

---

# PROPUESTA DE MEJORA A PROGRAMA DE APOYO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO POR UNA PÉRDIDA PERINATAL

---

Trabajo de Fin de Grado en Enfermería. Facultad de las Ciencias de la  
Salud. Universidad Pública de Navarra.

Autora: Nerea Marquínez Pascual

Tutora: Rosa García-Orellán

Curso académico: 2019-2020

Convocatoria de defensa: Mayo 2020

## RESUMEN

Aproximadamente un cuarto de los embarazos concluye en muerte perinatal, pero, a pesar de ello, durante siglos estas pérdidas han sido un tema tabú y las familias que las sufren este tipo de situaciones se han visto obligadas a hacerles frente sin ningún tipo de apoyo.

En este proyecto, tras consultar la evidencia científica, se puede observar que para los padres es de vital importancia y necesidad tratar el proceso de duelo que precede a la pérdida del bebé, para poder evitar complicaciones que les puedan perseguir el resto de sus vidas. En este ámbito, cabe destacar la relevancia del personal sanitario, para guiar, informar y apoyar a las familias durante el proceso.

En Álava existe el programa “Brazos vacíos”, un programa que da apoyo y seguimiento a padres y madres que han sufrido una pérdida gestacional. El objetivo de este trabajo consiste en evidenciar el duelo que ocurre tras este tipo de pérdidas, así como alfabetizar y ofrecer diferentes redes de apoyo a estas familias completando el programa “Brazos vacíos” con la formación de un grupo terapéutico y creando diferentes redes en internet.

Palabras clave: duelo, pérdida perinatal, aborto espontáneo, terapia grupal.

Número de palabras (sin incluir resumen, tablas, anexos, figuras y bibliografía): 13.232

## ABSTRACT

Around a quarter of pregnancies conclude with fetal death; however, perinatal loss has been a taboo subject for centuries, and families who suffer these type of losses have been forced to face them without any type of support.

In this project, after consulting the scientific evidence, it can be seen that for parents it is crucial and necessary to cope with the grief process that precedes the loss of the baby, in order to avoid complications that may haunt them for the rest of their lives. Within this field, it is worth highlighting the relevance of health personnel, to guide, inform and support families during the process.

In Álava there is the “Empty Arms” program, which provides support and follow-up care to parents who have suffered a gestational loss. This paper aims to highlight the grief that occurs after this type of loss, as well as to teach and offer different support networks to these families, completing the “Empty Arms” program with the formation of a therapeutic group and creating different networks on the Internet.

Key words: mourning, perinatal loss, miscarriage, group therapy.

# ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES/JUSTIFICACIÓN .....	1
a.	<b>Introducción</b> .....	1
b.	<b>Antecedentes y situación actual</b> .....	3
<b>b.1.</b>	<i>Datos epidemiológicos</i> .....	3
<b>b.2.</b>	<i>Análisis de la situación social del problema:</i> .....	7
<b>b.3.</b>	<b>Enmarque económico:</b> .....	9
<b>b.4.</b>	<b>Enmarque político:</b> .....	10
2.	JUSTIFICACIÓN.....	12
a.	<b>Justificación personal</b> .....	12
b.	<b>Viabilidad del tema objeto de estudio</b> .....	12
c.	<b>Justificación ética</b> .....	13
3.	OBJETIVOS .....	14
a.	<b>Objetivo principal:</b> .....	14
b.	<b>Objetivos secundarios</b> .....	14
4.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	14
a.	<b>Metodología de búsqueda</b> .....	14
b.	<b>Requisitos:</b> .....	15
5.	RESULTADOS .....	16
<b>A.</b>	<b>Evidenciar los procesos de duelo</b> .....	16
<b>B.</b>	<b>Identificar programas y planes de salud existentes</b> .....	29
6.	DISCUSIÓN.....	35
7.	CONCLUSIONES .....	37
8.	PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO.....	38
a.	<b>Grupo diana</b> .....	39
b.	<b>Objetivos</b> .....	39
c.	<b>Metodología</b> .....	40
9.	AGRADECIMIENTOS.....	44
10.	ANEXO.....	45
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	52

## ÍNDICE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Onda Expansiva de las Pérdidas Neonatales .....	17
---	----

Figura 2. Ubicación centro de Salud de Zabalzana: Calle Avenida de la Ilustración, 47 .....	41
---	----

Figura 3. Foto Centro de Salud de Zabalgana.....	42
Tabla 1. Esperanza de vida al nacer relacionado con el sexo. Fuente: INE (2017). Elaboración propia. ....	3
Tabla 2. Número de habitantes en diferentes regiones del país vasco en relación con el sexo. Fuente: Razón de edad materna con el porcentaje de embarazos. Eustat (2019). Elaboración propia .....	5
Tabla 3. Número de intervenciones, razón y relación con edad. Fuente: Eustat. Elaboración propia. ....	5
Tabla 4. Número de hospitalizaciones y razón. Fuente: Eustat. Elaboración propia.....	6
Tabla 5. Manifestaciones y complicaciones del duelo. Fuente: López, 2010. ....	18
Tabla 6. Síntomas del duelo tras aborto espontáneo. Fuente: López, 2010.....	19
Tabla 7. Población de mujeres y hombres y grupo de edad al que pertenecen [Fuente: Ayuntamiento Vitoria- Gasteiz].....	39

## 1. INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES/JUSTIFICACIÓN

### a. Introducción

En la actualidad, percibimos a los embarazos como unos procesos positivos y felices, quizás, uno de los más dichosos de nuestras vidas, pero en muchas ocasiones no lo son. Las gestaciones son procesos complicados en el que la puérpera, junto a su pareja, deberá hacer frente a gran cantidad de complicaciones y problemas que en ocasiones se pueden presentar (López, 2011), como pueden ser un aborto espontáneo o inducido, una enfermedad en la madre o niño, o un parto prematuro (Morer, Ayala, Boullón, Burillo & García, 2017), que determinan la conclusión del embarazo. Exactamente, pese a que tenemos una de las tasas de pérdida perinatal más bajas, se estima que un 25% de las gestaciones no acaban en concepción y, a pesar de que un cuarto de las embarazadas acaba sin conocer a su hijo, la mayoría de los servicios sanitarios restan importancia a este tipo de pérdidas (López, 2011).

Para empezar, es importante definir los conceptos de pérdida perinatal, pérdida neonatal, aborto. En este proyecto, trabajaremos con estos tres conceptos, englobándolos en un solo problema. Además, también es importante definir el concepto de duelo.

La **pérdida perinatal**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la muerte del bebé durante el periodo comprendido desde el embarazo hasta los siguientes meses de su nacimiento. Se incluyen en él los conceptos de aborto espontáneo, ectópico, el aborto terapéutico y la muerte neonatal precoz.

La **pérdida neonatal precoz** por su parte, se denomina al número de muertes producidas entre la semana 28 de gestación hasta los primeros seis días de vida. Este concepto se incluye en las pérdidas perinatales. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Por otro lado, el **aborto o pérdida gestacional**, según la OMS, es la interrupción del embarazo de un feto de menos de 500 gramos de peso o antes de la semana veinte de edad gestacional, calculando la edad gestacional tomando de referencia la última menstruación o mediante biometría fetal.

Este tipo de interrupciones de embarazo se clasifican en dos tipos, por un lado, se encuentran los abortos **espontáneos**, en las que se detiene el embarazo debido a causas

naturales y en otro lado encontramos los **inducidos**, en el que se realizan determinados procedimientos para provocar la interrupción del embarazo (*Camacho, 2011*).

