

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

**“MODELO DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HACIA EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CUIDA A LA MUJER EN
SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERINATAL”**

POR:

VICTORIA IDALI VALENZUELA ARELLANES

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CHIHUAHUA, CHIH., JUNIO DEL 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

**“MODELO DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HACIA EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CUIDA A LA MUJER EN
SITUACIÓN DE PÉRDIDA PERINATAL”**

POR:

VICTORIA IDALI VALENZUELA ARELLANES

Director:

DR. VICENTE JIMÉNEZ VÁZQUEZ

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CHIHUAHUA, CHIH., JUNIO DEL 2022



Modelo de capacitación y sensibilización hacia el personal de enfermería que cuida a la mujer en situación de pérdida perinatal, Tesis presentada por Victoria Idali Valenzuela Arellanes como requisito parcial, para obtener el grado de Maestría en Enfermería, ha sido aprobada y aceptada por:

Dr. Vicente Jiménez Vázquez

Director

Dra. Claudia Orozco Gómez

Co-asesor

Dra. Marily Daniela Amaro Hinojosa

Asesor

Dra. Rosa Isela Arias Pacheco

Revisor

Dra. Luz Verónica Berumen Burciaga

Secretaría de Investigación y Posgrado

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Chihuahua y Facultad de Enfermería y Nutriología, por esta gran oportunidad de ser parte del programa de Maestría en Enfermería. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su financiamiento para la realización de este proyecto.

A cada uno de mis profesores que me han dejado una enseñanza más allá de la teoría, sin sus conocimientos y experiencia esto no hubiera sido posible. A mi tutor el Dr. Vicente Jiménez Vázquez por confiar en mí, por su gran paciencia a lo largo de estos dos años, su orientación y compromiso con mi formación y con este proyecto. Y a cada uno de mis compañeros con los cuales decidimos emprender este viaje juntos.

A mis padres por su amor y apoyo infinitos por confiar en mí y apoyarme en el camino para lograr mis sueños, por desear lo mejor para mi vida, por cada consejo por cada palabra de aliento en los momentos más difíciles. Por su gran esfuerzo, trabajo y dedicación a lo largo de su vida pues gracias a eso estoy hoy aquí. A mis hermanos por ser mi ejemplo y guía de vida, por ser mis mejores amigos, por cuidarme y apoyarme en cada paso.

Dedicatoria

A mis padres Ana María y Daniel

Este logro es por y para ustedes. Porque con su ejemplo me han enseñado a no rendirme nunca, a trabajar para lograr lo que quiero sin importar lo difícil que sea. Porque nunca me han soltado de la mano, siempre han sido mi impulso, mi apoyo y mi fuerza, porque gracias a ustedes lo he conseguido todo. A ustedes por ser mis maestros de vida.

Resumen

Introducción: Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, al mismo tiempo estimula el conocimiento y el desarrollo de la enfermería. El presente modelo de cuidado está dirigido a la mujer en situación de pérdida perinatal. Objetivo: Favorecer el proceso de duelo saludable en la mujer en situación de pérdida perinatal, mediante el cuidado otorgado por el profesional de enfermería. Metodología: Para la construcción de este modelo de cuidado se llevaron a cabo tres fases. El primer estudio se realizó a través de dos estudios de campo, el primer estudio tuvo como objetivo la identificación y descripción del modelo prevalente de cuidado de enfermería. El segundo estudio de la primera fase de la construcción del modelo se realizó desde el enfoque cualitativo inductivo. La segunda fase consistió en la construcción del estado del arte. La tercera fase, se procedió a la creación del modelo de cuidado, esto con base en lo encontrado en el acercamiento a la realidad y el estado del arte. Conclusiones: El cuidado para la mujer en situación de pérdida perinatal a pesar de haber sido ya abordado anteriormente de diferentes maneras no deja de ser un área de oportunidad para enfermería, pues actualmente representa un área descuidada. El presente modelo pretende lograr un cambio en el profesional de enfermería, donde este sea capaz de empatizar y establecer una relación de ayuda y confianza con la mujer desde el primer momento después de la pérdida perinatal, a través de la sensibilización, y así contribuir a que la mujer viva su duelo de una manera saludable.

Palabras clave: Pérdida perinatal, cuidado, mujer, duelo saludable.

Abstract

Introduction: A care model refers us to the construction of a knowledge that favors a differentiated and specific care, at the same time it stimulates the knowledge and development of nursing. This care model is aimed at women in a situation of perinatal loss. Objective: To favor the healthy grieving process in women in a situation of perinatal loss, through the care provided by the nursing professional. Methodology: For the construction of this care model, three phases were carried out. The first study was carried out through two field studies, the first study aimed at identifying and describing the prevailing model of nursing care. The second study of the first phase of the construction of the model was carried out from the qualitative inductive approach. The second phase consisted of the construction of the state of the art. On the third phase, the care model was created, based on what was found in the approach to reality and the state of the art. Conclusions: Care for women in a situation of perinatal loss, despite having been addressed previously in different ways, is still an area of opportunity for nursing, since it currently represents a neglected area. This model aims to achieve a change in the nursing professional, where he or she is able to empathize and establish a relationship of help and trust with the woman from the first moment after the perinatal loss, through awareness, and thus contribute to that the woman lives her mourning in a healthy way.

Keywords: Perinatal loss, care, women, healthy grief.



ÍNDICE

Agradecimientos	I
Dedicatoria	II
Resumen	III
Abstract	IV
1.- Introducción	1
2.- Metodología	3
3.- Acercamiento a la realidad	8
4.- Modelo de cuidado	44
4.1.- Soporte teórico referencial	44
4.2.- Justificación	51
4.3.- Objetivos	53
4.4.- Esquema del modelo de cuidado	54
4.5.- Descripción del esquema del modelo	55
4.6.- Conceptualización de los elementos del modelo	56
4.7.- Estrategias de implementación del modelo	58
5.- Evaluación integral del modelo	63
6.- Consideraciones éticas	65
7.- Consideraciones finales	68
Referencias	70
Anexos	77

1. INTRODUCCIÓN

Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, al mismo tiempo estimula el conocimiento y el desarrollo de la enfermería. De esa manera, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos que califican y perfeccionan la praxis de la enfermería (Rocha & Do Prado, 2008).

Este modelo de cuidado tiene un enfoque específico en la pérdida perinatal, cuando una mujer que espera un bebé y atraviesa la trágica situación de vivir una pérdida perinatal, comienza en ella un difícil proceso de duelo, el cual se ve acompañado por dolor, sentimientos de culpa, inadecuación o tristeza, que pueden ser expresados de diversas maneras (Chipana, 2015). Ante esa situación, en los primeros momentos el profesional de enfermería puede ser el primer refugio de la mujer para llevar un proceso de duelo saludable, pero cuando el profesional no cuenta con la preparación suficiente para abordar esta situación, se convierte en una experiencia de difícil manejo.

Por lo anterior, surge la necesidad de construir un modelo de cuidado sobre este fenómeno de índole nacional e internacional. Esta realidad a la que hace frente la mujer en situacional de pérdida perinatal representa un área de oportunidad que requiere la intervención de enfermería, tanto para el desarrollo de la disciplina, como para favorecer el proceso por el cual pasan muchas mujeres.

Es relevante mencionar que un elemento importante de este modelo es la sensibilización del profesional ante la situación de pérdida perinatal, con el fin de lograr una comunicación efectiva entre el profesional y la mujer, pues esto favorece



la manera en la que se relacionan. El personal de enfermería vuelve cada una de las áreas donde se encuentre la mujer en situación de pérdida perinatal en un espacio seguro donde la mujer se siente cómoda de expresarse libremente, y en donde cuenta con el apoyo del profesional, el cual tendrá la habilidad para favorecer un inicio de duelo saludable.

Se utilizarán distintas estrategias, las cuales están enfocadas en la sensibilización, empatía, comunicación efectiva y acompañamiento. Estas estrategias se podrán realizar con el profesional para otorgar cuidado en cualquiera de los contextos en donde tenga contacto con la mujer en situación de pérdida perinatal.

Fuhrer (2020) después de una pérdida perinatal los primeros momentos que vive la mujer son cruciales, y pueden dictaminar como vivirá el proceso de duelo, dado a que la mayoría de las políticas hospitalarias, el primer contacto y compañía con la que cuentan estas mujeres es el profesional de enfermería, es imprescindible que este cuente con los elementos necesarios para hacer frente ante esta situación complicada.

2. METODOLOGÍA

Para la construcción de este modelo de cuidado se llevaron a cabo tres fases. La primera se realizó a través de dos estudios de campo, el primer estudio tuvo como objetivo la identificar y describir el modelo prevalente relacionado al cuidado a la mujer en situación de pérdida perinatal, en un hospital de Gineco-Obstetricia de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua. El estudio se abordó desde el enfoque deductivo, utilizó como modelo referente el modelo de adaptación de Roy (2008).

Para la recolección de datos de esta fase, se empleó la observación participante, en esta técnica cualitativa el observador se acerca al objeto de estudio, ya sea un individuo o una comunidad, toma un rol o actividad y registra los datos que serán útiles para la investigación. Las observaciones facultan al observador a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una "fotografía escrita" de la situación en estudio (Erlandson, Harris, Skipper & Allen 1993).

También se utilizó el diario de campo, en el cual se realizó un registro detallado de la información más relevante de lo observado. El diario de campo es uno de los instrumentos que día a día permite sistematizar las prácticas investigativas, permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Además de enriquecer la relación teoría-práctica (Martínez, 2007).

El segundo estudio de la primera fase se realizó desde el enfoque inductivo, para la cual, se utilizó un muestreo intencionado y a conveniencia de mujeres que experimentaron alguna situación de pérdida perinatal. A las participantes reclutadas, se les realizó individualmente una entrevista en profundidad, las cuales

son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, éstas van dirigidas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen las mujeres que habían experimentado la pérdida perinatal respecto a su vida, experiencias al vivir una pérdida perinatal o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación, implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor & Bogdan, 2008).

En total se realizaron tres entrevistas, la cuales fueron llevadas a cabo en el domicilio de las participantes, inicialmente se estableció contacto previo con cada una de ellas para explicar generalidades del proyecto, la participación y aspectos de la parte ética del estudio, una vez que accedían se procedió a programar la fecha de la entrevista.

El día de la entrevista, se comenzó con un saludo, una breve presentación del entrevistador y la descripción breve del proyecto, una vez que se establecía la conversación, se procedía a realizar la pregunta detonadora que fue: ¿Me podría contar como fue su experiencia? (haciendo referencia a la muerte de su bebé y el cuidado recibido).

Debido a que es de gran importancia contar con la perspectiva de cuidado que se brinda a la mujer en situación de pérdida perinatal, se realizó una entrevista a un profesional de enfermería que labora en el área de tococirugía, en un hospital de segundo nivel. Debido a las medidas de la contingencia por el COVID-19, la entrevista se realizó por medio de video llamada, la cual igualmente comenzó con una presentación personal por parte del entrevistador, generalidades del proyecto y

aspectos éticos con previa autorización verbal para la participación en el proyecto, una vez establecida la conversación, se procedió a realizar la pregunta detonadora, la cual fue: ¿Qué significado tiene para usted la pérdida perinatal?

Finalizadas las entrevistas los datos fueron transcritos en un procesador de textos (Microsoft Word) para después imprimirlos y empezar la codificación de información haciendo una lectura línea por línea y repetida de los datos. Para el análisis de los datos se les otorgaron los siguientes códigos a las participantes, y a las acciones realizadas:

Tabla 1. Códigos otorgados a los participantes

Código	Significado
OP	Observación participante
O	Observación
PC	Persona de cuidado
E(n)	Enfermera
EE	Enfermera Entrevistada
M(n)	Mujer entrevistada
(n)	Número

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de la investigación cualitativa, como la conceptualización y la creación de memos analíticos. De acuerdo con Strauss (2002), menciona que hacer conceptualizaciones, representa el proceso de agrupar puntos similares de acuerdo con algunas propiedades definidas, y darles un nombre que representen el vínculo común. Al conceptualizar, se reducen grandes cantidades de datos en partes más pequeñas y manejables.

Una vez que se tienen algunas categorías, se especifica sus propiedades y también se muestra como los conocimientos varían según las dimensiones de cada una de esas propiedades, y es así como se tiene la estructura para construir la teoría.

La segunda fase para la creación de este modelo fue la búsqueda y análisis de referencias bibliográficas para elaborar el estado del arte, el cual es una investigación documental en donde se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio, una investigación con desarrollo propio, cuyo fin es develar la interpretación de los autores sobre el fenómeno y hacer explícita la postura teórica y metodológica de los diferentes estudios (Vargas, Higueta & Muñoz, 2015).

Mediante el estado del arte, se identificaron los avances y el estado actual de la investigación relacionada al cuidado de enfermería a la mujer en situación de pérdida perinatal y las perspectivas desde las cuales se ha hecho abordaje a este fenómeno. Para la elaboración del estado del arte se emplearon dos etapas, la primera de ellas fue la etapa heurística, que consistió en la revisión bibliográfica de distintos textos científicos, los cuales fueron localizados por medio de revistas electrónicas como Redalyc, Medigrapic, Enfermería global, Aquichan, y otros recursos como Scielo y Google Scholar. Después se realizó la etapa hermenéutica la cual consistió en el análisis, reflexión e interpretación, para posteriormente, realizar la construcción de conocimiento sobre el cuidado de la mujer en situación de pérdida perinatal.

Finalmente, en la tercera fase, se procedió a la creación del modelo de cuidado con base en lo encontrado en el acercamiento a la realidad y el estado del arte. Esta fase consistió en realizar la fundamentación teórico-referencial,

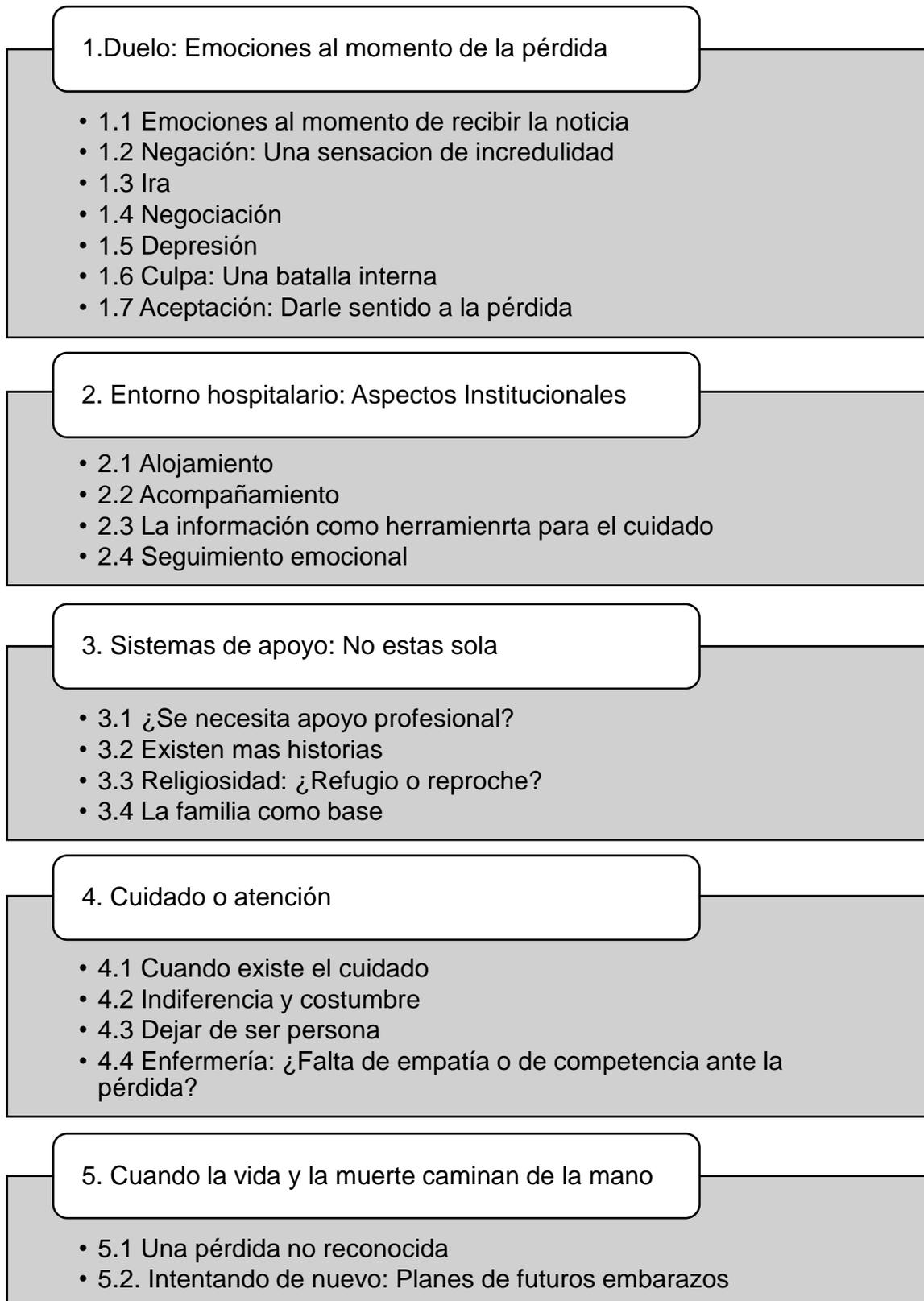


justificación, objetivos, la representación esquemática, la descripción, conceptualización de los elementos y atributos del modelo. Por último, se crearon las estrategias de implementación y la evaluación integral del modelo.

3. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

El propósito del acercamiento a la realidad fue presentar los hallazgos encontrados a través de las residencias, describiendo las áreas de oportunidad en las cuales se pretende trabajar (Figura 1). La pérdida perinatal es un evento que tiene una gran repercusión en los padres, sobre todo en la madre, quien por semanas o meses ha esperado el momento del nacimiento de su hijo, pues alrededor de él se han formado expectativas, sueños e ilusiones sobre lo que será una vida entera. Es decir, para la mujer que desea ser madre no supone esperar hasta el nacimiento del bebé para serlo, pues se visualiza como tal desde el momento en que se plantea, se decide y se concibe. En el embarazo se ven puestos los sueños y deseos de una vida en aquel ser, para la madre no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo o le da una identidad propia, sino el lugar que le ha creado en su corazón es lo que hace que se considere un hijo y persona.

Figura 1. Ejes temáticos



1. Duelo: Emociones al momento de la pérdida.

En esta categoría se presenta el proceso emocional que vive la mujer a partir de enterarse sobre la pérdida perinatal. El duelo es un proceso normal por el que atraviesan todos los individuos ante una pérdida, este tiene como propósito lograr que el ser humano a través de distintas fases logre llegar a la aceptación. Cuando ocurre la pérdida perinatal el duelo puede vivirse en un ambiente de soledad y secretismo, ya que no es visto como la muerte real de un hijo, aunque para la madre si lo sea.

Kübler (1969) describió cinco fases del duelo, pero es importante señalar que esto no se da en un orden específico, conlleva un progreso cíclico y no lineal; no es ordenado de principio a fin, por tanto, es fluctuante. Cada persona progresa de acuerdo con su estructura psíquica, sus características emocionales, socioculturales, el tipo de pérdida y el apego al sujeto de pérdida.

Molina (2017) hace referencia que tras una pérdida perinatal aparecen alteraciones físicas como: debilidad, palpitaciones, pesadillas, cefaleas y otras, psicológicas como: negación, reproche, anhedonia, alucinaciones, etc., y conductuales como: aislamiento social, evitación a mujeres embarazadas o bebés, crisis de llanto, etc.,

1.1 Emociones al recibir la noticia

La pérdida perinatal es un momento trágico que puede resultar traumático, pues ninguna madre está preparada para esa noticia, existe un inevitable choque emocional donde hay una mezcla de sentimientos difíciles de manejar, por esto es importante el prestar especial atención a la forma en la que el profesional comunica la noticia a los padres, ya que este momento marcará su vida.

[...]” Yo me acuerdo de que temblaba, me acuerdo de que me tuvieron que ayudar a sostener porque temblaba de miedo, entre dolor, miedo, no se” [...] M3

[...]” Hasta la fecha aborrezco al doctor me dio mucho coraje, cuando me dice que no hay latido, empiezo a llorar obviamente, pues ya sabía toda la historia y ya pues habla al ISSSTE enfrente de mí y me acuerdo muy bien que le dijo “Es que tengo una paciente aquí deprimidita” y yo de “Hijo de tu pinchi madre, pues no es que este deprimidita, me estás diciendo que acabo de perder un bebe” [...] M3

[...]” Jamás en mi vida había sentido tanto dolor” [...] M2

[...]” Si ya expulsó el fetito se le pregunta si lo quiere ver, si ella lo quiere ver, este pues si se pone a llorar, a abrazarlo un ratito, pero en la mayoría de los casos me ha tocado que no lo quieren ver” [...] E1

[...]” De todo se acuerdan y reconocen hasta... es una persona así y asa, entonces ellas si se acuerdan mucho de eso, si les impacta quien estuvo en ese momento ”[...] E1

Alvarado (2019) menciona que una gestación que se ve interrumpida por algún evento, es una tragedia significativa que afecta a los padres, especialmente porque es repentina e inesperada, lo que dificulta superarla ya que mutila el proceso de la paternidad, conllevando a la presencia de alteraciones emocionales, psicosociales y de conducta, principalmente en la madre. Al respecto, Uribe (2006) y Oviedo, Parra y Marquina (2009) señalan que, al dar la noticia a los padres, la información sobre la muerte del bebe debe ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado. El personal debe escuchar atentamente a los padres, sin emitir juicios ante las reacciones iniciales de duelo.

1.2 Negación

En algunos casos el primer instinto de las mujeres en situación de pérdida perinatal es presentar un estado de negación ante el aturdimiento y shock, se envuelve en un ambiente de incredulidad al no ser procesada la noticia, es un estado de irrealidad donde la mujer no concibe lo que se le está diciendo. Molina (2017) menciona que se considera a la negación como defensa provisoria para los dolientes que se rehúsan a aceptar lo sucedido, los padres se niegan a asumir la pérdida de su hijo/a.

[...]” Ahí en el momento todo fue negación... pero el duelo empezó ya cuando salí” [...] M1

[...]” Yo en ese momento ni lo asimile ni lo llore ni nada estaba pues en shock... yo no quería que nadie me acompañara más que Mario (Esposo)” [...] M2

La negación se caracteriza por un estado de ensordecimiento donde se niega o no se da crédito a la noticia, también viene con esta el aislamiento. Para las mujeres la negación de los hechos es una defensa provisional, y se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte (Alvarado, 2019; Oviedo, Parra & Marquina, 2009).

1.3 Ira

Después de un tiempo todos aquellos sentimientos reprimidos de la persona comienzan a manifestarse en distintas formas, principalmente con una explosión de emociones al comprender que los hechos ya no pueden ser negados, estos sentimientos pueden ser manifestados hacia los demás o hacia ella misma. Molina (2017) describe que en esta etapa el resentimiento o coraje pasa a ser el eje, surgen los ¿por qué? Los progenitores llegan a sentir emociones negativas, o manifiestan

envidia o rabia contra mujeres embarazadas o con niños. Pueden también responder con llanto y dolor más culpa o vergüenza

[...]” Y luego a veces ves hasta unas lepas así sin escuela, viviendo todavía con su mamá, novio borracho, no sé y con los bebés bien padre y dices tú si yo ya terminé la escuela si ya estoy casada” [...] M3

[...]” Veía más gente embarazada, entonces era como ¿Por qué ellas si, por qué yo no? O no sé, veía gente en la calle pegándole a los niños o no se veía noticias de eso y ¿Por qué si ellas no los quieren los tienen y yo que si lo quería no? [...] M1

[...]” Veía a otras muchachas y a niñas y me daba coraje porque las veía con sus panzas y decía ¿Pues por qué yo no pude? ¿Por qué dios no me dejo ser mamá? [...] Inconscientemente llego un punto donde no me daba cuenta y las empezaba a tratar mal” [...] M2

Cuando no se puede mantener la fase de negación, es sustituida por sentimientos de rabia, ira, envidia y resentimiento. Esta fase es difícil de sobrellevar, pues hay una proyección de sus sentimientos hacia otras personas, se da en el círculo familiar, amistades, extraños, ellos mismos, y hasta a Dios. El carácter pasional de la ira es irracional e incontrolable, la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, experimenta la rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre, por otro que es traumático (funeral), o, por otra parte, puede expresar envidia hacia personas que han culminado el embarazo con éxito (Oviedo, Parra & Marquina, 2009; López, 2011).

1.4 Negociación

La negociación es un momento donde la mujer comienza a centrarse en la realidad, y se presenta un reconocimiento de los sentimientos propios. Tras la dificultad para afrontar la realidad, surge la esperanza de un acuerdo para aplazar o retrasar la muerte, los padres intentan establecer acuerdos con un poder superior, a cambio de una vida enmendada (Molina, 2017).

[...]” Pasó una semana y yo estaba normal y decía “no pues lo perdí, no pasa nada, y estoy bien y la fregada, yo estaba muy triste pero no sabía porque o sea decía ni al caso que fuera por eso, pero me empecé a dar cuenta que sí, y me había estado reprimiendo” [...] M2

[...]” Empecé a trabajar el duelo conscientemente, saber que no iba estar nunca (Él bebe perdido), pero que había existido, porque incluso para mi decir “tuve un aborto” era difícil de decir” [...] M3

Ávila y De la Rubia (2013) dicen que la negociación es una forma de afrontar los hechos y está relacionado con la posibilidad de alcanzar metas, deseos, expectativas y objetivos orientados hacia el futuro, lo cual otorga a la persona de cuidado y familia una mayor motivación, fuerza y dirección para continuar y afrontar el proceso de pérdida.

1.5 Depresión

La pérdida perinatal representa una vivencia indescriptible y devastadora para los padres, difícil de asimilar ya que los bebés se relacionan con el inicio de la vida, y no con el final, la relación de la madre con su hijo no se basa en experiencias ni recuerdos, sino en los lazos afectivos, existe un apego emocional que se desarrolla antes de establecer un contacto físico.

Alvarado (2019) señala que los padres no comen, presentan insomnio, están apáticos. Otra característica de esta fase es que toman conciencia de la pérdida en forma detallada. Las alteraciones fisiológicas pueden ser pronunciadas. López, Arbelo y Guisado, (2016) refieren que las mujeres presentan sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control, tienen la sensación de haber decepcionado a su pareja y está expuesta a la posibilidad de tener reacciones de aniversario (fecha prevista de parto, fecha de la pérdida, fecha de noticia del embarazo).

[...]” Me acuerdo de que me levantaba, iba a trabajar, llegaba, a veces comía a veces no comía, te digo, lloraba, me dormía, volvía a despertar, volvía a llorar, me la pasaba como dormida mucho tiempo, recuerdo, así como que mucho tiempo dormí” [...] ME3

[...]” Siempre estás pensando que hubiera pasado, se llega la fecha probable de parto y ahorita hubiera cumplido tantos años, ahorita hubiera esto, siempre estás pensando eso, como hubiera sido mi vida si estuviera” [...] M1

Después de vivir una experiencia semejante, los afectados se retiran de su entorno social. Con frecuencia experimentarán reacciones emocionales y cambios durante los siguientes meses y años, tendrán dificultades con las rutinas diarias. El aniversario de la muerte, las vacaciones o cualquier momento significativo, provocará retrocesos incluso años más tarde (Elorz, 2016).

[...]” A mí siempre me han gustado mucho las flores y afuera de mi casa tengo una orquídea, un día cuando llegamos ya no tenía la flor y me solté llorando, pero llore y llore y le digo a Mario (esposo) ¿Pero es que por que ya no tiene la flor? ¿Y si ya no vuelve a dar más flores? Y me dice “No pasa nada, después va a dar

más y si no puede dar más esa orquídea no era para dar flores y está bien” [...] M2 (refiriéndose metafóricamente a ella)

En la pérdida perinatal la depresión es silenciosa, es un dolor preparatorio que afecta al enfrentar lo inevitable. La comunicación es mejor cuando no es verbal, sin embargo, cada persona lo vive de manera diferente y es el silencio el que dificulta la recuperación. Las mujeres en situación de pérdida perinatal describen el dolor y la depresión significativa por la que atraviesan, y puede variar desde semanas a meses después de la pérdida (Martínez, 2016; Oviedo, 2009).

1.6 Culpa

Ante la pérdida, la información escasa, y el mismo aturdimiento, dificultan a la mujer comprender los hechos y las razones por las que se dio así la situación, por lo que comienzan a surgir sentimientos que la confunden y son difíciles de entender, entre estos la culpa y el autorreproche.

[...]” Mario (esposo) decía que parecía como si no hubiera querido estar embarazada, pero no solo estaba muy en shock [...] Llego un momento en el que yo me sentía culpable o sea porque decía es que a lo mejor al principio como yo no procesaba la noticia no sé si mi cuerpo se deshizo de él o no se” [...] M2

[...]” Empezó también la culpa ¿y si me hubiera esperado más? ¿y si hubiera cuidado esto? ¿si no hubiera hecho esto?, miles de cosas” [...] M3

La mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, como si algo fuera mal con su femineidad. Puede sentirse culpable por no haber podido gestar a ese bebé, lo que conlleva a un impacto sobre su autoestima (Arsenault & Marshall, 2000; Fuentetaja & Villalverde, 2018).

[...]” Mucha gente decía que lugar más seguro para un bebe es con su mamá y yo decía es que conmigo no, mi cuerpo es hostil, mi cuerpo es... para mí, mi cuerpo no era un lugar seguro para ella”[...] M1

También, se da una disminución notable de la autoestima materna, debido a la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo, y lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano, en particular cuando la pérdida de éste se debé a anomalías fetales o problemas genéticos (Oviedo, Parra & Marquina, 2009).

[...]” Yo ya la vi muy cansada y me abría los ojos todavía y yo “ciérralos, Ximena, duérmete un ratito” y haz de cuenta que volteaba... yo siento como si me hubiera pedido permiso para irse – ay no se me olvidan sus ojitos- y ya le dije que si tenía que irse que se fuera que yo iba estar bien y ya después me culpaba mucho, decía ¿Por qué le dije que se fuera? Le hubiera dicho que se quedara, pero sabía que ya no estaba bien, ya estaba muy malita, muy cansada “[...] M1

La pérdida perinatal es distinta de otro tipo de muerte, porque generalmente no se conoce el motivo, y por la culpabilidad intensa que genera (Callahan et al., 1989; López 2011).

1.7 Aceptación: Darle propósito a la pérdida

Alcanzar un estado de aceptación de la pérdida no significa que se olvida al ser querido, la mujer aprende a vivir sin su presencia física por más breve que esta haya sido, poder darle un significado a su vida ayuda a la mujer a encontrar paz, pues a pesar de haber sido un momento difícil que marca su vida, si es guiada correctamente esta logra un crecimiento emocional y espiritual que se reflejará en su futuro.

[...]” Nunca se supera o sea aprendes a vivir con... aprendes a volverte a reír, no sé, y si soy muy feliz, o sea, el oír la risa de Emma (hija) me llena el alma, soy muy feliz me siento completa pero siempre me voy a sentir incompleta de eso, o sea no está mi familia completa, somos tres cuando deberíamos ser cinco, siempre me van a faltar, siempre ”[...] M1

[...]” No es como que lo olvides, es como una cicatricita y son recuerdos muy fuertes como de historia de vida, son parte de mi “[...] M3

Tizon (2004) considera crucial el reconocimiento de los sentimientos, la aceptación de la pérdida y el desplazamiento a otro objeto nuevo, pero añade que este proceso reavivaría la ambivalencia residual nunca elaborada respecto al ser perdido.

