). 28-31. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

- Mota, C., Calleja, N. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Latinoam.psicol*, 43,(3), 419-428.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80522599002.pdf>
- Mota, G.C. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 81-87. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=20074>
- Muñoz, H. (4 de febrero de 2016). *Factores de riesgo: Prenatales, Posnatales y neonatales*. Necesidades Psicoeducativas en Sujetos Especiales.
<https://psicedesp.wixsite.com/travel-blog-es/single-post/2013/12/02/HANOI-PARTE-1>
- Neimeyer R. (2012). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
https://www.academia.edu/32733080/Aprender_de_la_perdida_Una_guia_para_afrontar_el_duelo_Robert_Neimeyer
- O' Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. Trillas.
- Pastor, M. Vacas, J. Rodríguez, M. y Macias, B. (2007). Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Umamanita*, 3(1), 1-8.
<https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/2007-Pastor-Montero-Experiencias-y-vivencias-de-los-padres-y-profesionales-ante-la-perdida-perinatal.pdf>
- Pastor, P. (15 de diciembre de 2010). *Teorías sobre el proceso de duelo*. Fundación MLC.
<https://www.fundacionmlc.org/teorias-sobre-duelo/#>

- Rodríguez, L. (2010). *Manual de estimulación dirigido a gestantes*. Uzuay.
<https://www.uzuay.edu.ec/bibliotecas/estimulacion/manualestimulacion.pdf>
- Santos, P., Yáñez, A. y Al-adib, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud.
https://www.elparto nuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- Silvestre, C. (26 de abril de 2012). *El padre también está en duelo*. Apuntes de Psicología.
<https://cristinasilvente.wordpress.com/2012/04/26/el-padre-tambien-esta-en-duelo/>
- Triana, I. (17 de febrero de 2012). *Factores de riesgo prenatales*. Bebés y más.
<https://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-prenatales>
- Verny, T. (1988). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Urano.
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
<https://www.planetadelibros.com/libro-el-tratamiento-del-duelo/51002>
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos.
Avances En Psicología, 21(2), 129-153.
<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/2/Laura%20-Yoffe.pdf>

ANEXO 1. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN MUERTE PERINATAL.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN MUERTE PERINATAL			
A LA POBLACIÓN MEXICANA.			
AUTORA: CABRERA MARCIAL RENATA PATRICIA			
Criterios a evaluar	SÍ	NO	Observaciones
1. Atención del personal			
El medico dio la noticia con asesoramiento de un psicólogo con conocimientos tanatológicos.			
Al momento de recibir la noticia se encontraba la madre y esta se encontraba acompañada por el padre o algún otro familiar.			
Fueron resueltas todas las dudas de los padres sobre la muerte de su hijo/hija.			
Las decisiones sobre el cuerpo de su hij@ fueron respetadas por el personal sanitario.			
2. Parto y estancia en el centro hospitalario			
Fue permitido tener el cuerpo de su hijo en los brazos de sus padres.			
La madre se trasladada a otra sala, donde no se encuentren otras madres con sus hijos.			

Se le informa a la madre de los medicamentos para la interrupción de la lactancia, si es que la hay lactogénesis.			
Fue permitido que los padres, si es que así lo desean, obtener algún recuerdo como alguna fotografía o la pulsera de identificación.			
3. Grupos de apoyo en los centros hospitalarios			
Se agendó cita para la madre y padre con algún psicoterapeuta para llevar su proceso de duelo.			
Recibió psicoeducación sobre la importancia de la importancia de vivir su duelo y las consecuencias que pudiera tener si no lo llega a vivir y superar su pérdida.			

Observaciones generales:

Nota: *Este formato debe ser llenado por el encargado del departamento de psicología, quien es el responsable de que todo el personal sanitario vinculado cumpla su función y que se cumplan los derechos de los padres dolientes.*

Nombre del psicólogo (a): _____

Firma: _____

Fecha: _____