Tanto si ha habido una muerte fetal, como si una mujer desea voluntariamente acabar con su embarazo, para finalizar el proceso de gestación se realizan determinados procedimientos. Estos dependen de la semana de gestación (SDG) en la que la mujer se encuentre (*Camacho, 2011*)

- El *aborto químico*. Efectivo únicamente hasta la semana 7 de gestación. Se realiza mediante fármacos.
- El *aborto mecánico*. Se realiza hasta la 14ª Semana de gestación. Se retira al feto mediante una intervención quirúrgica que, generalmente, no requiere de hospitalización. Las técnicas que más se practican son la aspiración y el legrado.
- Si el aborto ocurre posterior a la 14 semana del embarazo, normalmente se *induce el parto*.

“Tanto las pérdidas espontáneas, así como las voluntarias pueden dar a un periodo de duelo que la mujer y la familia deberán de superar” (*Pastor, 2016*). El **duelo** es la reacción y adaptación psicológica ante la pérdida importante que incluye síntomas biológicas, psicológicas y sociales que influirán en la aceptación de la pérdida y en la superación física y psicológica de la paciente (*Kersting & Wagner., 2012*). Actualmente se utiliza ante cualquier tipo de pérdida, aunque se cree que debe utilizarse únicamente ante una muerte. Es una reacción completamente inevitable, necesaria e imprescindible para superar la pérdida. Tiene un “componente individual, pero también familiar y social” (*Pereira, 2010*).

Cada individuo afrontará este periodo de manera diferente, los sentimientos varían entre las diferentes personas, así como lo hará la duración de este proceso (*Moner et al., 2017*). Normalmente, los sentimientos ante la pérdida “disminuyen a lo largo de los seis primeros meses tras la misma, pero, en ocasiones, el duelo puede alargarse hasta los dos años o más” (*González et al., 2013*). Por lo que resulta indispensable que los cuidados de enfermería se realicen de manera holística, integral y particular, para poder tratar cada paciente de manera completa e individual tratando al paciente en su conjunto ya que el duelo afecta al paciente de manera global (*Pastor, 2016; Pastor, 2016 citando a Cocciatore, 2013*).

Las respuestas que las mujeres y sus parejas pueden tener ante un proceso de duelo pueden variar notablemente, siendo desde leves hasta muy graves (Cevo, 2019). “Cuando esta adaptación al duelo se ve errada y los sentimientos no se pueden expresar de manera natural, el duelo se puede complicar, ocurriendo así un **duelo patológico**” (Martos, Sánchez & Guedes, 2016). Su singularidad resulta de que las respuestas emocionales son más intensas y extensas que cuando el duelo es moderado o leve. Los síntomas principales que pueden aparecer son: ansiedad, cólera y depresión, junto con todas sus consecuencias; desorganización en el día a día, pérdida de apetito, insomnio, apatía, sentimientos de culpa, deseos autolíticos, etc. (Cevo, 2019).

## **b. Antecedentes y situación actual**

### **b.1. Datos epidemiológicos**

Los datos epidemiológicos revisados y encontrados son los siguientes:

*A nivel mundial:*

- Según la OMS, se estima que en 2015 2,6 millones de recién nacidos nacieron muertos y 2,7 millones de recién nacidos mueren durante los 28 primeros días de vida, estando la gran mayoría de estas defunciones no registradas [Datos: OMS].
- La tasa de fecundidad a nivel mundial ha descendido de 5 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,5 hijos en 2010-2015 (Informe España 2018, que cita a Naciones Unidas 2017).

*A nivel de España:*

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
<i>Esperanza de vida al nacer</i>	85,73 años	80,37 años	83,09 años

Tabla 1. Fuente: INE (2017). Elaboración propia.

- Los valores de la *tasa bruta de mortalidad* en España son de 9.07 por cada mil habitantes, año 2017. La *tasa de natalidad* por su parte se encuentra en 7,9%. [Datos: INE]



- Desde el pasado siglo XX, en España ha habido un descenso gradual de la fecundidad y un aumento del número de mujeres sin hijo. Actualmente, el *índice de fecundidad* (2017) se encuentra por debajo de la media europea, 1,34 hijos por mujer frente a 1,59 en Europa.
- La edad en la que las mujeres españolas tienen su primer hijo ha aumentado notablemente. De 25 años en 1980 a 31 años en 2016, siendo la media de edad de mujeres con estudios universitarios de 33,8 años. Además, la cifra de mujeres ocupadas ha pasado de 3 millones y medio en 1976 a casi 8 millones en 2010.
- A medida que la edad de las gestantes aumenta, también lo hace el riesgo de sufrir una pérdida perinatal (*Cruz, 2009*). El riesgo de aborto aumenta cuando la puerpera supera los 30 años, y se incrementa gradualmente al cumplir los 35, 40 y 45 años. En el año 2017 en España, el 23% de los embarazos ocurrieron en mujeres de 35-40 años y un 7% en mujeres mayores de 40 [Datos: *Informe España 2018*]. A medida que las gestantes cumplen años, las complicaciones durante el embarazo son mucho más frecuentes, así como los riesgos tanto para la gestante y para el recién nacido. Incrementa la posibilidad de producirse un embarazo ectópico, gestaciones múltiples, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, preeclampsia, diabetes, partos prematuros y numerosas complicaciones más que dificultan las gestaciones (*Valenti, Laterra, Campos, Switak & Marco, 2016*).
- En el año 2019, en España, 6.008 puerperas tuvieron que abortar debido a que el embarazo suponía un grave riesgo para su salud, 3.355 mujeres lo hicieron debido al riesgo de graves anomalías en el feto. 278 lo hicieron por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedades graves o incurables.
- Según un estudio poblacional realizado a mujeres en edad fértil en el año 2017, 1 de cada 4 mujeres, en algún momento de su vida, afirma haber experimentado una pérdida en el embarazo. Un 80% de las pérdidas ocurren antes de las 12 semanas de gestación, el 11-22% antes de la semana 20. Además, el 20% de los embarazos en mujeres de 35 años y el 40% en mujeres mayores de 40 acaba en pérdida. [DialMed]

A nivel de País Vasco:

<b>Habitantes año 2019</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>País Vasco</b>	1.126.420	1.061.597	2.188.017
<b>Álava</b>	166.607	161.360	327.967
<b>Vitoria-Gasteiz</b>	126.545	119.604	246.149

Tabla 2. Fuente: Eustat (2019). Elaboración propia

- *Superficie* del País Vasco es de 7.234 km<sup>2</sup> y su *densidad de población* (hab/km<sup>2</sup>) en el año 2019 del País Vasco es de 302,40.
- Por su parte Álava, con la *densidad poblacional* de 3.037 km<sup>2</sup> esta dividida en 63 municipios.
- En Euskadi la *esperanza de vida* ha sufrido un aumento constante a lo largo de los años, en 2016, la esperanza de vida al nacer de los hombres de 80,3 años y de las mujeres de 86,2 años. [Datos: Eustat]
- La *tasa bruta de mortalidad* de Álava es de 8,5 por cada mil habitantes, año 2018. La *tasa de natalidad* de Euskadi es de 7,41 (2018). [Datos: INE]
- En el año 2018, en País Vasco hubo 16.090 *recién nacidos vivos*, de los cuales 2.683 nacieron en Álava. De estos, 2.103 lo hicieron en Vitoria. La *tasa de natalidad* (2018) de la capital vasca fue de 9,1 nacimientos por cada mil habitantes.
- En 2016 el *promedio de hijos* se sitúa en 1,35 y la *edad media materna* en el año 2018 en 33,2 años [Datos: Eustat].
- En la siguiente tabla podemos observar la razón de edad materna y con el porcentaje de embarazos.

<b>Edad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt; de 25 años</b>	7,6%
<b>25 – 29 años</b>	13,1%
<b>30 – 34 años</b>	36,9%
<b>35 – 40 años</b>	32,7%
<b>40 o más</b>	9,8%

Tabla 3. Fuente: Eustat. Elaboración propia.