[...]” No sé a lo mejor si hubiera muerto primero mi hermano me vuelvo loca, o sea el haber tenido una pérdida tan grande me ayudo tal vez a entender la siguiente ”[...] M3

Worden citado por López (2018), describe que aceptar la realidad, experimentar el dolor, adaptarse a un medio en el que falta el ser querido, retirar la energía emocional de la persona que falta, y reinvertirla en otras relaciones, permite la superación de la tristeza, la posible ambivalencia hacia lo perdido, y la recomposición del mundo interno con sus cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales.

2. Entorno hospitalario: Aspectos institucionales

Esta categoría describe todos aquellos aspectos que están firmemente marcados por las instituciones, y que difícilmente son controladas o modificados por el personal de salud o la persona de cuidado.

2.1 Alojamiento

Dentro de los centros de salud, es común que las mujeres que han perdido un bebé no tengan un área específica. Se hospitalizan en un área donde hay mujeres en labor de parto, o incluso con recién nacidos, esto representa una situación que afecta a la mujer que acaba de perder un hijo, y que, por lo tanto, esta situación la podría llevar a un estado más vulnerable.

López, Arbelo y Guisado (2016) refieren que la zona de hospitalización no está diseñada para apoyar a la mujer durante una pérdida perinatal. Tanto el área de tococirugía como hospitalización están diseñadas para dar la bienvenida a los nuevos miembros. Los cuartos no se suelen configurar para proporcionar espacio o privacidad para aquellas parejas que han perdido un hijo antes o durante el parto.

[...]” Ni siquiera tienen un lugar para nosotras, te ponen donde están las que acababan de tener a sus bebés [...] me tenían entre mamás ”[...] M1

[...]” Me pasan a cuarto, pues te ponen con todas las parturientas, todos los bebés ahí y así pues no es como agradable, si de por si tu propia experiencia, aunque no tuvieras nada a tu alrededor, ahora viendo como ese contraste de vida y muerte, si está feo ”[...] M3

[...]” Y los más gacho entran ahí al chequeo de las panzotas y escuchas el corazoncito y tu ahí sufriendo. La neta es como de las cosas más difíciles, tú ya sabes que no hay latido, que lo que hay dentro de ti no tiene vida y escuchas a otros y pues después lo trabajas pero en ese momento pues te da envidia, coraje, enojo, celos no es algo como que muy grato “[...] Están en el momento más feliz de sus vidas mientras para ti es el más triste, eso fue algo que a mí me dolía mucho, de

hecho esa vez fue la primera vez que yo escuche un corazón de un bebé y no era el mío... esa situación fue muy difícil de afrontar “[...] M3

Un nacimiento se asocia con el bullicio y el ruido del llanto del bebé, las

[...]” Estoy yo en la cama escuchando los latidos y ay no bien feo, yo tenía muy en claro cuando el doctor me hizo la última sonografía me dijo “mira no hay latido” se me quedo muy grabado y cuando estoy ahí y se escuchan pues me dio mucho sentimiento obviamente, pero te haces la fuerte, pero pues era la primera vez que yo escuchaba el corazón de un bebé” [...] M2

[...]” La recuperación es un área donde se está haciendo el alojamiento conjunto entonces imagínate que la mamá, este ahí con la pérdida del bebito y a la vez una señora y otra señora, cada una con su bebe, imagínate el impacto que tiene eso de salir con las manos vacías “[...] E1

Un nacimiento se asocia con el bullicio y el ruido del llanto del bebé, las felicitaciones y aplausos, el teléfono para compartir la feliz noticia, por el contrario, el ambiente que rodea a una muerte fetal es de silencio. Varias mujeres participantes en el estudio de López et al. (2016) informaron que los ruidos de la bulliciosa actividad y otros nacimientos alrededor ocasionaron mayor sufrimiento.

Las necesidades específicas en situación de muerte perinatal y neonatal dentro de los espacios de la maternidad en realidad se han ignorado. No obstante, en hospitales más avanzados ya se habla de “circuitos de duelo” dentro de la planta de maternidad, es decir no mezclar padres que han tenido un bebé sano con padres que acaban de perder a su bebé y asignar un espacio concreto para el duelo. (Elorz, 2016).

2.2 Acompañamiento

El ingreso hospitalario en la mayoría de las instituciones se caracteriza por ser bastante estricto, dada la misma naturaleza de estos, el acceso es restringido al menor número necesario de personas. En ocasiones, las personas hospitalizadas no requieren el cuidado físico de un familiar, por lo que se limita el contacto, únicamente pueden ingresar a la hora de visita, sin embargo, el tiempo no es suficiente para los requerimientos emocionales de las mujeres después de la pérdida.

El concepto actual de la atención no sólo implica la vigilancia estrictamente médica, sino que también considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, las mujeres al estar acompañadas perciben seguridad, tranquilidad y sentimientos de apoyo. El acompañamiento durante el proceso trae consigo beneficios psicológicos a corto y largo plazo (Cantero et al., 2010; Wallace & Lara, 2020).

[...]” Me subieron de la sonografía y ahí estaba mi esposo, pero yo iba llorando y llorando no lo alcancé a ver más que en lo que pasillo”[...] M1

[...]” Me sentía una niña chiquita que no tiene a su mamá, yo lo único que quería era que mi mamá entrara y estarla abrazando porque sabía que a mi esposo no lo iban a dejar, o sea yo lo que quería era estar con él, estar abrazándolo no sé, estar con él nada más y ni siquiera me dejaron, entro, nos abrazamos y apenas lo iba a apretar y ya salgase que porque no era hora de visitas ”[...] M1

[...]” Y pues ahí estaba yo sola, sin saber ni que ”[...] M2

[...]” Me siento desesperada, siento que me enfermo más aquí, ya me quiero ir, no he sabido nada de mi mamá, quisiera saber si vino mi esposo, no he comido

nada, nadie me hace caso aquí, ahorita le hable a una enfermera y no me hizo caso
”[...] OP PC

[...]” No sé, cómo que contiene toda la tristeza, me imagino que, porque no está un familiar ahí al lado de ella, en lo que pasa todo ese proceso, entonces si de a rato que te dicen que no quieren ver al feto, ellas solas se ponen a llorar aun que tu estés ahí a un lado ”[...] E1

2.3 La información como herramienta para el cuidado

La vida acelerada del hospital, los pendientes, el exceso de trabajo, el cansancio del personal, o incluso la falta de empatía, limita la información que se otorga a la persona y familiares, esto se convierte en un ambiente que crea incertidumbre, preocupación y estrés a quienes están esperando saber el estado actual de la mujer.

García (2009) indica que la información clínica que se proporciona a la persona de cuidado puede contribuir el proceso asistencial, mejorar la relación entre el personal de salud y la persona de cuidado, e influye en la calidad del servicio. La información que ha de ser proporcionada a la persona de cuidado incluye la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza. Además, ha de ser real, comprensible para la persona y adecuada a sus circunstancias personales y sociales

[...]” A mi esposo le dieron consentimiento, pero no le dijeron nada, nomás le dijeron “su esposa va a pasar a un procedimiento, fírmelo aquí” nada más [...] me devolvieron a mi cuarto ya me habían hecho el legrado y todo y nadie le había dicho nada, le tuve que dar yo la noticia, el creía que el procedimiento era algo para que no abortara ”[...] M1

[...]” Nadie me dijo que hubo complicaciones ni nada [...] y después fui a consulta a la posparto de los cuarenta días me dijo el doctor que estuve a punto de histerectomía porque no paraba la hemorragia”[...] M1

[...]” Me dijeron que lo iban a desechar, pero que le iban a raspar con una pala y así no quiero, pobrecito le va a doler, mejor que salga solo o si Dios quiere que ahí se quede”[...] OP PC

M3 [...]” Mi familia allá afuera, pues como siempre tardan un chorro en salir y darles información” [...] M3

La comunicación es un factor decisivo en la relación enfermera-persona de cuidado. Hay menos probabilidades de caer en estados ansiosos o depresivos si la persona está satisfecha con el modo en que el personal de salud se comunica con ella y sus familiares (Martín, Cortes, Sáenz & Serrano, 2015).

2.4 Seguimiento emocional

Institucionalmente no es común que se le dé un seguimiento emocional al duelo de los padres que tuvieron una pérdida perinatal. Cuando existe una afección física se da pase a un especialista, pero a la mujer en situación de pérdida perinatal no se le canaliza con psicología o cualquier otro tipo de apoyo emocional, aunque así lo requiera, ya que quizá no se cree necesario, lo que lleva que cursen y vivan este proceso solas y en silencio.

[...]” Nadie te canaliza a la ayuda que necesitas en ese momento, ni a psicología, ni a nada, váyase y haga su vida normal y ya, nadie piensa en que va a pasar de aquí en adelante con esa persona, como va a vivir el duelo, váyase normal

¿Cómo vuelves a vivir normal después de una pérdida? No sé si alguien haya podido, yo no ”[...] M1

[...]” Por parte del hospital jamás, ni una llamadita no, no, nomás te dan como de alta y que le vaya bien, gracias por participar ”[...] M3

Martínez (2016) describe que las situaciones de muerte perinatal son difíciles de sobrellevar, tanto para las personas afectadas, como para los profesionales que les atienden, por eso el abordaje terapéutico de estas situaciones, debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Entre los factores que predisponen a estas parejas de sufrir un duelo patológico tras la pérdida perinatal, se encuentra principalmente el hecho de no haber contado con apoyo social y los cuidados emocionales adecuados.

[...]” Se me hizo muy padre del hospital tienen tanatólogos y desde la mañana, ya nos fueron preparando o sea nos dijeron que no sabían qué iba a pasar, que teníamos que estar fuertes, se me hizo muy padre eso, pero solo durante ese tiempo, ya después no le dieron seguimiento ni nada, fue así como “Ya falleció ya no es de nosotros ”[...] M1

El equipo hospitalario debería gestionar tras el alta que los padres tengan los cuidados físicos y emocionales, que den continuidad a los iniciados durante el ingreso, poder asimilar progresivamente lo vivido y seguir adelante con su vida (López, 2011).

3. Sistemas de apoyo: No estás sola.

En esta categoría se presentan aquellos pilares donde la mujer en situación de pérdida perinatal se apoya durante esta experiencia de vida. Es indispensable para la mujer contar con un equipo de soporte y apoyo desde el comienzo, este

puede ser conformado por personas allegadas y de confianza, como familia o amigos, el equipo interdisciplinario de salud e incluso guías espirituales.

3.1 ¿Se necesita apoyo profesional?

Actualmente el apoyo emocional otorgado por un profesional como psicólogos o psiquiatras sigue siendo tabú dentro de muchas culturas, por lo tanto, en algunos casos para las personas es difícil reconocer que requieren este tipo de ayuda.

[...]” Tampoco busqué apoyo psicológico, ni mucho menos, a lo mejor la ignorancia ¿no? porque si son cosas que debería uno trabajar, pero para empezar yo no sabía que eso era un duelo ”[...] M3

Por otra parte, es conveniente que previo al nacimiento de un bebé muerto, o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda, apoyando a enfrentar la muerte de su hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no ayuda psicológica o espiritual cuando se les ofrezca (Oviedo, Parra & Marquina 2009; Uribe 2006).

[...]” Si empecé a ir con el psicólogo, pero ya después de un tiempo, cuando dije no voy a poder sola ”[...] M2

[...]” Yo en un momento decía “es que yo sola puedo, no necesito ir con psicólogo, no necesito nada, lo puedo superar yo sola” Pero no, se requiere la ayuda profesional definitivamente ”[...] ME1

La pérdida perinatal representa una experiencia única que cada persona afrontará de forma particular con sus propios recursos, con mucha frecuencia se observa una falta de regulación, tanto a nivel físico, cognitivo y emocional. Junto a lo anterior, a veces se generan mecanismos de autocontrol compensatorios, que

pueden evolucionar hacia cuadros clínicos, si no se interviene precozmente (López, 2011). El desbordamiento emocional, angustia y sintomatología de tipo depresivo y/o ansioso pueden ser muy intensos, requiriendo apoyo emocional, así como comprensión y empatía (López, 2018).

3.2 Existen más historias: Ayuda mutua

Reconocer que aunque es una vivencia única para cada mujer y su pareja, la pérdida perinatal es un suceso común por el que pasan muchas mujeres, compartir sus experiencias y conocer esta información es un apoyo para todas, aliviando aquellos sentimientos de culpa e inadecuación, el autorreproche o reclamos hacia su propio cuerpo, el saber y conocer historias externas sobre como otras personas vivieron esa situación y lograron reestablecer su vida, estimula la capacidad de la mujer para salir adelante.

Es más fácil abordar el duelo materno al compartir las vivencias con otras personas que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo, debido a que se puede aprender la manera cómo han superado este trance, de aquí la importancia del manejo del duelo de manera grupal.

[...]” Fuimos a un grupo de ayuda mutua, fue como lo llevamos [...] yo creo que a partir de ahí fue cuando yo empecé a trabajar el duelo conscientemente, saber que ya no iba estar nunca, pero que había existido”[...] M1

[...]” Empezamos a ir a un grupo, así con otras parejas que habían pasado por lo mismo, y la verdad si te ayuda un chorro, saber que no solo eres tú, que hay muchas personas que han pasado por lo mismo y que han salido adelante... te da esperanza ”[...] M2

Se considera la vivencia compartida como un elemento que aumenta las posibilidades de elaboración del duelo, y que da un lugar colectivo a la pérdida, ofreciendo la posibilidad de percibir realidades similares y de reconocer sentimientos propios, sin sentirse juzgados por ellos. Aumenta la posibilidad de empatía con el otro, para la mujer en esta situación, es útil contar con grupos de autoayuda o apoyo, a fin de superar esta triste vivencia y a la vez, les permite interactuar y ser apoyadas por otras mujeres, que han tenido la misma experiencia (López, 2018; Oviedo 2009).

[...]” Me decía la ginecóloga “Es algo super común, no estás sola en esto, a muchas personas les ha pasado, lamentablemente es algo de lo que no se habla [...] muchas mujeres ni siquiera se dan cuenta de que lo han vivido ”[...] M3

[...]” Entonces dices tú, mal de muchos, consuelos de tontos, y dices pues bueno a todos nos pasa y eso te ayuda a quitar esos sentimientos como de culpa [...] saber que no fue mi culpa, es una situación biológica y pues a seguirle no ”[...] ME3

De acuerdo con el estudio de López et al. (2016), los padres hablaron sobre el valor de la ayuda social y la información que recibieron sobre los grupos de apoyo, en este sentido, las mujeres externaron la importancia de hablar con alguien que había pasado por esa situación.

3.3 Espiritualidad y Religiosidad: ¿Refugio o reproche?

La espiritualidad es muy amplia, abarca demasiados conceptos y maneras de vivirla, esta será diferente para cada persona de acuerdo con lo que los haga sentir en paz y en contacto con lo que ellos sienten. No todas las personas tienen contacto con su lado espiritual, pero sin duda, es una gran herramienta de apoyo

para estas mujeres. Aunque no siempre vayan de la mano, la religión es una de las maneras más comunes de vivir el lado espiritual y donde algunas de las mujeres encuentran refugio en los momentos más difíciles.

[...]” Me refugie mucho en lo espiritual, a través de la religión, me trajeron una virgen misionera que anda de casa en casa... no le rezaba, nunca he sido mucho de rezar, pero me calmaba platicar con ella, me sentaba y platicaba – a lo mejor me veo como loca- pero como si estuviera tomándome el café con una amiga y me ponía a platicar con ella ”[...] M1

[...]” Había un sacerdote que fue y me visito ahí al hospital, fue el sacerdote que nos casó y me lo encontré en el infantil, me preguntó que si ya la habíamos bautizado y que le iba a dar la bendición. Y le da la bendición y todo y se fue y como quiera me quede un poquito más tranquila ”[...] M1

Martínez (2016) menciona que cada pareja vivirá el duelo, según su idiosincrasia. Las situaciones de muerte perinatal son difíciles de sobrellevar, todos los profesionales deben conocer las respuestas en el plano bio-psico-social que puede experimentar la mujer ante la muerte perinatal, para proporcionarle una asistencia de calidad, lo más humana posible y teniendo en cuenta su contexto sociocultural y religioso.