- En el País Vasco en el año 2018 se realizaron 3.628 Interrupciones Voluntarias de embarazo. En la siguiente tabla podemos observar el número de intervenciones y la razón, relacionado con la edad:

Motivo interrupción	Edad								
	Total	<15	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	>44
<i>Petición de la mujer</i>	3.397	7	305	708	779	684	628	261	25
<i>Grave riesgo de salud para la embarazada</i>	53	0	13	11	8	10	7	4	0
<i>Graves anomalías fetales</i>	149	0	0	5	14	44	50	35	1
<i>Anomalías fetales incompatibles con la vida</i>	28	0	0	2	5	8	11	1	1

Tabla 4. Fuente: INE.

- 39 mujeres tuvieron que abortar por grave riesgo para la vida de la mujer, 176 por riesgos graves de anomalía de feto y 35 por anomalías fetales incompatibles con la vida. [Datos: INE]
- En el año 2018, en la Comunidad Autónoma Vasca 17.497 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. De estas hospitalizaciones:

Razón	Nº hospitalizaciones
<i>Aborto inducido</i>	12
<i>Aborto espontáneo</i>	407
<i>Complicaciones durante el periodo antenatal</i>	8.117
<i>Complicaciones del parto y proceso de parto</i>	5.996
<i>Complicaciones durante el puerperio</i>	185

Tabla 4.  
Fuente: Eustat.  
Elaboración propia.

Además, hubo 1.261 ingresos debido a malformaciones congénitas, deformaciones o anomalías cromosómicas [Datos: *Eustat*]

### ***b.2. Análisis de la situación social del problema:***

En las antiguas civilizaciones, como en la civilización griega, los temas como el aborto, la menstruación, embarazo, sexo o menopausia se podían tratar con normalidad por cualquier miembro de la población (*Rodríguez & Salgueiro, 2015*). Pero, con el curso de los años y el auge de las religiones monoteístas, como el catolicismo, lo referente a estos temas se vetó por completo (*López, 2011*).

La mayoría de las religiones y culturas, han concedido una escasa atención a las pérdidas perinatales y no han creado rituales concretos ante la muerte fetal, rituales que ayudan a aceptar este tipo de pérdidas (*Ridaura, 2015*). Por ejemplo, en la religión católica, la religión durante siglos mayoritaria en este país, en fetos muertos antes de haber cumplido las 24 semanas se permite el entierro, pero sin ceremonia ni bendición, en el Limbo del cementerio, prohibiendo señalar su nombre. En otras religiones secundarias en el Estado, como el judaísmo o el islamismo se prohíbe la cremación. (*López, 2011*).

Durante siglos las mujeres no han podido hablar abiertamente sobre temas como la sexualidad, puerperio o la fertilidad, convirtiéndolos en temas tabús, imposibles de tratar incluso con nuestras personas más cercanas (*Fernández et al., 2016*). Lo mismo ocurre con la pérdida fetal. Se ha ignorado, impidiendo hablar de él y de su naturaleza. Es la pérdida de un hijo y por lo tanto su dolor es análogo a la pérdida de cualquier otro ser querido. (*Morer et al., 2017*).

A pesar de los avances en ginecología, hoy en día, sigue habiendo gran cantidad de pérdidas en el embarazo (*López, 2011*). Con la expansión educativa, la incorporación de la mujer al mundo laboral y la búsqueda de estabilidad profesional por parte de toda la familia, mujeres incluidas, ha incrementado notablemente la media de edad de las gestantes (*Informe España, 2018; Martins, Luiz, Schmidt & Piccini, 2019*). Siendo en la Comunidad Autónoma Vasca de 33,4 años, una de las más altas de Europa [Datos: *Eustat*].

Este retraso de edad de las embarazadas comenzó a darse en la primera mitad del siglo pasado, en mujeres con alto nivel educativo. Mujeres que podían instruirse y acceder a un título universitario, las que esperaban a completar sus estudios y encontrar un buen trabajo antes de formar una familia (*Informe España, 2018*).

En las últimas décadas, ha aumentado notablemente la edad a la que las mujeres deciden ser madres y actualmente no muestra diferencias significativas entre mujeres de las diferentes clases sociales (*Informe España, 2018*) (aunque sí que ha observado una diferencia de edad materna entre las mujeres sin estudios o estudios básicos y mujeres extranjeras residentes en España, que poseen unas edades puerperales inferiores al resto (*Sánchez, 2019*)). Una de las razones que se pueden destacar es que con la expansión educativa y el acceso a educación de ambos géneros y diferentes clases sociales, se han aumentado los años de escolarización tanto en mujeres como en hombres (*Valenti, 2016; Sánchez, 2019*). Abriéndose así la posibilidad de estudiar grados, formarse en Universidades cualquier mujer, posibilidad a la que antes apenas unas pocas podían acceder. Las mujeres desde finales del siglo pasado optan con la posibilidad de estudiar grados y acceder a los mismos puestos de trabajo que hasta entonces, estaban reservados para los hombres (*Cruz, 2009*). Una posibilidad a la que antes apenas unas pocas podían acceder.

Las pérdidas perinatales son un tema tabú en nuestra sociedad (*Morer et al., 2017*) a pesar de que gran cantidad de las gestaciones acaba con la muerte del feto. Este problema no perjudica únicamente a las mujeres embarazadas, aunque ellas son las más afectadas. Ante estas pérdidas también se ven afectados la pareja, los hijos, el resto de la familia y otros allegados, por lo que estamos ante un problema social importante. El aborto no está considerado como la pérdida de un hijo y cuando esto ocurre los más allegados no saben cómo tratar el tema ni cuidar a la gestante (*Martos, Sánchez & Guedes., 2015*).

En las últimas décadas, la globalización, el acceso a internet y las redes sociales han contribuido al acceso a todo tipo de información, lo que ha ayudado a que muchos temas vetados ya no lo estén tanto y se hable abiertamente de ellos. Esto mismo ocurre con las pérdidas del embarazo, muchas mujeres hablan abiertamente de sus

experiencias vividas en redes sociales, blogs, etc., lo que favorece la sensibilización social respecto al tema y la creación de redes de apoyo para las gestantes.

### **b.3. Enmarque económico:**

El modelo familiar ha cambiado notablemente, hasta el siglo pasado el hombre era el cabeza y manutenedor de la familia. Pero en la actualidad, en la mayoría de las casas se busca que ambos miembros de la pareja contribuyan a la economía familiar (*Martins et al, 2019 citando a Lopes, Dellazzana-Zanon, & Boeckel 2014*).

El mercado español, en los últimos años se caracterizado por el desempleo y por la precariedad de los contratos laborales, afectando en gran medida a la población general que se ha visto perjudicada por la inestabilidad laboral y por la pérdida de poder adquisitivo (*Sánchez, 2019; Plan Integral de apoyo familiar, 2015-2017*). Esto, unido a la falta de apoyo ofrecido por las instituciones españolas para conciliar la vida laboral y la maternidad-paternidad es una de las razones principales por las que las parejas jóvenes esperan más a tener hijos que en otros países europeos en los que sí existen políticas que facilitan la maternidad y la conciliación profesional (*Informe España, 2018*), ya que los jóvenes esperan a encontrar una estabilidad profesional y económica, factor imprescindible para poder formar una familia (*Sánchez, 2019*).

Además, las mujeres jóvenes en edad fértil se pueden ver perjudicadas por el hecho de poder quedarse embarazadas. Mediante la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de las mujeres en el artículo 45.1.d ET se establece la que las mujeres no podrán ser despedidas en el caso de quedarse embarazadas, de necesitar baja por riesgo en la gestación, maternidad, o incluso en periodos como la adopción o acogimiento (*Sánchez, 2019*).

A pesar de que nuevas legislaciones tratan de favorecer la convivencia entre la maternidad-paternidad, estas se quedan en un intento. Las mujeres jóvenes a día de hoy, se siguen viendo discriminadas por el hecho de poder quedarse embarazadas y siguen teniendo problemas a la hora de acceder a un buen trabajo o ascender de puesto, lo que obliga indirectamente a muchas a descartar el poder quedarse embarazadas o a

retrasar la edad de maternidad, favoreciendo los problemas que esto trae consigo, las muertes perinatales (*Martins et al., 2019*).

#### **b.4. Enmarque político:**

Como se ha mencionado anteriormente, la pérdida perinatal es un problema grave, que afecta a las mujeres, sobre todo a mujeres de entre 30-45 años, así como a su pareja y resto de allegados.

Las políticas adoptadas por las instituciones españolas en cuanto a la maternidad son muy diferentes si las comparamos con las de otros países europeos. Con la publicación del Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación se establece a la baja por maternidad una duración de 16 semanas. Las 6 semanas postparto las disfrutará la madre, pero las otras 10 semanas las puede cumplir ella o ceder a la figura paterna. Por su parte el permiso de paternidad, desde 2017, es de 5 semanas. Después de este periodo, podrán reducir su jornada laboral.

En mujeres que han tenido un aborto o una amenaza de aborto está permitida la obtención de la baja laboral hasta la total recuperación y la incorporación al trabajo, siendo las semanas de prestación las mismas que en el nacimiento de un hijo vivo que, gracias al Real Decreto del 1 de marzo de 2019 de medidas urgentes para la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres se establecen para el padre y la madre (*Umamita, 2020*).

Además, para asegurar el proceso gestacional, en el caso de gestaciones de riesgo o si la puérpera trabaja ante algún tipo de agente nocivo, podrá ausentarse del trabajo (*Informe España, 2018; Sánchez, 2019*).

En el estado español los derechos sanitarios de las mujeres están protegidos gracias a la Ley Orgánica 2/2010 – Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, del 5 de julio de 2010. En esta ley se describe que la sexualidad y la decisión de tener o no hijos están unidos al libre desarrollo de cada mujer, que está protegido a su vez gracias a una serie de derechos fundamentales establecidos a través de los que cada mujer será capaz y libre de decidir cuándo, cómo y con quién desea ser madre. El gobierno y las instituciones sanitarias a su vez, estarán obligados a garantizar

que estos derechos fundamentales se lleven a cabo y ofrecer a disposición de las mujeres del país los servicios de asesoramiento, atención e información sanitaria necesarios para ellas (*Ley Orgánica 2/2010 Ley de la salud sexual y reproductiva*).

Esta ley además de garantizar y asegurar los derechos fundamentales de salud sexual y reproductiva establecidos por la OMS. Establece ciertas medidas para regular y controlar la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, tema de gran controversia en las últimas décadas. Despenalizándolo en los siguientes casos:

- Durante las primeras 14 semanas en mujeres que lo deseen libremente y de manera informada.
- Durante las primeras 22 semanas en el caso de haber riesgos graves para la vida o salud de la madre o del feto.
- A partir de la semana 22 si se detectan anomalías en el feto incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves e incurables
- En el caso de que exista un riesgo para la vida o salud de la gestante a partir de la semana 22 se induciría el parto.

Además, esta ley regula y asegura que la interrupción la realizará un médico especialista acreditado y se financiará por el Sistema Sanitario Público. La mujer recogerá la información del proceso de su centro de salud de referencia en la consulta de medicina, ginecología o matrona.

Por su parte, en la Comunidad Autónoma Vasca, los derechos en salud sexual y reproductiva están garantizados con la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo que establece las responsabilidades a los poderes públicos en el ámbito de la salud de las mujeres y regula a su vez la interrupción voluntaria del embarazo.

A nivel internacional, en el ámbito de las Naciones Unidas, en la Asamblea General se aprobó la Convención contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer que, mediante la Resolución 34/180, de diciembre de 1979, se establece que todos los estados miembros de las Naciones Unidas adoptarán medidas para eliminar la discriminación entre hombres y mujeres en cuanto a la atención médica y asegurar los derechos reproductivos de las mujeres. Muchos tachan esta carta como una Carta Internacional de Derechos Humanos de las mujeres. (*Página web Naciones Unidas*)



Por otra parte, en la IV Conferencia de las Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995 en Beijing se reivindicó que los derechos de las mujeres eran equiparables a los derechos humanos, se reconoció la libertad de las mujeres para decidir a cerca de su salud sexual y reproductiva y se aseguraron de que los países miembros de las UN llevarían a cabo medidas para asegurar estos derechos. (*Página web Naciones Unidas*)

En la agenda sobre el Desarrollo Sostenible aprobada en el año 2015 por la ONU, se establecen 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, los cuales abarcan diferentes ámbitos de actuación. Uno de estos objetivos en Objetivos 5, trata de lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas, para lo cual será necesario realizar cambios políticos y legislativos en muchos estados. Algunos de estos cambios será necesario realizarlos en el ámbito de la salud. (*Página web Naciones Unidas*)

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, en 2009 en su informe *La mujer y la salud* señala las medidas necesarias que los organismos gubernamentales deberían tener en cuenta para prevenir y tratar la salud de las mujeres y niñas de todo el mundo. (*Página OMS*)

## 2. JUSTIFICACIÓN

### a. Justificación personal

La preocupación personal por el tema viene debido a que muchas mujeres de mi entorno han sufrido algún tipo de pérdida durante la gestación, con su consecuente duelo que, en muchos casos ha sido muy difícil de superar. La consideración del problema como un problema de gran peso social, me ha hecho querer investigar a cerca de las causas, prevalencia y modo de actuación ante las pérdidas perinatales.

### b. Viabilidad del tema objeto de estudio

La capacidad de actuación desde enfermería en esta problemática, desde la perspectiva de la propia embarazada, de su familia y la comunidad es alta ya que se trabajaría ante los determinantes sociales, fisiológicos y psicológicos que influyen en ellos: en el sentimiento de culpa, soledad, en la invisibilización del proceso, en el miedo a nuevos

embarazos, etc. (Fernández et al, 2016 citando a K. Fenstermacher & J.E. Hupcey, 2013; Rengel, 2010; Valenzuela et al., 2011). Superar estos problemas beneficiaría a las mujeres que ha sufrido la pérdida, a sus parejas y a sus familiares, así como a otras personas que se encuentran en la misma situación o en un futuro se podrían encontrar en ella (Martos et al., 2015). Por lo que podría también beneficiar a la comunidad en su conjunto (Pastor, 2016).

Trabajar con mujeres y sus parejas es esencial para el proceso de aceptación del duelo, siempre desde una perspectiva integral y multidisciplinar, donde tengamos en cuenta a ambos miembros de la pareja (Pastor, 2016). Durante este proceso, el trabajo de una enfermera con formación en Salud Mental y comunitaria es imprescindible (López, 2015).

### **c. Justificación ética**

Las funciones de enfermería están determinadas en el código deontológico de esta profesión, en la que se determina que la actuación se realizará acorde a unos principios bioéticos básicos y respetando siempre los derechos humanos.

Cualquier proyecto que procuremos poner en marcha debe sustentarse de unos principios bioéticos claros, y, cuando hablamos de las pérdidas en la gestación, “a la hora de realizar investigaciones de campo, algunos principios bioéticos básicos se pueden poner en conflicto” (Pastor, 2016). Para ello, es indispensable, que cuando se realice un estudio, que no existan riesgos para la mujer, que participe voluntariamente, que las mujeres participantes en el proyecto, que estén informadas sobre el mismo, y de su confidencialidad.