[...]” ¿Por qué Dios no me lo permitió? Llego un momento en el que me enoje con él y había gente que me decía que como me podía enojar con él, que eso estaba mal y ahí viene la culpabilidad de ah no es un pecado. Y platicando con un sacerdote me dijo “es que no tiene nada de malo, es normal que te enojas hay que buscar la manera de que todo eso salga, eres humano, es normal que sientas enojo ”[...] M1

[...]” Te preguntas muchas cosas ¿Hubiera sido una mala madre? O ¿Por qué, por qué dios no me dejo ser mamá? ”[...] M2

[...]” Te enojas hasta con Dios... después comprendes muchas cosas, pero en ese momento pues no ”[...] M3

La mayoría de las religiones conceden escasa atención a la pérdida perinatal, y no hay rituales concretos, tampoco existen rituales religiosos que legitimen, faciliten y reconforten a los padres. Este tipo de duelos no permitidos, con escasos ritos de despedida, representan un importante riesgo de no elaborar adecuadamente el duelo (López, 2018; López, 2011).

Se debería dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos, permitir el ingreso de un sacerdote y/o pastor según lo requieran. Dependiendo de la cultura, religión o creencias, podrían realizar un funeral, escribir un diario o una carta, entre otros (Martínez, 2016).

3.4 Familia como base

El apoyo de la pareja, padres o hermanos siempre será útil para la mujer, los requerimientos afectivos que exprese serán de acuerdo con el rol o función que cumplen en el hogar, sin embargo, esto no niega la necesidad de sentir el apoyo de las personas importantes. Para la red de apoyo resulta complicada la forma de abordar a la mujer, ya sea por falta de conocimiento al no saber cómo actuar, o por miedo de lastimarla al dirigirse de una manera inapropiada.

[...]” Como que en mi familia yo siempre he sido la fuerte, la que no llora, siento que por el rol que yo juego en mi familia si fue favorable que yo me fuera, no estaba abandonada, mi esposo y yo hablábamos todos los días y mi mamá también, no me sentía sola, pero si tenía mi espacio para desahogarme “[...] M3

[...]” Mis papas iban a todas las visitas y yo les decía “no vengan porque no los van a dejar entrar, pero ahí estaban, ahí estaban “[...] M1

[...]” Como a las 5:00 le hablamos a la funeraria, mi papa se encargó de todo, yo andaba ida, no sabía ni que [...] Fue mucho el apoyo de mi familia sobre todo de mis papas, siempre estuvieron al pie del cañón. Donde sí batalle un poquito fue con la familia de mi esposo, porque si eran muy raros ”[...] M1

El duelo perinatal se puede considerar como un proceso no patológico, pero que conlleva intenso sufrimiento para los padres y que representa una clara crisis vital y familiar. En ocasiones los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio (López, 2011).

Tras la pérdida que inicia un duelo, se alteran las funciones que cumplía cada sujeto, además del equilibrio psicológico personal, se modifica la interrelación de la pareja y de la familia en su conjunto. Se producen cambios en el cuerpo, en las relaciones íntimas, en las relaciones familiares, sociales y en la propia identidad de la mujer. Suele ser también el padre o seres más allegados quien asume la responsabilidad de las cuestiones burocráticas y gestiones sobre el destino del cuerpo, como por ejemplo el funeral (Bleichmar, 2010; Kofman & Imber, 2005).

4. Cuidado profesional o atención

En esta categoría se analiza y contextualiza la labor que realiza el profesional de enfermería ante la mujer en situación de pérdida perinatal y sobre cómo se da la relación entre ellos.

4.1 Sí hay cuidado

El cuidado de las personas es la esencia de enfermería, el cual necesita de un gran valor como persona y profesional, y va dirigido a la conservación,

restablecimiento y autocuidado de la vida, fundamentado en la relación terapéutica y trascendental que tiene la enfermera-persona de cuidado.

[...]” Y cuando dijo eso que venía de pies una de las enfermeras se acercó y me abrazo y me dijo: “Va a tener una guerrera que ya viene dándole patadas a la vida ”[...] M1

[...]” La verdad las enfermeras mis respetos todas se portaron muy bonito... estuvo siempre al pendiente también la jefa de enfermeras fue y ahí se estuvo platicando un rato conmigo y todo ”[...] M2

[...]” El primer legrado hubo una enfermera que me dio una oración como para tranquilizarme, y pues te ayuda, te da un poco de paz si se puede en ese momento”[...] M3

[...]” Yo por ejemplo no soy mamá, pero trato de ser empática con las señoras de comprender, porque por ejemplo mi mamá también tuvo una pérdida, entonces como quiera trato de comprender a la señora ”[...] E1

Los profesionales deben saber que los padres nunca olvidan la comprensión, el respeto y el calor genuino que recibieron del profesional de enfermería, el cuidado llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé (Martínez, 2016).

Brier (1999) citado por López (2016) encontró en un estudio que después de un aborto, muchos padres muestran un alto porcentaje de rabia e insatisfacción, no obstante, esta disminuyó cuando recibieron un seguimiento después de sufrir la pérdida.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo

físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) cuyo ser es trascendente (Juárez & García, 2009).

4.2 Indiferencia a la mujer y costumbre a la pérdida

Diariamente existen circunstancias que intervienen en el quehacer de la profesión, donde se llega a olvidar que la esencia está en el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

El duelo materno implica un proceso dinámico en el que se sobreponen entre sí las diferentes fases que lo caracterizan, y tienen una relación directa con los cuidados maternos que da el equipo de salud que atiende en ese momento crítico (Oviedo, 2009).

[...]” Yo llegue llore y llore y me dijeron que sí que me dolía para que estuviera llorando tan fuerte y me dijeron “Hay le pongo un ketorolaco para que deje de llorar”, como si un ketorolaco me fuera a solucionar la vida y yo seguía llore y llore y pasa una y me dice “Ya hija ¿Pos que le duele?” y voltee y la vi y quería decirle mil cosas y no pude decirle nada, nomás me voltee y me tape ”[...] M1

[...]” No quieran que nadie se estuviera conmigo, pero tampoco ellas se acercaban a ver que necesitaba, no era que me ayudaran a ir al baño, yo podía comer sola, pero estaba afrontando algo bien difícil y para ellas era “tenía bien poquito, para que la hace de emoción” “todavía ni siquiera tenía latido yo creo” comentarios que creían que no estaba oyendo ”[...] M1

[...]” Cuando me pasaron yo estaba tiemble y tiemble y nada más me acuerdo de que le dije a una enfermera que qué iba a pasar con mi bebé cuando naciera y me dijo... ay no (llora)

E(n): Pues a ver si está muy chiquita ahí la dejamos.

PC: ¿Cómo ahí la van a dejar o sea a qué?

E(n): Pues a que termine

PC: ¿O sea como la van a dejar morir?

E(n): Pues es que hay que ver hija si está muy chiquita no hay nada que hacer” [...] M1

[...]” O sea si van y te checan cumpliendo con su trabajo, pero como una más no sientes que se involucran en ti y en tu proceso, nada más en cuanto a la cuestión de su trabajo [...] Entre cada hora que les toca checarte no pasa nadie a decirte ¿Cómo se siente? Mucho menos que se siente a platicar contigo ”[...] M3

[...]” A veces es tanta la carga de trabajo que nada más haces tu trabajo estas en la sala y terminas el procedimiento y la mandas a recuperación ”[...] E1

[...]” Me canalizaron y me tomaron los tubos para esto yo pensé “Me picaron dos veces y luego les faltó otro tubito” pero también si uno se pone ahí a decirles pues peor le va a uno ”[...] M2

[...]” Ya ves las toallas del hospital son enormes, las llenaba y parte la cama estaba toda sucia y nunca cambiaban las sábanas y así ”[...] M2

[...]” Nadie me habla, nadie con quien agarrar la plática y yo que soy tan platicadora ”[...] OP PC

[...]” Sinceramente, la verdad no la hay apoyo hacia la mamá desde que yo estado ahí, pues tratas de ser condescendiente con la mamá después de la pérdida [...] Pero siento yo que no hay ese apoyo que necesitan, yo que he estado en piso también siento que no hay ese apoyo” [...] E1

Tinedo et al. (2016) considera que las respuestas del personal de enfermería que cuida a la mujer en duelo se han convertido en una puesta en escena muy

marcada por un guion, en lugar de lo que debería ser una comunicación genuina entre los afectados y el equipo que les atiende.

4.3 Dejar de ser persona

El estar dentro de una unidad hospitalaria representa un momento complicado para cualquier persona, pues significa problemas y riesgos de salud, aunado a esto, muchas personas sienten perder su identidad, pues ahí dentro no cuentan con algo que los represente como tal, sienten no solo perder su identidad, sino también su dignidad.

Durante todo el proceso que vive la mujer en situación de pérdida perinatal se encuentra en una posición vulnerable, expuesta y en ocasiones puede llegar a sentirse denigrada por diferentes factores. Es injusto pensar que estas mujeres se puedan sentir inseguras en un lugar a donde se acude por cuidado, y se debería de proteger la dignidad y los derechos.

[...]” Y le dijo “Como es chiple la del aborto verdad, si te diste cuenta” y yo siendo enfermera en la escuela te dicen que no son un número de cama y ahora ya no era ni un número de cama era la del aborto, ósea no fue bien feo bien feo [...] deje de ser... para ser la del aborto “[...]M1

[...]” Y ya sabes no te tienen ahí con las piernas abiertas y la doctora haciendo el tacto y luego el interno quesque el también para ver cómo se hacía y todo, y entiendo que están aprendiendo, pero también no manches ”[...] M2

[...]” Y a medio parto yo peleándome con el doctor porque me quería hacer episiotomía, le dije “Yo entiendo que quieras practicar, pero en este caso no es necesario, no me vas a hacer pasar un dolor doble nada más porque quieres practicar, no es justo” Hasta que la r3 volteo y ya le dijo que no ”[...] M1

[...]” Med1: *¿Qué vas a hacer con la de la 8?*

Med2: *Se quedó dormida*

Med1: *¿Sabes por qué le hacemos legrado a todas? Porque tienes que aprender hacer legrados “[...] O*

Juárez y García (2009) refieren que uno de los problemas más serios en el cuidado de enfermería es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros.

[...]” *Llego un ginecólogo que en mi vida había visto, pero así de lo más grosero, nomás llego y me vio... nada más se puso guantes y me metió la mano, o sea no dijo nada me doblo el solo las piernas y no dijo nada ”[...] M1*

[...]” *Todo el mundo pasa y te mete el dedo, te revisan y demás [...] yo siento que te ven como una estadística como una más “ah otra paciente, otro número “[...] M3*

El cuidado de toda persona tiene como fin el restablecimiento de su salud y su supervivencia, y, por lo tanto, se debe respetar su vida, su integridad y su dignidad humana sin ser expuesta a riesgos (Juárez & García, 2009).

4.4 Enfermería: ¿Falta de empatía o de competencia ante la pérdida?

Para el personal de salud resulta difícil ser testigos de la muerte perinatal, ya que este acontecimiento no sólo implica enfrentar problemas técnicos, sino también emocionales, generalmente el personal de salud ha sido preparado para curar y

aliviar el dolor, la gran mayoría no ha recibido preparación para enfrentar la muerte, lo que puede generar en ellos una sensación de impotencia, frustración y tristeza.

[...]” Pienso yo que no estamos preparadas para afrontar esas situaciones, sin embargo, depende la persona la empatía que tenga con la señora, yo trato de comprender y ser empática con ella, porque a mí como persona si me duele, es un ser vivo ”[...] E1

[...]” Si queremos humanizar el cuidado tenemos que humanizar al que cuida, a lo mejor es eso lo que las enfermeras también necesitan, en el hospital, no sé, alguna terapia, un grupo semanal, no sé, que les enseñe a lidiar con las pérdidas de sus personas de cuidado, a lo mejor ellas también lo han vivido y nadie les ayudo por eso se reflejan ahí, no se ”[...] M1

[...]” Así como nos preparan para aplicar lo físico también deberían enseñarnos esta parte, que decir, que no decir, como decirle en qué momento, como acercarte a la persona o sea es bien importante todo esto, que no sabemos cómo y por eso nos da miedo y mejor no me acerco, mejor me hago como que no vi que esta despierta, me hago como que no la vi llorando ”[...] M1

[...]” Pues no se le da todo el apoyo a la mamá como quisieras, pero tratas ahí de explicarle la situación a la señora [...] no hay cursos que digas tu para comprender por lo que está pasando la señora, porque es un duelo y hay varias etapas, pero pienso yo que no estamos capacitados en esa área para atender ese tipo de problemas y aparte, este la carga de trabajo ”[...] E1

Nuzum, Meaney y O'Donoghue (2014) llevaron a cabo un estudio para identificar el impacto de la muerte perinatal en los profesionales de ginecología y obstetricia. En el estudio se encontró que ninguno de los participantes había recibido

formación especializada en el cuidado sobre el duelo perinatal. Todo lo que sabían, había sido aprendido en el trabajo y de colegas con mayor experiencia, durante sus años de formación.

En esta misma línea, Moon y Gordon (2009) llevaron a cabo un estudio sobre la formación que recibía el personal de enfermería, los resultados demostraron que el personal tenía pocos conocimientos sobre el tema. Por su parte, Martínez (2016) reportó que las enfermeras hacen grandes esfuerzos para proporcionar la mejor atención posible a las familias después de la pérdida perinatal. Ellas asumen los costes somáticos y psicológicos de trabajar con las mujeres tras una muerte.

[...]” Enfermería estuvo bien invisible y a veces no sé si en el infantil en realidad eran enfermeros o amigos, no sé si lo hicieron porque sabían que yo era enfermera y tenía muchos conocidos ahí, o porque en verdad son así con todos ”[...]M1

[...]” A enfermería le falta desde empatía, ponerte en los zapatos de la otra persona, saber que el dolor no nada más es físico y que no lo vas a solucionar siempre con un medicamento, es más, la empatía de ¿en qué me afecta que se quede el familiar? Si eso va a tranquilizar a mi persona pues que se quede, si yo no lo puedo hacer al mejor si yo me voy a tomar el tiempo de sentarme y platicar ¿Cómo se siente? Bueno a lo mejor no es necesario, pero conocemos el ritmo del hospital sabemos que no es cierto que todas las enfermeras se sientan a platicar contigo. Conmigo no era de que se sentaran a platicar toda la noche, o sea simplemente algo diferente, o sea, pero no que se estuvieran burlando de mí, que como era chiple... y lo triste es, deja tú que no te cuiden, que te maltraten, ya si no te cuidan pues bueno pero todavía el maltrato eso es lo peor ”[...] M1

[...]” Yo entiendo que para los médicos y las enfermeras puede ser el parto número diez del día, pero para uno es el único y es algo que ellos no entienden, sean las circunstancias que sean es la única vez que va a suceder ”[...] M1

[...]” Ay no la verdad no me gusta estar ahí, pero tengo que estar. Cuando estas en el área de labor y llegan con diagnóstico de óbito, y ahí mismo expulsan en la cama, me da mucha cosa agarrar el fetito porque tu misma lo tienes que pesar, medir, enseñárselo a la mamá, es desagradable, a mí no me gusta, pero pues es algo que tienes que hacer a veces enfrentarte a eso [...] No sé cómo describirlo porque la verdad a mi si me puede mucho, si me desanima bastante la muerte de un bebito ”[...] E1

Acompañar y cuidar a los padres en el duelo no es algo que pueda improvisarse, sino que requiere de habilidades de comunicación, técnicas y estrategias de ayuda. Así como esta experiencia no es ajena en el día a día de los hospitales, las emociones intervinientes tampoco lo son para los profesionales. Son muy comunes los sentimientos de pena, rabia, ansiedad, inseguridad, sensación de fracaso e impotencia que se vivencian por no haber podido sacar un bebé adelante, o por tener que comunicar tan triste noticia a unos padres ilusionados y ajenos a lo que iba a ocurrirles. En este contexto, algunos profesionales se distancian emocionalmente para proteger su propia vulnerabilidad (López, 2018).