En nuestro programa se garantizan los principios bioéticos: (Jeri, Quispe, Santos & Bustamante, 2017)

- En cuanto al *principio de Autonomía*, en la intervención propuesta se respetará, considerando que el grupo diana será libre a participar en nuestro programa si lo desean. Y siempre respetando la confidencialidad de los participantes, así como los derechos derivados del principio de autonomía.

- El principio de *beneficencia* ya que las participantes estarían totalmente informadas respecto al programa y actuaríamos siempre tratando de actuar en beneficio del del grupo diana. En nuestro caso, facilitando la adaptación al proceso de duelo mediante herramientas de apoyo y vigilando la aparición de un duelo patológico.
- El de *no maleficencia*, debido a que ningún procedimiento haría daño alguno a la madre o padre que ha sufrido una pérdida.
- Y finalmente actuaríamos garantizando el principio de *justicia*. Debido a que cualquier miembro de la comunidad podría participar y se beneficiaría del estudio, no habiendo así ningún tipo de discriminación poblacional.

### 3. OBJETIVOS

#### a. **Objetivo principal:**

Evidenciar programas y procesos de duelo debidos a una pérdida perinatal, y alfabetizar al grupo diana.

#### b. **Objetivos secundarios**

- Evidenciar procesos de duelo y revisar los programas de apoyo existentes ante situaciones de duelo perinatal.
- Identificar aspectos de mejora en los programas existentes.
- Ofrecer diferentes redes de apoyo al grupo diana.

### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

#### a. **Metodología de búsqueda**

Durante el periodo de búsqueda se realizó una revisión con búsqueda metodológica en distintas bases de datos, páginas web sanitarias institucionales y reconocidas, buscadores y bibliotecas sobre el aborto, la pérdida perinatal, neonatal y las consecuencias que esta pérdida puede suponer para la madre y el resto de la familia.

El periodo de búsqueda abarcó desde noviembre de 2019 hasta abril de 2020 y el periodo de artículos, libros y revisiones abarca desde el año 2007 hasta el 2020. Los datos estadísticos abarcan desde el año 2015 hasta el 2019.

Después de identificar el objetivo del trabajo se identificaron los conceptos principales: “duelo”, “aborto espontáneo”, “pérdida neonatal”, “pérdida perinatal”, “seguimiento duelo”. En inglés se realizaron las búsquedas: “neonatal loss”, “miscariage”. Además, para completar la búsqueda y abarcar mayor campo en la misma, se utilizaron otros sinónimos y conceptos utilizados en artículos académicos.

A la hora de realizar la búsqueda, se utilizaron las bases de datos CUIDEN, SCIELO, Web of Science, Dialnet y Teseo. Además, se realizaron consultas en las páginas web de referencia de la Organización Mundial de la Salud, IME, INE, Eustat, Ministerio de Gobierno y en buscadores cómo Google Academic.

Para la selección de los documentos se realizará una lectura comprensiva de los mismos. Primero del título y resumen, para poder verificar la relación con el tema a tratar y luego del texto completo.

#### **b. Requisitos:**

Se seleccionaron los trabajos que cumplían los siguientes requisitos:

- Artículos, en castellano e inglés.
- Artículos publicados entre 2007 y 2020.
- Autores profesionales sanitarios e instituciones conocidas.
- Relación con el tema a tratar.

Se excluirán:

- Artículos anteriores al año 2007.
- Ausencia de relevancia.
- Trabajos sin datos de interés.
- Trabajos sin objetivos clínicos claros (artículos de opinión, literatura, cartas...)
- Fuente dudable
- Lengua desconocida.

- Ausencia de disponibilidad.

Tras el estudio y análisis de los documentos encontrados se han seleccionado artículos de revista, libros, informes y trabajos tanto en inglés como en castellano. Se realizaron búsquedas con las palabras clave: “pérdida gestacional”, “aborto duelo”, “aborto”, “duelo perinatal”, “sentimientos aborto”, “pérdida perinatal”, “aborto espontáneo”, “embarazo y trabajo”, “embarazo tardío trabajo”, “aborto”.

Después de la búsqueda de los artículos, se realizó una elección de los mismos. Para ello, primero se seleccionaron los artículos en los que el título tuviera una relación con el trabajo. Después, una lectura comprensiva del resumen del texto. Y, posteriormente, si el texto estuviera a disposición, se hizo una lectura comprensiva del artículo completo, que en el caso de cumplir los requisitos de inclusión se selecciona para el trabajo.

### **c. Diagrama de flujo**

El diagrama de flujo está disponible en el Anexo 1.

## **5. RESULTADOS**

### **A. Evidenciar los procesos de duelo**

“La pérdida de un ser querido requiere de un proceso de aceptación, que en muchas ocasiones va precedida de un proceso de duelo” (Oviedo, 2009). El duelo es un proceso al que todos los seres humanos en algún momento de nuestras vidas nos enfrentaremos de algún modo u otro, pero, cuando esta pérdida ocurre en una persona a la que no hemos podido ver, oír, ni tener en nuestros brazos, el proceso de duelo es diferente al que se produce ante otro tipo de pérdidas, pudiendo incluso llegar a agravarse y complicarse (López, 2011). Ante una gestación, la madre y el padre crean expectativas e ilusiones, que se ven truncadas cuando el feto muere, y los acabará afectando durante toda su vida y en todos sus ámbitos (Martos et al., 2015).

En la sociedad actual todavía las muertes perinatales son ignoradas considerablemente y se sigue desautorizando su naturaleza real. Las madres que sufren estas pérdidas han perdido un hijo, al que ni siquiera han conocido y el hecho de no ver al feto, tocarlo o

sentirlo produce más dolor y hace que el duelo en estos casos, se viva y se supere de diferente manera (López, 2011). Hacer frente a esta pérdida es de vital importancia para estas mujeres, su salud mental y para poder enfrentarse a nuevos embarazos y situaciones (Izzedin, 2011).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el duelo producido como consecuencia de una pérdida perinatal posee diferentes consideraciones que lo distinguen de otras clases de duelo (Martos, 2016). Los padres, son personas jóvenes y en ocasiones la pérdida del bebé es uno de sus primeros contactos con la muerte (Martos et al., 2015), a lo que debemos sumar la gran incongruencia que existe entre el nacimiento y la muerte, que, unido a lo imprevisto que pueda resultar una pérdida de estas características puede resultar terrible para la pareja (Moner et al., 2017; Martos et al., 2015).

Al ser las pérdidas perinatales un tipo de pérdidas de primera magnitud (Martos et al., 2015), va precedida de un proceso de duelo. El **duelo** es la respuesta inevitable y saludable a una pérdida (González, 2018). Los padres se han visto afectados por una muerte perinatal presentan obstáculos físicos y psíquicos que les impiden funcionar con normalidad. Los sentimientos que aparecen son los mismos que pueden aparecer en otras clases de duelos: reacciones de añoranza, hábitos de búsqueda, temor, irritabilidad, fragilidad, sentimientos de culpa, etc. Estos sentimientos, reacciones y la manera de afrontar la pérdida variarán en cada individuo, pero, damnificarán a los afectados de una manera global que se puede representar como una Onda Expansiva (Figura 1. Fuente: Izzedin, 2011).



Figura 1. Onda Expansiva de las Pérdidas Perinatales

Debemos de tener en consideración que el duelo “no es un proceso patológico, es inevitable y totalmente esencial, indispensable que se produzca para poder superar la pérdida del bebé” (Martos et al., 2015 citando a Mejías, 2012).