[...]” Depende el tipo de compañera con el que estés porque si esta la típica compañera, que todos tachan de maleducada de maltrato que se le da al paciente [...] las mismas enfermeras dicen es que siempre se quejan de tal enfermera, o de cierta compañera que es muy grosera o déspota ”[...] E1

[...]” Yo tuve una pérdida gestacional de 7 meses y no sentí nada, no se aquí con un mes están llore y llore, no es lo mismo una pérdida ya formada a una tripita ”[...] OPE

El profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formar un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar a la persona, y centrar su función en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar cuidado de una clase nueva y diferente (Juárez & García, 2009).

[...]” Desde el momento que llega a admisión de que pasa a labor, tenemos que estar preparadas para hablar con ella porque llegan muy aprensivas y no quieren que les hagan nada, entonces pienso yo que desde el momento que pasa por labor y en cada área deben tener uno esa empatía, esa capacidad de darle el apoyo a la señora, pero pues te digo la carga de trabajo es demasiada ”[...] E1

El personal necesita preparación emocional para mitigar el duelo materno en una mujer que ha perdido un hijo al nacer, afrontando el duelo de los padres con respeto y acompañamiento, tratar de salvaguardar la salud física y psíquica. Debe conocer las diferentes etapas de la pena o aflicción que ocasiona la muerte, poseer la habilidad necesaria para establecer relaciones interpersonales e identificar situaciones de riesgo, así como escuchar pacientemente los temores y las quejas de los padres y familiares afligidos, respetando siempre su autonomía, todo como principio moral rector de su relación al ayudar a afrontar su duelo (Oviedo, 2009).

5. Ignorar la pérdida no borra el dolor

Esta categoría describe que sucede en una red social y sanitaria que no reconoce la pérdida perinatal como tal, también cuando a los padres no se les da el

permiso de vivir su duelo, y cuando los padres no tienen acceso a un seguimiento profesional.

5.1 Una pérdida no reconocida

Cuando una mujer tiene una pérdida perinatal, son distintas las opiniones de los amigos, familiares y la sociedad en general. Diversos comentarios llegan a ella, algunos están relacionados a la poca importancia que se le da a la pérdida perinatal, en ocasiones, por el tiempo de gestación se le resta importancia y no se reconoce como una verdadera muerte. Las personas allegadas realizan comentarios, tal vez no pretenden ser mal intencionados, pero dada la situación, para la mujer en situación de pérdida perinatal suelen resultar hirientes.

[...]” Y luego los comentarios por fuera “están bien jóvenes al rato tienen otro... esos comentarios eran... cada vez que me lo decían... ¿Cómo te explico que era un bebé? No era como un taco, se me cayó y me hago otro, no pasa nada. Así tenga 20 hijos mas no van a ser el, y es lo que mucha gente no entiende, creen que un hijo suple al otro y no, ósea para nada ”[...] M1

[...]” Cuando nació Emma (hija) la gente me hacia el comentario “Ahí esta vez algún día te iba a llegar” y yo pues me llevo Emma, no me llevo Victoria (bebé perdido) ni Ximena (bebé perdido), es otra. La gente lo ve como recompensa no sé, muy poco empáticos. Creen que minimizándolo van a hacer que te duela menos ”[...] M1

López et al. (2016), explican que las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. Se trata de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, ni expresada por la persona de forma abierta, así como tampoco apoyada por el

entorno. Este duelo se ve envuelto en ocasiones en un clima de soledad debido a la falta de apoyo por el entorno familiar y social, incluso, sanitario.

[...]” No pasa nada, o sea en realidad ni estuviste embarazada” “Están muy jóvenes” “ya van a tener otro” todos eso comentarios me dolían, era como de sí, pero era mi hijo, yo soy química y Mario(Espos) también sabíamos que con esas semanas pues no era como tal un bebé, pero para mí era mi hijo para mí no era tuve un aborto para mi perdí un bebé” [...] M2

[...]” Mucha gente dice “es que supéralo” o sea como superas la muerte de un hijo, o sea no, aprendes a vivir con ello ”[...] M1

López (2011) señala que el final del embarazo por aborto es una pérdida no reconocida social ni sanitariamente. Si no hay vida, tampoco hay muerte, ni duelo. Las actitudes sociales y familiares tras un aborto reflejan una tendencia a disimular como si nada hubiera ocurrido. Se resta importancia a la pérdida, convirtiendo lo que para los padres era un bebé, en un ser a medio hacer, con escasa condición humana y se asegura como cierto que habrá nuevos embarazos en el futuro, “son jóvenes”, “en realidad, no era un auténtico bebé”, “la naturaleza es sabia”.

En muchos ámbitos se sigue minimizando el impacto de esta, pasado los primeros momentos después de la pérdida, obliga a vivir el proceso de duelo en soledad, no reciben ni el apoyo de la red social, ni se da permiso para sentirse y expresarse (Doka, 2002).

La sociedad vive de espaldas a la muerte, convirtiendo esta experiencia natural en un gran tabú, no facilitando espacios para sentir, expresar dolor y compartir. En su lugar, existe una tendencia generalizada a incitar a la persona en duelo a recuperarse rápidamente, tapar el llanto, seguir funcionando y rendir. Es

decir, el duelo se inserta en una cultura que impone determinados mandatos sobre quién puede hacer un duelo, cómo, sobre quién y durante cuánto tiempo. (López & Villaverde, 2018).

5.2 Intentando de nuevo: Planes de futuros embarazos

Después de atravesar por una experiencia traumática, la mujer puede llegar a revivir el trauma principalmente al presentarse gestas posteriores, incluso esto puede condicionar la forma en cómo se viven los siguientes embarazos, haber o no tenido el apoyo emocional adecuado y el acompañamiento, marcará la diferencia entre una vivencia y otra.

[...]” Con Emma (hija) me la pase todo el embarazo con miedo” [...] M1

[...]” Para embarazarme yo ya estaba super asustada, ya había perdido dos bebés... me empecé a atender desde antes, yo le preguntaba a la ginecóloga ¿Por qué los perdí? ¿si voy a poder? Si no para ni buscarle” [...] M3

[...]” Después del primer hijo yo me hubiera operado, pero nada más por el miedo de no pasar volver a pasar por la misma situación... y eso me operé sin autorización de mi esposo le dije “sabes que yo ya no voy a pasar por esto ” [...] M3

[...]” Yo tenía muchos nervios precisamente de perderlo porque mi hermana como te conté tuvo dos pérdidas ” [...] M2

[...]” Es muy importante el apoyo que se les da, si les afecta o sea si se acuerdan y si impacta mucho porque imagínate que lleguen a tener un bebe después les va a dar miedo ir a esa Clínica ” [...] E1

[...]” Y me dicen vámonos al central y le dije “no al central no, si me llevas al central me van a hacer un legrado y no” al central no quise no quise y no quise ” [...] M1



Las madres que sufren trastornos psicológicos después de la pérdida tales como depresión o ansiedad pueden desarrollar desórdenes psiquiátricos, la no elaboración del duelo puede afectar también a embarazos posteriores, y en la relación con el siguiente bebé (Fuentetaja & Villalverde, 2018; Pastor et al., 2011).

3. MODELO DE CUIDADO

3.1 Soporte Teórico Referencial

Un modelo es una representación esquemática de aspectos de la realidad, son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre esos conceptos. Los modelos también permiten que los conceptos sean operados en el papel antes de ser confrontados con la realidad. Además, auxilian al profesional de enfermería en el sentido de que les ofrecen una explicación observable de los elementos que integran una teoría (Rocha & Do Prado, 2008).

Profesional de enfermería

El profesional de enfermería es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. También es humanista y se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno. Debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, la persona de cuidado y su familia. Esta función del profesional de enfermería tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud. La enfermera es quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-persona de cuidado, conoce sus percepciones y necesidades, y gestiona el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos (Juárez & García, 2009; Zabalegui, 2003).

Cuidado a la mujer en situación de pérdida perinatal

En enfermería el cuidado se considera como la esencia de la disciplina, implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de este. El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud, conservación, restablecimiento, autocuidado de la vida y el crecimiento de la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), fundamentado en la relación terapéutica, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades (Juárez & García, 2009; Watson, 1979).

El cuidado a la mujer en situación de pérdida perinatal de acuerdo con González y Quintero, (2009) es el conjunto de acciones fundamentadas por conocimiento técnico-científico, y la interacción permanente y continua que establece la enfermera con la persona que asiste en el servicio de hospitalización gineco-obstetricia, con el fin de lograr el bienestar y la recuperación para que se vincule a sus actividades cotidianas.

La mujer en situación de pérdida perinatal demanda cuidados de enfermería generales y específicos que tengan en cuenta las condiciones físicas y psicológicas, así como las posibles complicaciones al arribar al servicio. Desde el propio momento de la recepción el profesional de enfermería debe ser capaz de valorar el estado general y anímico de la mujer en esta condición humana, así como aquellos elementos que a la observación puedan ser precursores de signos de alarma (Ramos, 2009).

Un cuidado adecuado hacia la mujer en el momento de la pérdida tiene un impacto enorme en la evolución del duelo, ya que puede definir un duelo de sanación y permitirle que lo viva como ellos lo necesitan, así como favorecer un

estado emocional saludable y facilitar el acompañamiento ante la muerte, cuando se esperaba la vida.

Pérdida perinatal

La World Health Organization (WHO, 2006) señala que el período perinatal comienza a las 22 semanas de gestación y se extiende hasta los primeros 7 días de vida del neonato. Kowalski (1987) menciona un período más amplio que abarca 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, muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas y los hijos cedidos en adopción.

En la mayoría de los casos, no se sabe por qué ocurren los abortos, pero la incidencia es mayor de lo que se cree, ya que a veces se confunden con trastornos menstruales. Además, la incidencia va a ser distinta a diferentes edades maternas. Entre el 43 y 45% de las gestaciones terminan en abortos espontáneos. Pueden clasificarse según su origen: causas fetales que representan el 25-40%, causas de origen placentario (25-35%), causas de origen materno (5-10%) y causas de origen desconocido que representan entre un 25-35%. Dependiendo del trimestre de gestación serán más frecuentes unas causas u otras. En el primer trimestre destacan las causas genéticas, en el segundo trimestre las infecciosas y en el tercero las umbilicales (Carrera, 2007; Ruiz, 2008).

Mujer en situación de pérdida perinatal

La mujer en situación de pérdida perinatal hace referencia a la mujer que ha perdido a su hijo independientemente de la duración del embarazo, edad

gestacional o el peso. La gestación que se ve interrumpida por algún evento es una tragedia, especialmente significativa porque es repentina e inesperada, lo que dificulta superarla ya que mutila el proceso de la maternidad. Cualquier pérdida perinatal causa alteraciones emocionales, psicosociales y de conducta en la madre (Alvarado, 2019).

Concebir un hijo sigue un proceso complejo, comienza antes del nacimiento y causa en la mujer cambios emocionales y físicos. Durante su embarazo percibe al feto como parte de ella misma, y no como un sujeto separado. Desde el embarazo hasta el momento del nacimiento, se desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, que se proyectan hacia el futuro (Alvarado, 2019; Oviedo, Parra & Marquina 2009).

El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y una vez que constata su embarazo, y aumenta considerablemente con la percepción de los movimientos fetales, tal situación asegura un lugar relevante los aspectos físicos y biológicos al llevar un hijo dentro (Fuentetaja & Villaverde, 2018; López, 2011).

Al perder la gestación, los padres coinciden en que después de esa experiencia ya nada puede ser igual, se cambia la manera de ver el mundo y sus relaciones con las demás personas, la pérdida gestacional conlleva al desconcierto, la incertidumbre, soledad y miedo, ya que pierden la identidad como padres y dejan de ser reconocidos como tales (Santos, Yañez, Al- Adib, 2015).

Las alteraciones emocionales que aparecen después de una pérdida gestacional pueden manifestarse por estado de ánimo depresivo en la mayor parte del día, disminución de la capacidad para sentir placer en casi todas las actividades,

insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para concentrarse, así como la presencia de pensamientos de muerte. También, trastornos de ansiedad, preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño como insomnio o sensación de sueño no reparador tras despertar (Hernández, Horga & Navarro, 2007)

Capacitación del profesional de enfermería ante la pérdida perinatal

La superación profesional del capital humano de enfermería es fundamental para mantener los logros alcanzados en la salud materno infantil. La formación y desarrollo de los recursos humanos de enfermería, ha transitado por diferentes etapas y tendencias, caracterizadas por el incremento de las necesidades de este recurso, y por el nivel de exigencia en la preparación técnico-profesional, para elevar la calidad de atención que se le brinda a las personas sanas o enfermas, familias y a la comunidad (De la Caridad & Williams, 2015).

La enfermería es una profesión en progreso rumbo al estatus de disciplina científica; profesión transdisciplinar del campo de las ciencias sociales y de la salud, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano, implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud, tiene como beneficiario al sujeto como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de análisis (Tomasina et al., 2011).

Sensibilización del profesional de enfermería ante la pérdida perinatal

Abordar la pérdida perinatal es una tarea delicada, dicha experiencia no deja indiferentes a los profesionales, sobre todo cuando no saben cómo deben comportarse, ni cómo acompañar y cuidar a una mujer cuando ha sufrido una pérdida. Es necesario, por tanto, saber cómo se interpretan y se abordan las

pérdidas perinatales y las percepciones alrededor de dicho fenómeno. En este sentido, acompañar y cuidar a la mujer que ha sufrido una pérdida perinatal no es algo que deba improvisarse, por lo que es necesaria una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. La formación es la llave que permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo la pérdida perinatal (Montero et al., 2011).

Cuando el profesional de enfermería esta sensibilizado esto le permite ampliar sus horizontes y la manera de trabajo empleando tres elementos clave para el cuidado de la mujer en situación de pérdida perinatal: empatía, comunicación efectiva y acompañamiento.

Empatía: La empatía es un concepto complejo y multidimensional, constituido por dimensiones morales, cognitivas, emotivas y conductuales. En el sector de la atención sanitaria y social, la empatía del personal es fundamental para la prestación de servicios de calidad. Una mayor empatía se ha relacionado con la mejora de los resultados de la psicoterapia, con la disminución de angustia del paciente, con la mejora de la salud mental y la satisfacción (González, Serrano, Martin & Fernández, 2014).

La empatía le permite al profesional de enfermería sentir y compartir las necesidades, temores y alegrías. Como relación personal trasciende el proceso de enfermedad y cuidado de enfermería, pues transforma en lo más íntimo a los participantes, elevando su espiritualidad y humanismo. Involucra a todos los actores de la relación enfermera-persona de cuidado-familia e impregna el cuidado de enfermería de características y valores positivos: eficacia, profesionalismo, respeto, confidencialidad y dignidad (Torres & Campos, 2010).

Comunicación efectiva: Es imprescindible que el profesional de enfermería desarrolle habilidades sociales que permitan que la comunicación enfermera/persona de cuidado se lleve a cabo eficazmente. El trabajar escuchando, con competencia transcultural, con respeto y flexibilidad, puede hacer que una situación frustrante en la relación de ayuda se convierta en un diálogo rico que lleva a ideas y opciones nuevas (Cortés, 2011).

La comunicación es un elemento primordial para el cuidado, la comunicación verbal acompañada del lenguaje corporal es un factor decisivo en la relación del personal de salud-persona de cuidado. Al tener una comunicación efectiva existe menos probabilidades de presentar ansiedad y depresión. Es importante que la mujer siempre reciba la información y el apoyo adecuado, esto ayudará a las familias a sentirse en control de la situación, es imprescindible permitirles que hablen y expresen sus deseos, temores y necesidades (Mandujano, 2013).

Acompañamiento: Este debe darse naturalmente, no quiere decir que entre más sea el tiempo de acompañamiento más va a valer, se puede estar pendiente las personas de cuidado, aunque la enfermera esté fuera de las habitaciones hospitalarias, y estar a su disposición si necesitan algo (Mandujano, 2013).

El profesional de enfermería debe facilitar a la mujer cuidados que garanticen su seguridad y confort, brindar apoyo en todo momento de forma personalizada y centralizada a satisfacer sus necesidades, en este sentido, la participación de la familia juega un papel fundamental como colaborador activo de este proceso, el hecho de que estén presentes ayuda a disminuir el estrés y la ansiedad, con un clima basado en el respeto a la intimidad, donde se cumpla la privacidad y autonomía (Virgen, Juana, Mayency & Norma, 2019).

4.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante que los profesionales de enfermería estén capacitados para responder ante los problemas actuales de salud, siendo capaces de proponer soluciones fundamentadas a través de modelos de cuidado que hagan crecer y seguir posicionando a la enfermería como profesión, disciplina y ciencia.

La mujer en situación de pérdida perinatal desde el primer momento se enfrenta a un dolor físico y emocional que es difícil de sobrellevar, en donde se desencadenan situaciones inesperadas, tanto en el momento de la hospitalización, así como cuando es dada de alta de la institución de salud. En este sentido, el profesional de enfermería es una pieza clave en cómo se va a desarrollar el proceso de afrontamiento en la mujer, pues al vivir una experiencia traumática, ellas recordarán la manera en que el profesional de enfermería otorgo atención y cuidado.

Cabe señalar que no siempre el personal se encuentra preparado para responder a estas situaciones, ya sea por falta de experiencia o de conocimientos. Como mencionan López et al. (2016), cuando la muerte aparece donde se espera una nueva vida, el equipo no preparado puede reaccionar con ansiedad y no podrá ayudar a la familia que han perdido un hijo. El equipo no capacitado en trabajar con estos padres podría responder a una pérdida mediante la evasión, por no saber qué decir o por miedo a que, en vez de ayudarlos, los afecte.

De acuerdo con Villarraga (1998) los profesionales de enfermería al sensibilizarse del cuidado en esta situación, es más posible que brinde una relación cara a cara con la mujer y su pareja. También podrá responder a las necesidades y apoyar en el momento. La mujer merece estar alejada de llantos de recién nacidos, comunes en la sala de parto y alojamiento conjunto. Las palabras sentidas

genuinamente por el profesional de enfermería, o el silencio respetuoso ante el dolor, son formas de apoyo. Las madres, padres y familia sienten muy doloroso el hecho del alejamiento, falta de palabras o mostrar indiferencia, estas actitudes se denominan como frías e inhumanas.

Por esto, es imprescindible la construcción de un modelo de cuidado de enfermería que dé respuesta a esta situación que diariamente enfrentan las mujeres, tanto a nivel estatal, nacional e internacional. De acuerdo con la World Health Organization (WHO, 2006), en México ocurren 62 muertes fetales cada día, mientras que más de dos millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida. Aunque anteriormente se ha abordado este fenómeno, sigue representando un problema con áreas de oportunidad para intervenir por el profesional de enfermería. Según López et al. (2016) las primeras investigaciones se comenzaron a realizar en los años 70, pero a pesar de esto, es un tema hasta hoy poco estudiado por la falta de reconocimiento social y del área de la salud, lo que ha repercutido en la preparación en este campo, ocasionando intervenciones limitadas o inadecuada que favorezcan en el proceso de duelo saludable de la mujer.

Con la propuesta de este modelo de cuidado se pretende no solo la creación de estrategias técnicas a implementar, sino una trascendencia en el personal, sensibilizándolo a esta realidad de salud, en donde ellos sean capaces de observar y evaluar el cuidado que otorga, y si es necesario poder modificarlo en pro de las personas de cuidado. El modelo está dirigido al cuidado de la mujer durante los primeros momentos después de la pérdida perinatal durante la hospitalización, debido a que el cuidado de enfermería que se recibe en esta primera estancia condicionará la forma de elaboración del duelo posterior a su egreso, por tanto, se

pretende lograr una repercusión favorable para la mujer una vez que vuelva a su hogar, cuente con los elementos suficientes para lograr y vivir un duelo saludable.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

- Capacitar y sensibilizar al personal de enfermería para favorecer el proceso de duelo saludable en la mujer en situación de pérdida perinatal.

4.3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar al profesional de enfermería los conocimientos necesarios para identificar las necesidades de la mujer en situación de pérdida perinatal.
- Sensibilizar al profesional de enfermería respecto a las necesidades de la mujer en situación de pérdida perinatal.
- Desarrollar en el profesional de enfermería habilidades de comunicación efectiva con la mujer en situación de pérdida perinatal.
- Facilitar estrategias útiles para el acercamiento y acompañamiento en el inicio del proceso de duelo en la mujer en situación de pérdida perinatal.

4.4. Esquema del modelo de cuidado



4.5 Descripción del esquema de modelo

Como primer elemento se observa una enfermera que representa al personal de enfermería que está en contacto con la mujer en situación de pérdida perinatal, la cual tiene los ojos cerrados, que hace referencia a la necesidad de empatía, es decir la capacidad de comprender y ponerse en los zapatos de la mujer en situación de pérdida perinatal. Con las manos cruzadas sostiene un corazón, esto representan el soporte para la mujer, el corazón rosa representa el entorno de amor, empatía, comprensión, comunicación, acompañamiento que la enfermera debe proporcionar.

Dentro de este corazón se ve la silueta de una mujer que representa a la mujer en situación de pérdida perinatal, rodeada de los sentimientos negativos y dificultades que comúnmente experimenta la mujer durante el proceso de duelo. En sus manos, contiene un corazón azul que representa el cuidado de enfermería que necesita, y unos colibrís volando que simbolizan el bebé perdido y al proceso de duelo saludable.

Todo esto rodeado de siluetas y puntos de colores que representan la sensibilidad, el conocimiento y la comunicación efectiva que tiene que haber por parte del personal de enfermería para ayudar a la mujer en el comienzo de un proceso de duelo saludable.

4.6 Conceptualización de los elementos del modelo

Profesional de enfermería: Personal de enfermería con conocimientos científicos enfocada en preservar la salud de la mujer en situación de pérdida perinatal a través de diversas acciones fundamentadas. Busca el ambiente más sano para la persona, hace uso y creatividad de los recursos disponibles. Es una persona con alta calidad y calidez humana, valores y amor por su profesión lo que le permite mostrar interés para brindar el cuidado a las mujeres en situación de pérdida perinatal, usa su sentido de empatía y comprensión. Es perceptivo para identificar las respuestas humanas de la mujer y con base a esto logra establecer una relación y encontrar el momento oportuno para abordar a la persona de cuidado en un ambiente de comunicación, confianza, respeto, responsabilidad y con calidez.

Mujer en situación de pérdida perinatal: Persona que atraviesa la pérdida involuntaria de un hijo, independientemente de la edad gestacional o el peso de este, acompañada de pérdida de ilusiones, sueños y esperanzas de una vida formada con la presencia física de este. Ocasiona en ella sentimientos de tristeza, desesperación, desconsuelo, ira, entre otros. La mujer en situación de pérdida perinatal tiene la necesidad del cuidado profesional de enfermería que le permita afrontar la pérdida y favorecer un duelo saludable.

Bebé perdido: Es el ser que por alguna razón ha perdido la vida dentro o fuera del vientre de la madre, misma que lo ha dotado de una identidad propia, creándole un lugar en su corazón y mundo afectivo convirtiéndolo en hijo.

Cuidado de enfermería: Acción humana establecida entre el profesional de enfermería y la persona de cuidado construido en base al amor, respeto, empatía y

comunicación, capaz de comprender y satisfacer las necesidades básicas físicas y emocionales de la mujer que ha perdido a su hijo.

Sensibilización: Hace referencia al aumento de la capacidad de sentir y experimentar sensaciones y necesidades que experimenta la mujer en situación de pérdida de perinatal.

Conocimiento: Información o experiencia adquirida por una persona a través de la educación, la cual conlleva la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad, en este sentido sobre la pérdida perinatal.

Empatía: La capacidad de hacer un reflejo del otro en sí mismo, sin necesidad de haber tenido la misma experiencia de vida, siendo consciente de las necesidades de la mujer en situación de pérdida perinatal.

Comunicación efectiva: La interacción que surge entre el profesional de enfermería y la mujer en situación de pérdida perinatal, en donde son capaces de externar sus ideas hacia el otro y ser comprendidas. No necesariamente de una manera verbal pues estas expresiones pueden darse por medio del lenguaje corporal, las miradas y el estado anímico en general de la mujer.

Acompañamiento de enfermería: Es el estar auténticamente presente en los momentos más complicados para la mujer después de la pérdida y ser capaz de trascender positivamente en el otro. Hace referencia a la disposición de la atención física pero también a el apoyo emocional para la creación de tiempo de calidad donde el profesional de enfermería es capaz de establecer una conversación, otorgar una caricia, brindar palabras de apoyo o el permanecer en silencio a su lado si esta lo requiere y lo aprueba.

4.7 Estrategias para la implementación del modelo

El modelo de cuidado pretende incrementar el conocimiento, empatía, comunicación efectiva facilitar estrategias de acompañamiento y sensibilizar a los profesionales de enfermería ante las necesidades de la mujer en situación de pérdida perinatal. Permitirá que los profesionales de enfermería adquieran estrategias que pueda aplicar al momento de brindar cuidado a una mujer en esta situación. El modelo se llevará en tres fases fundamentales. La primera es la organización y gestión, en la cual se dará a conocer el modelo de cuidado con las autoridades correspondientes de la institución hospitalaria en donde se pretende implementar, y que deberá tener como característica la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La segunda corresponde a un programa de capacitación para el personal de enfermería, el cual se llevará a cabo mediante sesiones educativas que proporcionarán los conocimientos relevantes acerca del fenómeno, así mismo, se enfocarán en la sensibilización del profesional ante la pérdida perinatal, desarrollo y fortalecimiento de la empatía, la comunicación efectiva y el acompañamiento.

La tercera etapa corresponde a la evaluación del modelo, en esta se pretende identificar áreas de oportunidad para la mejora y actualización del modelo, además identificar la efectividad de la implementación del modelo.

4.7.1 Organización y Gestión

- Ponerse en contacto con los directivos del hospital de interés para implementar el modelo y con sus áreas afines (Toco cirugía, hospitalización de ginecología y/o Unidad de Cuidados Neonatales).
- Dar a conocer el objetivo y aspectos de la implementación del modelo con las autoridades correspondientes mediante una presentación en donde se explique la importancia que tiene la capacitación del personal y el cuidado para la mujer en situación de pérdida perinatal (Anexo 1).
- Invitación y reclutamiento de personal que participará en la implementación del modelo.

4.7.2 Implementación de las estrategias del modelo de cuidado

Esta etapa consta de 10 sesiones (2 sesiones semanales) las cuales se describen a continuación:

Adquisición de conocimientos sobre la pérdida perinatal

1. La primera sesión pretende otorgar al profesional de enfermería información de la pérdida perinatal. Esta sesión dará inicio con la bienvenida y presentación del programa, así como del ponente y participantes de aproximadamente 10 min. Para los 40 minutos restantes se darán aquellos temas relevantes sobre la pérdida perinatal (Anexo 2).

Desarrollo de habilidad de comunicación efectiva

2. La segunda sesión comienza con los conceptos de comunicación, tipos, beneficios y estrategias para el desarrollo de la comunicación efectiva (Anexo 3) Una vez concluida la parte teórica se procederá a un ejercicio con el personal donde

se hará un juego de roles y se les pedirá que apliquen las técnicas de comunicación aprendidas.

Sensibilización del personal ante la pérdida (Empatía y acompañamiento)

3. Para la tercera sesión se dar comienzo con la etapa de sensibilización del personal, se contará con la presencia de un enfermero tanatólogo, se iniciará con los conceptos básicos del duelo para luego darle profundidad al duelo perinatal, esto con el apoyo de una presentación (Anexo 4).

4. En la cuarta sesión se tendrá como objetivo explicar y comprender por qué la pérdida perinatal no es reconocida sanitariamente. Para esto se iniciará una discusión con los asistentes sobre su postura y percepción ante la pérdida perinatal, lo cual permitirá obtener información sobre percepciones, sentimientos o experiencias en relación con el tema (Anexo 5). Para cerrar esta sesión, se hablará sobre cómo le afecta emocionalmente al personal de enfermería la pérdida perinatal y como es que esto puede repercutir en el cuidado que otorga.

5. En la quinta sesión se inicia con los conceptos básicos de cuidado. Posteriormente que, es el cuidado para la mujer en situación de pérdida perinatal, y el impacto positivo que se puede dar en ellas, tanto en el transcurso de la hospitalización como una vez dadas de alta. Para finalizar la sesión, se analizarán diferentes casos en donde se describen situaciones reales, tras lo cual se plantea un problema sobre el que los asistentes deben proponer una solución, explicando como actuarían y como aplicarían el cuidado (Anexo 6).

6. La sexta sesión pretende ser una de las partes clave de la sensibilización, pues se realizará un foro con mujeres voluntarias que hayan vivido una pérdida

perinatal y deseen compartir sus experiencias. Al escuchar directamente las historias de mujeres, los profesionales de enfermería serán capaces de situarse en la realidad y practicar la escucha activa los temas vistos previamente, y analizar los aciertos y errores de cada caso. Se fomentará la empatía pues tendrán la oportunidad de conocer el otro lado de la historia y ponerse en el lugar de estas mujeres.

7. Durante la séptima sesión se iniciará dando lectura individual de un texto relacionado a la pérdida perinatal, y después se hará una mesa redonda donde se analicen y se contextualice en la realidad lo leído. Con la finalidad de seguir desarrollando la empatía en el profesional de enfermería hacia la mujer en situación de pérdida perinatal (Anexo 7).

8. Octava sesión comenzará con una meditación guiada y ejercicios de respiración (Anexo 8). Finalmente, se procederá con un ejercicio en el espejo (Anexo 9), el cual consiste en colocarse delante de un espejo, después, el enfermero se mirará a los ojos y se responderá algunas preguntas que otorgará el facilitador. Al término cada uno compartirá su experiencia. El realizar este ejercicio permitirá a los enfermeros conectar con su interior, analizar su personalidad, sus pensamientos y conocerse mejor. Así mismo, ayudará a frenar el ritmo tan frenético del hospital para reconectarse con ellos mismos, y con la realidad. Mediante la introspección serán capaces de poder reflexionar acerca de su vida y conocer mejor qué ocurre en su mente y sus emociones, y como estas influyen en el cuidado que otorgan.

Desarrollo de estrategias para el acercamiento a la mujer en situación de pérdida perinatal

9. Novena sesión se mostrarán estrategias para encontrar el momento oportuno y la manera de acercarse a la mujer en situación de pérdida perinatal, así como las palabras más apropiadas para comunicarse efectivamente, y cuales frases no están acorde aun cuando su intención no sea negativa. Para cerrar esta sesión, se pretende realizar una dramatización que consiste en la interpretación teatral respecto a la comunicación efectiva. Esta se empleará para ensayar las sugerencias o soluciones propuestas para la situación de la vida real (Anexo 10).

10. La última sesión consistirá en visualizar un video (Anexo 11) sobre la pérdida perinatal. Para concluir el programa, cada uno compartirá su experiencia, aprendizaje y su perspectiva actual ante la pérdida perinatal y su actuar a partir de ahora.

5. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL MODELO

Esta fase tiene como propósito evaluar el conocimientos y habilidades adquiridas durante las sesiones, y así como también identificar áreas de oportunidad de la implementación del modelo.

Como parte del proceso de evaluación de los conocimientos teóricos, el primer día en la sesión uno se aplicará a el profesional una evaluación escrita sobre los conocimientos relacionados a la pérdida perinatal (Anexo 12) acerca de los conocimientos sobre el tema, misma que se aplicará al finalizar el programa.