En la siguiente tabla, podemos observar las diferentes manifestaciones que se pueden tener ante este tipo de duelos, así como las posibles complicaciones de este:

<b>Manifestaciones de duelo</b>	Físicas	Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, suspiros, alteraciones del sueño, desinterés sexual, pesadillas, boca seca, indigestión, cefaleas, etc.
	Emocionales	Insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, hostilidad, irritabilidad...
	Conductuales	Funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social, llanto, conductas de búsqueda, evitación...
	Psicológicas	Incredulidad, negación, confusión, irrealidad, ideas autolíticas, alucinaciones, falta de concentración
	Espirituales	Búsqueda de sentido, conciencia propia de la maternidad, replanteamiento de creencias
<b>Complicaciones posibles del duelo</b>	Físicas	Modificaciones de la respuesta inmune, activación adenocortical, incremento de la prolactina, elevación de la hormona del crecimiento...
	Psicológicas	Depresión, manía, esquizofrenia, ansiedad, síndrome de stress postraumático, trastornos de conducta, abuso de tóxicos.

Tabla 5. Fuente: López, 2011.

En la siguiente tabla podemos ver los diferentes síntomas que sufren las mujeres tras sufrir un aborto espontáneo:

<b>Síntomas tras un aborto espontáneo</b>	
<b>Físicos</b>	Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, dificultad respiratoria, debilidad, fatiga, sudoración
<b>Sentimientos</b>	Shock, culpa, vacío, rabia, ansiedad, tristeza, reproche, confusión, incredulidad, desrealización, despersonalización, soledad
<b>Pensamiento</b>	Reexperimentación del trauma con ideas intrusivas y fantasías sobre el feto, movimientos fetales "fantasma", alucinaciones auditivas y/o visuales

	con el feto, amnesia disociativa, nivel de conciencia situacional disminuido, dificultades de concentración y toma de decisiones.
<b>Conductuales</b>	Dificultad para dormir, pesadillas, apetito escaso, aislamiento social, uso y abuso de sustancias, evitación de situaciones sanitarias, mujeres embarazadas y niños, funcionamiento social y laboral limitado.

Tabla 6. Fuente: López, 2011.

Además, es frecuente que la madre escuche al bebé, lo sienta en el vientre, se sienta desautorizada para estar triste, tenga miedo a enfermar y que sufra (Martos et al., 2015).

Existen algunos factores que dificultan notablemente la superación del proceso de duelo. Por ejemplo, en el ámbito social, mujeres con un apoyo social inadecuado, dificultades en relaciones anteriores, problemas o ausencia de/en la pareja o núcleo familiar pueden dificultar el proceso de adaptación ante la muerte del bebé (Martos et al., 2015). La adaptación al duelo dependerá también, a parte de la situación social de la embarazada, de sus características físicas y psíquicas. Las mujeres con problemas de salud mental, anteriores situaciones traumáticas relacionadas con la muerte, pérdidas recurrentes, imposibilidad de volver a quedarse embarazada, u otros problemas pueden favorecer la aparición de un duelo complicado (Fernández, Cruz, Pérez & Robles, 2012). Además, “la forma en la que se produce la pérdida también será determinante en la adaptación del duelo” (López, 2015).

A parte de los mencionados, otros factores también complican el proceso de duelo. Los mencionados a continuación: (González-Castroagudín et al., 2013):

- Edades gestacionales altas.
- Si la madre ya ha realizado la primera ecografía.
- Si la pérdida se ha realizado de forma traumática, durante el parto o una vez nacido el bebé.
- Bebés con malformaciones.
- En embarazos múltiples cuando muere uno de los bebés.
- Cuando el recibimiento y el trato por parte del personal sanitario hacia los padres es inadecuado o los profesionales carecen de la formación apropiada.



## **Factores que pueden favorecer el duelo**

Numerosos estudios muestran que algunas prácticas pueden favorecer el proceso de adaptación al duelo. Concretamente, un estudio realizado por Baena et al. En 2012 señala que algunas actividades como por ejemplo que el bebé tenga nombre y que el personal sanitario se refiera a él de esa manera favorece que los padres creen recuerdos con el bebé y como consecuencia de ello, acepten mejor su muerte.

También, las pérdidas perinatales que ocurren en el último periodo de embarazo, durante los tres últimos meses, son un proceso de más difícil aceptación, en los que los padres que las sufren los duelos son más graves que cuando las pérdidas ocurren durante los primeros meses de puerperio (*Fernández et al., 2012; Fernández et al., 2016*). En estos casos, después del parto y siempre que los padres lo deseen, es importante que el personal sanitario lave, prepare y vista al bebé con la ropa facilitada por los padres, para que los ellos puedan verlo, tocarlo, sentirlo, besarlo y abrazarlo (*Pastor et al., 2011*). Gracias a estas actividades los familiares se pueden despedir de él, se crean recuerdos, y se aceptará la pérdida con mayor facilidad que en familias que no han podido estar con él. Es importante también aconsejar a la familia a que se realice una despedida adecuada del niño. Con este tipo de ceremonias se pone en manifiesto que la pérdida es una pérdida real y es equiparable a la pérdida de un hijo (*Baena & Jurado, 2015*). En el caso de que los padres no quieran ni ver ni despedirse del bebé, el personal sanitario deberá aprobar todas las decisiones tomadas por ellos, evitando hacer juicios de valor.

Lo mismo ocurre cuando se produce un aborto voluntario debido a anomalías o malformaciones en el bebé, en periodos avanzados de la gestación. En estos casos, se aclarará a los padres el estado del feto y se les preguntará si desean ver al bebé o no. El bebé tendrá que ser presentado de la manera más adecuada posible y siempre teniendo en cuenta el estado del feto. Según Baena et al (2015), las madres que han podido ver y sentir al bebé tendrán mejores sensaciones y se favorecerá el proceso de duelo. (*Arancibia et al, 2018 y Valenzuela et al., 2011*)

Cabe añadir que el trato ofertado por el personal sanitario es un factor importante en cuanto a la elaboración de un duelo. Cuando el personal sanitario adquiere actitudes de respeto la madre se sentirá agradecida por los profesionales sanitarios que le ha

atendido, comprendida y respetada (*Camacho, 2011*) y puede que verbalice sus sentimientos (*González et al., 2013*) y de las gracias a los profesionales que le han atendido. Para esto, es indispensable que los trabajadores posean de la mejor formación posible.

### **Duelos complicados**

Los duelos pueden complicarse y dar lugar a reacciones patológicas como trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos de estrés postraumático. Este tipo de patologías son más comunes en mujeres que han tenido dificultades para quedarse embarazadas, mujeres con episodios de depresión y/o ansiedad y mujeres sin hijos (*Ridaura, 2017*).

La aparición de un duelo grave puede producirse cuando la paciente no tiene la posibilidad de desarrollar sus sentimientos. Algunos de los desencadenantes son: (*González-Castroagudín et al., 2013*)

- Evitar que los padres vean y toquen a su hijo muerto.
- Sedación durante el parto.
- No aconsejar la realización de necropsia.
- Ausencia de apoyo por parte del personal sanitario.
- Ausencia de información por parte del personal sanitario.
- Hablar sobre el siguiente embarazo (sanitarios, familiares y amigos).

Es importante trabajar con las mujeres que han sufrido este tipo de pérdidas, para poder diagnosticar y evitar la aparición de un duelo más grave y prevenir problemas psicológicos que perduren en el tiempo (*Ridaura., 2017; Fernández et al., 2012; Fernández et al., 2018*) ya que hasta un 20% de las embarazadas pueden llegar a desarrollar algún tipo de trastorno psicológico en los 12 meses que preceden a la pérdida (*González, 2018*).

### **Aumento de la edad materna**

Las causas de la muerte fetal pueden clasificarse según su origen: causas fetales 25-40%, causas de origen placentario 25-35%, causas de origen materno (5-10%) y causas de origen desconocido (25-35%) (*Martos et al., 2015*). Las causas dependerán del trimestre

de gestación. En el primer trimestre serán mayoritarias las causas genéticas, en el segundo las infecciosas y en el último las umbilicales (*Martos et al., 2015*). Cabe señalar que la mayoría de abortos ocurren debido a errores cromosómicos, debido al azar, a alteraciones en la unión o formación de los gametos, ajenas a la madre (*Mesquita et al., 2017*).

En las últimas décadas ha aumentado notablemente el número de abortos de repetición [*Datos: INE*]. Esto es debido al aumento de la edad materna (*Informe España, 2018*). Cada vez las mujeres se quedan embarazadas con edades más altas, lo que dificulta el proceso del embarazo. A medida que las mujeres cumplen años se alejan de su época fértil, y al quedarse embarazadas aumentan el número de complicaciones y riesgos tanto para la mujer como para el feto (*Mesquita et al., 2017*). En estos casos, normalmente, la causa de estos abortos sí que yace en la mujer, y se ve dificultada la posibilidad de un nuevo embarazo, por la pérdida del bebé, así como por la edad de la madre.

En los abortos de mujeres con edades más altas, el duelo puede ser más complicado que en mujeres jóvenes. Ocurre debido a que la mujer siente más dificultad para quedarse embarazada, porque se ha sido sometida al uso de técnicas fertilizantes, otros abortos, por su edad o por la imposibilidad de nuevos embarazos. Y la adaptación psicológica de la mujer a los abortos se ve dificultada aborto tras aborto. (*Kersting & Wagner, 2012*)

## **Tipos de pérdidas y duelo**

### *Aborto espontáneo*

El aborto espontáneo es la fetal no inducida, antes de la semana 20 de gestación, (*MDS manuals*) antes de que el feto sea viable. Los abortos espontáneos, en su mayoría ocurren debido a alteraciones cromosómicas, incompatibles con la vida del feto. Pero, algunas alteraciones en el cuerpo de la madre como pueden ser problemas inmunológicos, trombofilias, Síndrome de Ovario Poliquístico, traumatismos, infecciones o alteraciones físicas en el cuerpo de la madre pueden provocar la aparición de abortos (*Camacho, 2011*).

Está considerado el 15-25% de las gestaciones acaban en abortos, la mayoría son en fases tempranas, antes de las 12 SEG (López, 2010). Los abortos que se producen cuando la madre siente movimientos fetales desarrollan etapas de duelo más complicadas que en embarazadas que finalizan la gestación con una edad gestacional temprana (Fernández et al., 2012; Kersting & Wagner, 2012). En el primer trimestre la puérpera todavía está en proceso de adaptación del embarazo y sigue haciendo sus actividades normales del día a día. En los últimos dos trimestres en cambio, la mujer se hace a la idea del proceso que está ocurriendo y ha cambiado su vida para hacer frente al bebé que llegará algún día. También, a medida que avanza el embarazo, la gestante cada vez nota más a su bebe, sus movimientos, ve las ecografías, etc. Por lo que el duelo será diferente si la pérdida ocurre durante unas semanas u otras. (Ridaura, 2015)

Cuando ocurre un aborto involuntario, la mujer producirá sensaciones de aversión contra su propio cuerpo, se inculpará de la propia pérdida y sentirá que la muerte del feto ha sido culpa suya (López, 2011). Los sentimientos de culpa son característicos en mujeres con abortos espontáneos, a pesar de que la mayoría ocurren debido a causas ajenas a la madre. En estas situaciones es destacable la función de los grupos de apoyo y el contacto con personas que han pasado por la misma situación, no solo para superar la pérdida y compartir experiencias, sino para descartar ese sentimiento de culpa y detesto hacia su propia persona.

### *Abortos Voluntarios*

Muchas mujeres deciden abortar porque no desean ser madres, en el caso de haber anomalías fetales incompatibles con la vida, si existe un riesgo grave de anomalías en el bebé o si hay un riesgo grave para la salud de la gestante.

En estos casos, este tipo de noticias se suelen darse sobre la semana 22 de gestación, en pocas ocasiones en el último trimestre del embarazo. El diagnóstico normalmente es una inesperado y desgarrador, que trunca por completo la alegría que se produce cuando una mujer desea ser madre (Arancibia et al., 2018). Después de obtener los resultados, la mujer deberá decidir si desea o no finalizar la gestación. En estos casos las puérperas que deciden abortar tienen que hacer frente a sentimientos de vergüenza y,

sobre todo de culpa, buscan razones por las que han podido ocurrir este tipo de malformaciones y se responsabilizan tanto por haber procreado un feto defectuoso, así como por decidir que este muera (López, 2011). Por eso, a pesar de que la gestación haya finalizado por decisión de la madre, se han de tener las mismas consideraciones que en abortos espontáneos (Baena et al., 2015).

A pesar de que no es muy común, cuando los abortos ocurren en el segundo o tercer trimestre de la gestación el duelo también será diferente a si ocurre antes (Ridaura, 2015), debido a las expectativas que se han podido crear y los cambios realizados por la familia hasta el momento.

Según un estudio realizado por Arancibia et al., 2018, las mujeres que han sufrido un aborto voluntario como consecuencia de una malformación fetal sienten necesario un apoyo psicológico en ellas, sus parejas y su grupo familiar. Además, en este estudio, se señala que debido a que las horas disponibles en consulta de psicología son en muchos casos escasas, se plantea la necesidad de atención desde el centro de salud, o la formación de grupos de apoyo (Arancibia et al., 2018).

#### *Parto gemelar*

Otra situación que cabe a destacar es la tesitura que se encuentran muchas familias cuando tras tratarse con técnicas inseminación artificial la mujer se queda embarazada de varios fetos. Los padres se ven obligados a aplicar técnicas abortivas para disminuir el número de hijos ya que un número elevado de hijos puede provocar numerosos problemas durante la gestación, además de un exceso de carga de trabajo. Muchos padres, tras años de someterse tratamientos de fertilidad tienen que decidir a cerca del número de hijos que desean tener. Tras el aborto de alguno de estos fetos los padres pueden sentirse incomprendidos e ignorar el tema con sus conocidos para evitar que sean juzgados. Los padres se sienten atemorizados, estresados, con dolor emocional y se preguntarán como hubiera sido los bebés en el caso de que la gestación hubiera seguido su curso. (López, 2011)

En el momento del parto los padres a pesar de sentirse alegres por el nacimiento de su nuevo hijo, se sentirán tristes por los que no han llegado a tener. Este sentimiento les seguirá durante toda su vida, y sobre todo durante los primeros años.

#### *Pérdidas neonatales*

Las pérdidas perinatales también abarcan las muertes de bebés durante los primeros días o meses de vida. Durante el puerperio, parto o al poco de nacer pueden aparecer, inesperadamente o no, problemas que pongan en riesgo la vida del bebé (López, 2011). Gracias a las unidades neonatales de cuidados intensivos y el avance en medicina, las expectativas de supervivencia en bebés que nacen con problemas vitales son mucho más altas que décadas atrás (Arancibia et al., 2018). Pero, a pesar de ello, no siempre el niño sobrevive, y la muerte de estos bebés es muy dolorosa para los padres y para el entorno (Valenzuela et al., 2011).

La puérpera ha cumplido todo el proceso de embarazo y parto, pero no ha concluido como se desearía, en muchas ocasiones imprevistamente. Además, que, en ocasiones, estas muertes neonatales van precedidas a ingresos en la UCI neonatal, en los que las madres y padres pasan días o semanas acudiendo a diario al hospital, durante muchas horas para ver y cuidar al bebé lo máximo posible. Estas estancias son totalmente devastadoras para los padres y cuando el desenlace no es el que desearíamos se provoca una larga angustia y un largo duelo en ellos (López, 2011).

Durante las visitas a la UCI neonatal, los padres conocen a otras parejas que se encuentran en su misma situación, con las que pueden hablar, comunicarse y facilita el proceso al que están haciendo frente (López, 2011). Conocer a personas en su misma situación ayuda notablemente a los padres. Se crean redes de apoyo adecuadas para tratar el proceso de duelo y favorecen esta situación.