También se utilizará la versión traducida y adaptada al español (Mota et al., 2010) de la Perinatal Grief Scale ([PGS] ; Potvin et al, 1989. Esta escala consta de 33 afirmaciones con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Los reactivos están distribuidos en tres subescalas, de 11 reactivos cada una: a) Duelo activo, que corresponde a las reacciones normales del duelo; b) Dificultad para afrontar la pérdida, que describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja, y c) Desesperanza, que indica síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo (Anexo 13).

Así mismo, se utilizará una adaptación (Vesga, 2013) de la escala de cuidado profesional [CPS] de la Dra. Kristen Swanson (Anexo 14) mediante este instrumento y con la experiencia de las propias mujeres se logrará evaluar si el profesional de enfermería desarrolló habilidades de comunicación efectiva, su sensibilidad ante la



situación de pérdida perinatal, y si dispone de estrategias útiles para el manejo de duelo.

Estos dos instrumentos serán aplicados por el jefe de área con cada una de las mujeres en situación de pérdida perinatal, previamente a su egreso. Posterior a la décima sesión. Cada mes se tendrán sesiones de reforzamiento por 6 meses posteriores en las cuales los participantes en la implementación del modelo podrán comentar y dialogar sus experiencias al otorgar cuidado a la mujer en situación de pérdida perinatal después de haber tomado el programa y cuáles son los elementos que aún necesitan reforzar.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La elaboración de este modelo se apegó a la ley general de salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014), título segundo, Capítulo I de la investigación con seres humanos, en donde se mencionan los principios éticos a seguir. Se tomó en cuenta el artículo 13 el cual menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al respecto se contó con el consentimiento de cada uno de los participantes para realizar las entrevistas y utilizar la información para la creación de este proyecto.

Este trabajo es considerado como una investigación de riesgo mínimo debido a que se utilizaron solo técnicas y métodos de investigación cualitativa (entrevistas y observación), y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se tomó en cuenta el capítulo IV de la investigación en mujeres en puerperio, ya que se trabajó con mujeres que atravesaban esta etapa. De acuerdo con lo marcado por el artículo 50, este trabajo no interfirió en la salud de la mujer.

Por último, se tomó en cuenta el título sexto sobre la ejecución de investigaciones en las instituciones de atención a la salud, ya que de acuerdo con el artículo 113, esta estuvo a cargo de un profesional de la salud y se contó con la autorización del jefe responsable de adscripción.

En el modelo y sus estrategias se considera el código de ética para las enfermeras y los enfermeros de México, expedida por la Comisión Interinstitucional de Enfermería, apoyada por la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Innovación

y Calidad, Consejo internacional de enfermeras (2012), en donde se menciona la importancia de la enfermería, ya que es una disciplina fundamental en el equipo de salud y su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida.

En dicho código se especifican los deberes de enfermería con la persona de cuidado. Respetar la vida, los derechos humanos y, por consiguiente, el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado, mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias, proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud. Mantener una conducta honesta y leal, conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad, salvaguardando en todo momento los intereses de la persona, fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona, otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Así mismo señala los deberes de la enfermera como profesionista. Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión, asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo, prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad, ofrecer servicios de

calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias. Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente, actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

Se destacan que también los deberes de la enfermera con sus colegas y con su profesión, primordiales para el desarrollo de este modelo ya que este se debe dar en el ambiente más adecuado y con un gran compromiso profesional, compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión, respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos, mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos, mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional, contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Este modelo se desarrolló con base a las obligaciones y derechos del profesional de enfermería como de la persona de cuidado anteriormente descritos, por lo que siempre se deberá respetar a la persona, su integridad y su voluntad en la implementación de este modelo.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Después de la revisión bibliográfica para realizar el estado del arte, la experiencia en las dos residencias y la construcción del acercamiento a la realidad es claro que el cuidado para la mujer en situación de pérdida perinatal a pesar de haber sido ya abordado anteriormente de diferentes maneras no deja de ser un área de oportunidad para enfermería, pues actualmente aun es un área descuidada. El presente modelo pretende lograr un cambio en el profesional de enfermería, donde este sea capaz de empatizar y establecer una relación de ayuda y confianza con la mujer desde el primer momento después de la pérdida perinatal, a través de la sensibilización, y así contribuir a que la mujer viva su duelo de una manera saludable.

También se pretende lograr que el profesional de enfermería tenga los elementos suficientes para enfrentar esta situación, con una preparación suficiente para sentirse confiado y capaz de otorgar cuidado físico y emocional a la mujer en esta situación, lograr una comunicación efectiva donde la mujer sea capaz de expresar sus necesidades y el profesional pueda comprender y satisfacer sus necesidades.

Se espera que los conocimientos y estrategias puedan ser utilizadas por los profesionales de enfermería en el cuidado en cualquiera de las áreas donde se tenga contacto con la mujer en situación de pérdida perinatal, como tococirugía, hospitalización de ginecología o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Este modelo tiene su parte innovadora, debido a que va dirigido a fomentar la sensibilización, dando un enfoque diferente donde se prepara directamente al profesional para que cuente con las herramientas necesarias para otorgar el cuidado óptimo a la mujer en situación de pérdida perinatal y ella sea capaz de afrontar el proceso de duelo. Considerando que los primeros momentos después de la pérdida podrían condicionar la manera en la que lo experimente y afronte.

Este modelo hace un enfoque especial en el desarrollo de la profesión de enfermería, no solo de una manera asistencial pues también se pone en práctica el pensamiento crítico y la creatividad. Así como el lado administrativo, en donde el personal a cargo es capaz de dirigir la implementación del modelo con los profesionales a su cargo. También favorece el desarrollo del profesional en el área docente, pues son enfermeros quienes actuarían como facilitadores de las sesiones con el personal. Por último, en el ámbito de la investigación, este modelo servirá como referencia para futuras investigaciones e intervenciones por parte del profesional de enfermería en cuanto al fenómeno de estudio.

REFERENCIAS

- Alvarado, G., R. (2019). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5), 304-11
- Arsenault, D. C., & Marshall, R. (2000). One foot in—one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 473-485.
- Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.
- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas psicoanalíticas*, 35(1), 71-93.
- Callahan, E. J., Brasted, W. S., & Granados, J. L. (1983). Fetal loss and sudden infant death: Grieving and adjustment for families. In *Life-Span Developmental Psychology*. Academic Press.
- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, M. P., Llompert, V., & San Martín, M. E. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(3), 108-112.
- Carrera, J., M. (2007). Recommendations and guidelines for perinatal medicine. Barcelona: *World association of perinatal medicine*.
- Chipana Beltrán, F. N. (2015). Vivencias y significado de duelo de la madre que ha sufrido una muerte neonatal Huancayo 2013.

- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Disponible en: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
- Cortés, M. (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1), 55-61.
- De la Caridad, A., & Williams, C. (2015). Identificación de necesidades de aprendizaje en los Licenciados en Enfermería que laboran en los servicios Materno-Infantil. In *4ta Jornada Científica Sociedad Cubana de Educadores de la Salud*. Disponible en: <http://www.socecsholguin2015.sld.cu/index.php/socecsholguin/2015/paper/viewPaper/67>
- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research PressPub.
- Erlandson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L., & Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Sage.
- Elorz López, J. (2016). Guía para la atención de la muerte perinatal.
- Fuentetaja, A. M. L., & Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e25), 1-24.
- Fuhrer Carrasco, I. A. (2020). (Tutorías en Instituto Centta, c/Orense 27) Duelo perinatal e identidad materna. Un proceso de pérdida y deconstrucción.
- García M., Á. (2009). La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275-279.

- González, B. J. T., & Quintero, M. D. C. (2009). Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- González-Serna, J. M. G., Serrano, R. R., Martín, M. S. M., & Fernández, J. M. A. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1), 53-60.
- Hernández Sánchez, M., Horga de la Parte, J. F., & Navarro Cremades, F. (2007). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. *Recuperado de: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf>*.
- Juárez R., & García, C. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109-111.
- Kofman, S. & Imber, R. (2005). *Pregnancy*. En S. Feig, *What do mothers want? Developmental Perspectives, Clinical Challenges*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Kowalski, K. (1987). Perinatal loss and bereavement. *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, 3, 25-42.7
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- Tomasina, F., González, O. P., Carrasco, A., Delfino, M., & Pi, V. (2011) El cuidado humano Reflexiones (inter)disciplinarias. Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files_ftp/libros/El-CuidadoHumano.pdf
- López Crespo, C. (2018). *El acompañamiento espiritual en Enfermería. Revisión narrativa* (Bachelor's thesis)

- López, G. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- López, I. M., Arbelo, C. G., & Guisado, M. D. M. S. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309.
- Marín, M. D., Cortes, A. L., Sanz, Y. M., & Serrano, R. M. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería global*, 14(1), 170-191.
- Mandujano, U. (2013), Abordaje en la muerte perinatal y neonatal. Asociación Mexicana de Tanatología (Tesis de diplomado). México. Disponible en: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/116%20Abordaje.pdf>
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4(80), 73-80.
- Martínez, M., E. (2016). *Propuesta de un programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal* (Tesis de especialidad). Universidad de Lleida, España.
- Molina Velastegui, L. L. (2017). *Depresión ante duelo perinatal* (Bachelor's thesis).
- Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(6), 1-8.
- Moon, F., Ch. & Gordon, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2532-2541.

- Mota González, C., Calleja Bello, N., Aldana Calva, E., Gómez López, M. E., & Sánchez Pichardo, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428.
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 1020-1028.
- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, (15), 0-0.
- Pastor, M. S. M., Romero, S., J. M., Hueso, M., C., Lillo, C., M., Vacas, J., A. G., & Rodríguez, T., M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.
- Ramos, M. (2009). Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3).
- Rocha, K. P., & Do Prado, L. M. (2008). Modelo de Cuidado¿ Qué es y cómo elaborarlo?. *INDEX de Enfermería*, 17(2), 128-132.
- Roy, C. (2008). *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson.
- Ruiz, J. (2008). Apuntes y notas de enfermería materno infantil. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>

- Santos, P., Yáñez, A., & Al-Adib, M. (2015). Guía de atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. *Servicio Extremeño de Salud*. 1(269).
- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptom.html>
- Strauss, C. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, 2, 194-216.
- Tinedo, M. J., Santander, F., Alonso, J., Herrera, A., Colombo, C., & Díaz, M. (2016). Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 20(2), 37-43.
- Tizón, J.L. (2004). Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Torres, L. C., & Campos, M. G. (2010). La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera-paciente. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 18(3), 120-4.
- Uribe, G. S. (2006). *Para vivir los duelos*. Editorial San Pablo.
- Vargas, M. G., Higuera, C. G., & Muñoz, D. A. J. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.
- Vesga Gualdrón, L. M. (2013). Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la doctora Kristen Swanson version en español. *Facultad de Enfermería*.

- Villarraga, L. (1998). Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. *Avances en enfermería*, 16(1-2), 23-29.
- Virgen, C. F., Juana, L. M. C., Mayency, M. P., & , A. H. (2019). Resultados del cuidado-enfermero en la atención humanizada del parto. Hospital Guevara. Enero-mayo 2019. In *XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería*.
- Wallace, L., & Lara, L. (2020). El derecho de acompañamiento durante el parto. *Revista Horizonte de Enfermería*, 20(2), 45-51.
- Watson, J. (1979). The philosophy and science of human caring. *Boston, MA: Little.*
- World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>
- Zabalegui, Y. A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.



ANEXOS

Anexo 1. Presentación del modelo

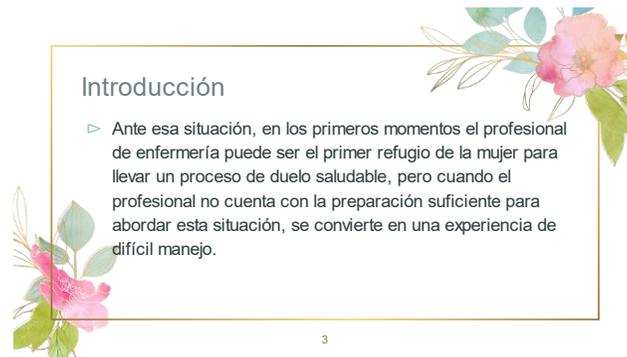


Universidad Autónoma de Chihuahua

Fac. Enfermería y Nutriología

Cuidado profesional para la mujer en situación de pérdida perinatal

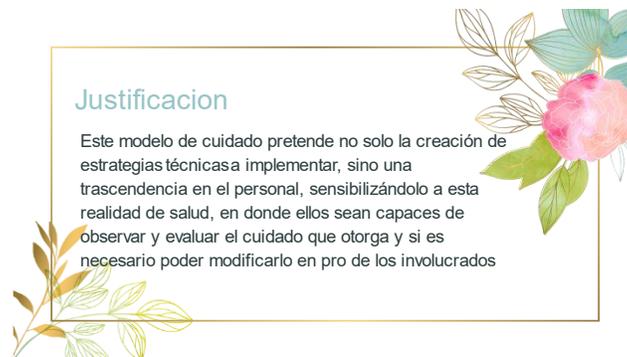
Presenta: L.E. Victoria Ili Valenzuela Arellanes
Tutor: DCE. Vicente Jiménez Vázquez



Introducción

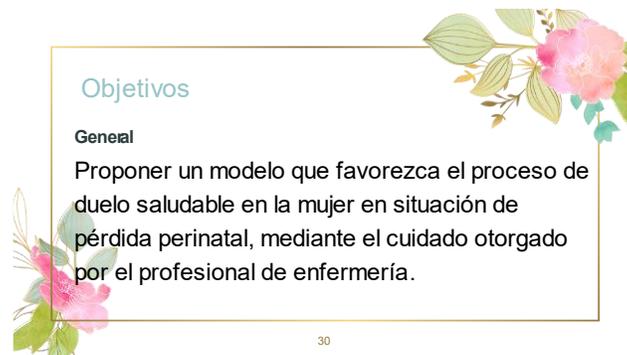
▶ Ante esa situación, en los primeros momentos el profesional de enfermería puede ser el primer refugio de la mujer para llevar un proceso de duelo saludable, pero cuando el profesional no cuenta con la preparación suficiente para abordar esta situación, se convierte en una experiencia de difícil manejo.

3



Justificación

Este modelo de cuidado pretende no solo la creación de estrategias técnicas a implementar, sino una trascendencia en el personal, sensibilizándolo a esta realidad de salud, en donde ellos sean capaces de observar y evaluar el cuidado que otorga y si es necesario poder modificarlo en pro de los involucrados



Objetivos

General

Proponer un modelo que favorezca el proceso de duelo saludable en la mujer en situación de pérdida perinatal, mediante el cuidado otorgado por el profesional de enfermería.

30

Anexo 2. Presentación sobre pérdida perinatal

Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología

Modelo de Cuidado
Conocimientos Teórico-Científicos

Etapa Perinatal

- Según la Organización Mundial de la Salud, el período perinatal empieza a las 22 semanas de gestación y termina siete días después del alumbramiento.

(Blasco, Cruz, Cogle & Navarro, 2018)

Perdida Perinatal

- Se considera perdida perinatal a la muerte del producto ya sea intrauterina y/o pérdida del neonato, es decir se considera en general como muerte perinatal a la muerte del feto dentro del vientre materno o dentro de los siete días después del parto.

(Blasco et al., 2018)

Causas y Factores de riesgo

En algunos países esto incluye la pobreza, la salud de la madre y la calidad de la atención prenatal devienen factores que determinan la mortalidad fetal y neonatal. (Blasco , 2018)

(Blasco et al., 2018)

Anexo 3. Presentación estrategias de comunicación



Comunicación

- + La comunicación es considerada el proceso fundamental más efectivo que permite a las personas interrelacionarse y lograr acuerdos para beneficiar los procesos personales, culturales, políticos y gerenciales de su interés y desarrollo (Romero, 2014)



Comunicación verbal y no verbal

- + La comunicación no verbal tal como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura supone más del noventa por ciento del significado recibido del mensaje. (Elorz López, 2016)



Técnicas para la comunicación

- + Es imprescindible permitirles que hablen y expresen sus deseos, temores y necesidades.
- + Reducir la “distancia” puede lograrse fácilmente con pequeños gestos, por ejemplo, quitándose la bata blanca, que es un símbolo clínico; esto disminuye la intimidación familiar. (Elorz López, 2016)



Anexo 4. Presentación conceptos básicos del duelo



Duelo

+ Es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa en la cual los deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes

Negación

+ Kübler-Ross(2) definió negación como la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real la pérdida.



Depresión

+ Son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento



Anexo 5. Guía de discusión

Preguntas de introducción
1. ¿Como es un día en tu puesto de trabajo?
2. ¿Qué funciones y responsabilidades desempeñas?
3. ¿A quién le reportas tus actividades?
Preguntas específicas
4. ¿Cuál es tu postura y percepción ante la pérdida perinatal?
5. ¿Has experimentado una situación de parida perinatal en tu trabajo?
6. ¿Cómo la manejaste?
Preguntas de oportunidad
7. ¿Cómo consideras que ha sido tu desarrollo profesional ante esta situación?
8. ¿Consideras que cuentas con los elementos necesarios para abordar la situación? ¿Qué es lo que te hace falta?
9. ¿Cómo podrías mejorar tus actividades profesionales ante la pérdida perinatal?

Anexo 6. Ejemplo de caso sobre pérdida perinatal

Mi pedacito de Amor

Siempre me negué a querer tener hijos porque mi hermana mayor tuvo tres pérdidas, pero en el fondo de mi ser anhelaba un bebé conocí a un hombre maravilloso y después de estar un tiempo juntos me enteré de que mi pedacito de amor estaba en camino no sabía que hacer fueron tantos sentimientos encontrados y lágrimas el miedo y la alegría juntos.

Mi embarazo estaba bien solía tener manchados y la espalda me dolía mi ginecóloga dijo que era normal, anuncie mi embarazo el 10 de septiembre cuando mi novio y yo viajamos lo hicimos en una playa de San Francisco, pasaron sólo dos semanas cuando el 22 de septiembre desperté sintiendo mucho dolor intentaba dormir pero el dolor no se iba me levante fui al baño y vi flujo diferente, le marqué a mi novio le dije tengo mucho dolor, él dijo vamos a la emergencia llegamos y la espera fue larga el dolor no se iba pero al pasar me revisaron vi a mi bebé en la última ecografía él estaba bien su corazón latía y se miraba hermoso me dijeron es solo una infección lo que te provoca el dolor.

Regresamos a casa dormí bien pero cuando desperté a cenar el dolor regreso terminando la cene me dirigí al baño cuando sentí un bajón eran chorros de sangre, volvimos a la emergencia y el dolor se hizo más profundo estando en la emergencia sentí ganas de orinar era que mi fuente se había reventado, me pasaron a un cuarto en cuanto pude acostarme mi bebé nació fue el momento más amargo de mi vida ya que mi bebe solo tenía 17 semanas al ver las caras de los doctores supe que mi bebé ya se había ido, no tuve el valor de ver a mi bebé solo lo recuerdo en la última ecografía, me he negado desde ese día a ver a mi familia a contestar llamadas o mensajes ya que ninguna palabra podrá aliviar ese dolor que siento de que mi pedacito de amor ya no esté creciendo dentro de mi odio verme al espejo y no ver mi pancita, las noches son largas y frías los recuerdos, los ¿Por qué ?, ¿por qué mi bebé?, ¿por qué a mí? Están presentes, también está ese dolor que quema que se hace más intenso cada día.

Anexo 7. Texto relacionado a la pérdida perinatal

La pérdida perinatal un duelo silenciado

El duelo gestacional sigue siendo un tema tabú, de hecho, es un proceso que tiende a ser invisibilizado que no se ajusta a la realidad social. Entre el 10 y 20% de los embarazos confirmados acaban durante el primer trimestre del embarazo, por lo que es necesario potenciar actuaciones que contribuyan a respetar a los progenitores y a visibilizar las pérdidas gestacionales y perinatales. “Ahora lo que tenéis que hacer es pensar en que el próximo embarazo irá bien”. Esta frase es la que escuchan muchas parejas cuando se les comunica que el bebé que estaban esperando ha fallecido dentro del útero materno.

No se trata solamente de una pérdida física, también se trata de la pérdida de un proyecto de vida, de una ilusión. Según los datos reportados por la evidencia disponible, entre el 10 y 20% de los embarazos confirmados acaban antes de la semana 12 de gestación. No se conoce una causa exacta, aunque si la pérdida se da durante las primeras semanas del embarazo suele deberse a anomalías congénitas del feto. Respecto al origen de la pérdida es necesario destacar que pasar por situaciones estresantes a lo largo del embarazo o padecer un trastorno psiquiátrico no se asocia con la pérdida perinatal, aunque sí se asocia con un menor estado de salud y bienestar en la madre y en el futuro bebé.

Tal y cómo se puede leer en la primera línea, el duelo gestacional suele ser silenciado e invisibilizado, por lo que se vive en soledad. Se trata de una pérdida que en primera instancia provoca un estado de shock en los progenitores porque implica la pérdida de todo un imaginario sin disponer de información que facilite asimilar este suceso. Además de que la información que obtienen los progenitores es escasa, suele contener el mensaje “mira hacia el futuro”, por lo que no se está dejando espacio para reconocer el duelo y vivir este proceso de forma consciente.

Alrededor de este evento vital estresante existe la falsa creencia de que cuanto más avanzado está el embarazo más grande es el duelo, del mismo modo que tampoco es cierto que solamente es la madre quien vive esta pérdida de cerca

y con dolor. La pareja suele ser olvidada en esta experiencia, pero hay que recordar que lo que se ha perdido es un proyecto de familia, en el que ambos progenitores deben ser incluidos para ayudarles a elaborar un duelo que permita asimilar la pérdida.

No obstante, cabe destacar que para el resto de la familia puede ser más difícil que para los progenitores reconocer este duelo porque el bebé no estaba en su cuerpo y tampoco en su proyecto, o por lo menos no lo estaba de una forma tan cercana. Dada la tendencia a sustituir la pérdida con frases como “pronto vendrá otro” es necesario validar el dolor y reconocer la pérdida. Hay algunos puntos en los que se pueden aplicar estrategias para ayudar a elaborar este duelo, y uno de ellos es el momento en el que se comunica la pérdida.

Esta noticia suele recibirse en la sala de urgencias de un centro sanitario o en el servicio de maternidad, en el que la pareja está rodeada de gestantes y bebés, lo que hace que la experiencia sea más traumática porque están rodeados de todo aquello que ellos no están viviendo y otras personas sí. Por este motivo es de ayuda comunicar la noticia en un espacio físico aislado, con un entorno que acompañe y que permita a los progenitores tener tiempo para exponer y reconocer sus emociones, así como para resolver todas aquellas dudas que tengan.

Otro aspecto que ayuda a elaborar el duelo es ofrecer a los progenitores la posibilidad de ver el cuerpo del bebé. No se trata de obligarlos o convencerlos a presenciar el cuerpo, sino de darles la alternativa y que sean ellos los que decidan, así pueden sentirse más respetados y que se les está tomando en serio.

Algunas maneras de proporcionar apoyo

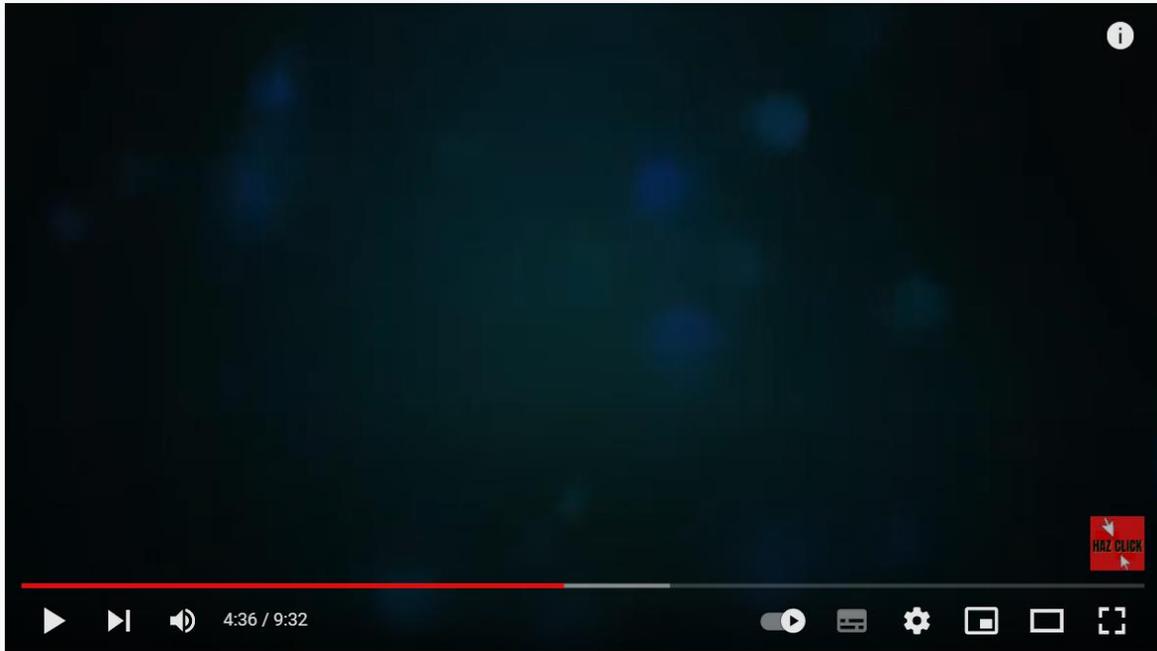
- Intentar no racionalizar la pérdida
- Reconocer y validar la pérdida
- Ofrecer escucha activa a los progenitores y familia que ha sufrido la pérdida



- Intentar estimar si la pareja quiere contacto en aquel momento o prefieren estar solos
- Ayudar a obtener ayuda y opciones de apoyo y mantener su privacidad.

Anexo 8. Meditación guiada para el autoconocimiento y ejercicios de respiración

https://www.youtube.com/watch?v=YFrKP_2H5HI



#Autoconocimiento #Espiritualidad #GestiónEmocional

🔔 Meditación guiada. Sintiéndome A Mi | Espiritualidad y Autoconocimiento

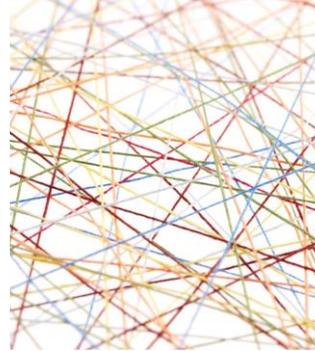
Anexo 9. Ejercicio en el espejo para el autoconocimiento

- La persona se coloca frente a un espejo, viéndolo fijamente en silencio
- Realiza 3-4 respiraciones profundas.
- Con ayuda del facilitador se hacen las siguientes preguntas: ¿qué ves en el espejo? ¿cómo es la persona que te mira desde el espejo? ¿lo conoces? ¿qué cosas buenas tiene esa persona? ¿qué cosas malas? ¿qué es lo que más te gusta de esa persona? ¿cambiarías algo de la persona del espejo? ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?
- Al término cada uno compartirá su experiencia. El realizar este ejercicio permitirá a los enfermeros conectar con su interior, analizar su personalidad, sus pensamientos y conocerse mejor. Mediante la introspección serán capaces de poder reflexionar acerca de su vida y conocer mejor.

Anexo 10. Estrategias de acercamiento a la mujer

Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología

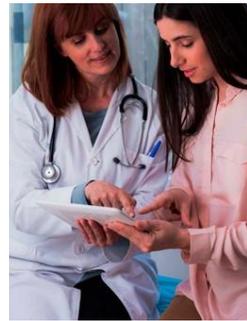
Modelo de cuidado
Estrategias para acercarse a los padres



¿Qué hacer?

Preséntate, usa tu nombre

Empieza por decir tu nombre y el cargo que tienes en el centro. Es una manera muy buena de acercarte a los padres o a sus familiares.



Escucha



Puedes mostrar tu pesar por la muerte. No puedes aliviarles el dolor ni quitárselo, pero puedes compartirlo y ayudarles a sentir que no están solos. Debes evitar comenzar conversaciones si no estás dispuesto a escuchar y prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras, etc. Necesitarán hablar del bebé sin represiones.

Hablar con ellos cuando estén listos

Los afectados necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación. No les digas lo que deben hacer o sentir, no les juzgues.



Anexo 11. Enlace video pérdida perinatal

<https://www.youtube.com/watch?v=Tp9HRtjMyY8>



¿Qué aprendemos de la pérdida de un bebé? | Ana Almansa | TEDxPuertadePurchena

Anexo 12. Evaluación de conocimientos sobre pérdida perinatal

Nombre: _____ Fecha: _____

Conteste las siguientes preguntas:

1. De acuerdo con lo establecido por la OMS ¿Cuál es el periodo perinatal?
 - a) El período perinatal empieza a las 22 semanas de gestación y termina siete días después del alumbramiento.
 - b) El periodo perinatal empieza a las 12 semanas de gestación y termina en el alumbramiento
 - c) El periodo perinatal empieza en el momento de la gestación y termina un mes después del alumbramiento

2. ¿Conoce usted lo que es una pérdida perinatal?
 - a) Se considera pérdida perinatal a la muerte del producto ya sea intrauterina y/o pérdida del neonato
 - b) Se considera pérdida perinatal a la muerte intrauterina del producto
 - c) Se considera pérdida perinatal a la muerte del neonato

3. ¿Se considera pérdida perinatal a el aborto espontaneo o inducido, interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna, reducción selectiva en embarazos múltiples, el otorgar un hijo en adopción?
 - a) Si
 - b) No

4. Mencione 6 causas y factores de riesgo de la pérdida perinatal

Anexo 13. Escala de duelo perinatal

Mota et al. (2011)

Instrucciones: De acuerdo con cómo se siente en este momento, responda lo siguiente.

Aspectos para evaluar	1. Definitivamente si	2. Probablemente si	3. Probablemente no	4. Definitivamente no
1.- Me siento deprimida				
2.- Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3.- Tomo medicina para los nervios				
4.- Me siento vacía				
5.- No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6.- Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7.- Siento necesidad de hablar de mi bebé				
8.- He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9.- Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10.- Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11.-Intento reír, pero ya nada me parece gracioso				
12.- Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13.- Estoy asustada				
14.- Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15.- Siento que estoy retomando de nuevo mi vida*				
16.- Extraño mucho a mi bebé				
17.- Necesito justificarme frente algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18.- La mejor párate de mí se perdió con mi bebé				
19.- Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20.- Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21.- Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22.- Me enoja cuando pienso en mi bebé				
23.-Me siento como muerta en vida				
24.- Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25.- Lloro cuando pienso en mi bebé				

26.- Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27.- Siento que es mejor no amar				
28.- El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29.- Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30.- Mi futuro me preocupa				
31.- Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32.- Es maravilloso estar vivo				
33.- Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34.- Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35.- Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36.- Siento gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Anexo 14. Escala de cuidado profesional

Swanson, K. (2013)

Instrucciones: De acuerdo con el cuidado que le otorgó el personal de enfermería, responda las siguientes preguntas.

	Nunca (0)	Algunas veces si algunas veces no (1)	La mayoría de las veces (2)	Siempre (3)
1. ¿La hizo sentir bien?				
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted?				
3. ¿La escuchó con atención?				
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?				
5. ¿Demostró interés por lo que le sucedía?				
6. ¿Fue respetuoso con usted?				
7. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?				
8. ¿Demostró que estaba preparado para hacer su trabajo?				
9. ¿Le brindó ayuda y colaboración?				
10. ¿Se sintió cuidada?				
11. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones que hay que seguir?				
12. ¿Fue amable con usted?				
13. ¿La trato como persona?				