#### **Siguiente embarazo**

Cualquiera de estas pérdidas dará paso a un proceso de duelo que la mujer debe superar y que dependerá de cada mujer. Algunas desean volver a quedarse embarazadas, otras, sin embargo, dicen no querer volver a gestar un hijo. Es indispensable que las mujeres

entiendan que cualquiera de las decisiones que tomen es válida, respetable y se sientan apoyadas, en este aspecto cabe destacar la importancia de un tratamiento holístico por parte del personal sanitario.

En el caso de que la mujer quiera quedarse embarazada de nuevo será una situación difícil, la mujer sufrirá ya que puede pensar que va a perder de nuevo al bebé (*Valenzuela et al., 2011*). Como se ha señalado anteriormente, el tiempo de duelo en las mujeres que han sufrido un aborto varía y depende de distintos factores como edad materna, haber sufrido pérdidas anteriores, edad gestacional, embarazos múltiples, personal sanitario, etc. Y en algunas ocasiones la mujer que sigue en proceso de duelo se quede embarazada de nuevo. Tener un nuevo bebé no supone que se olvide al bebé anterior, es más, a veces, la madre puede estar menos unida al nuevo. Se pregunta por el aspecto del otro bebé, si se parecería a los otros hijos, cómo se llevarían, puede sentir que está sustituyendo al otro (*González et al., 2013*), se elevan los niveles de ansiedad notablemente (*Fernández z et al., 2018*) y se sienten “malas madres” por no alegrarse de la nueva gestación (*Morer et al., 2017*).

Como personal sanitario, si una mujer se siente lista y dispuesta para volver a tener un hijo debemos apoyarla y reforzar su decisión instruyéndola y aclarándole las dudas que pueda tener. Siempre teniendo en cuenta la razón por la que se produjo la pérdida anterior y que en mujeres que han sufrido un aborto tienen más posibilidades de volver a ocurrir una vez más. Además, como personal sanitario deberíamos de tener en cuenta que las parejas que han sufrido más abortos o pérdidas tienen mayores síntomas depresivos y de ansiedad durante el siguiente embarazo que parejas que han tenido recién nacidos sanos (*González et al., 2013*), lo que puede poner en peligro la nueva gestación.

### **Importancia de la pareja**

La pérdida de un bebé no solo afecta a la puérpera también afecta a su pareja y en gran medida al vínculo que hay entre los dos (*Gamboa & Armendariz, 2016; Fernández et al., 2018*). Ante una pérdida perinatal la pareja puede vivir momentos de tirantez, angustia y nerviosismo como consecuencia del resentimiento que puedan atribuir el uno en el

otro, instaurando un entorno conflictivo. Es importante favorecer la relación entre ambos durante este proceso, ya que al existir una la problemática en la relación de la se puede desarrollar la aparición de un duelo patológico (*Martos, 2015; Figueras, 2015 citando a Kersting & Wagner, 2012*).

En un estudio realizado por Swanson *et al.* (2003), las mujeres que expresaban sus sentimientos en la pareja se encontraban más unidos a las mismas que las que no lo hacían, que se sentían más distantes y sin ganas de tener un nuevo embarazo (*Figueras, 2015*). Otro gran problema es la aparición de un duelo desigual entre ambos miembros de la pareja o el sentimiento de sufrir más que el otro miembro de la pareja, que también favorecen la aparición de un duelo más grave (*Cordero et al., 2014*).

Los hombres en cuanto a sus sentimientos, tratan de ocultarlos, tienden a la racionalización y no buscan ayuda a pesar de que la precisen (*Bautista, Abellan, Gómez, Martínez & Dema 2017*). Al contrario que las mujeres, que son más “proclives a expresar los sentimientos con mayor intensidad” (*Pastor, 2016*) y de buscar ayuda, en especial la de su pareja (*Fernández et al., 2016*). Por otra parte, las mujeres crean un vínculo afectivo con el bebé antes que el género masculino, por lo que, ante la pérdida de este, sobre todo en edad gestacional temprana, el desconsuelo es mayor en la madre, diferente al de la pareja. Estas diferencias pueden originar que la mujer piense que la pareja se despreocupa por la situación, y se puede crear un clima de tensión y malinterpretando los sentimientos reales del padre (*Figueras, 2015*). En algunos momentos, el hombre tiende a acercarse a su pareja planteándole a su pareja tener sexo, considerándolo como un momento de cercanía e intimidad con ella. La mujer puede sentir esta propuesta como inadecuada e interpretarse como una muestra de insensibilidad, lo que podría ocasionar momentos de tensión en la pareja (*López, 2010; Kersting & Wagner 2012*). Además, la madre en ocasiones debido a su sensación de culpa, rabia ante pérdida de la su futura familia, puede achacar estas sensaciones hacia su pareja, creando conflictos entre ambos (*Figueras, 2015 citando a Doñate y pozo, 2010; Kersting & Wagner, 2012*)

El hombre, pasa a segundo plano por la preocupación por los sentimientos de la mujer y por lo que le pueda ocurrir, trata de apoyarla y de consolarla, lo que puede ocasionar el aplazamiento del duelo del padre (*Figueras, 2015 citando a Álvarez, 2009*). A pesar de



ello, desde hace décadas algunos estudios como uno realizado por Johnsson y Puddifoot en el año 1996 señalaban que los hombres tenían respuestas de duelo similares a las de sus parejas (*Kersting & Wagner, 2012*).

El apoyo y comprensión asumido por ambas partes de la pareja es esencial. Según un estudio cualitativo realizado por Figueras (2015) algunas parejas señalan que realizar actividades con la pareja como asistir a cursos juntos favorece notablemente la relación que hay entre ambos, y como consecuencia la aceptación de la pérdida. Ya que al pasar tiempo juntos se favorece la comunicación entre ambos, la expresión de los sentimientos y la sensación subjetiva de apoyo por ambas partes de la pareja. Razón por la cual es aconsejable que los padres pasen tiempo juntos y realicen actividades en pareja durante este proceso.

### **Pérdida familia y amigos**

Las mujeres y sus parejas pueden llegar a realizar ciertas conductas, diferentes a las comunes, que si no se tratan podrían sumergirlos en un proceso de duelo más grave. Algunos expertos señalan que pueden aparecer sentimientos de envidia ante amigos y familiares con hijos o en proceso de gestación. Esto es capaz de ocasionar un distanciamiento entre la mujer, su pareja y su entorno afectivo, dificultando las relaciones con su entorno social (*López, 2011*).

La pareja en muchas ocasiones se aísla de sus personas más cercanas, debido a que se crean sentimientos de angustia, recelo, resentimiento y envidia (*Figueras 2015, citando a Kersting & Wagner, 2012*). Se produce una falta de comunicación con su familia y amigos, se dificulta la expresión de los sentimientos aparecen como consecuencia de la pérdida y el duelo se ve afectado (*Fernández et al., 2016 citando a López, 2011*).

Al haber dificultad y ausencia de comunicación entre los padres y su entorno social, los familiares y amigos estos últimos apenas sabrán como hacer frente a esta situación ya que desconocen los sentimientos y vivencias de los padres, por lo que pueden producirse situaciones embarazosas y complicadas entre los padres y sus personas más cercanas.

En muchas ocasiones después de explicar a la familia que la gestación ha finalizado, la respuesta por parte de la familia, amigos y comunidad no es la más acertada. Las personas de nuestro entorno tratan de restar importancia a la pérdida, optando por una tendencia a disimularla, augurando nuevos próximos embarazos y disminuyendo significativamente la trascendencia de la muerte fetal. Las palabras de la familia, amigos o incluso del personal sanitario son indispensables y en muchas ocasiones inadecuadas (Figueras, 2015). Se tiene la tendencia a animar a la pareja con frases como “no pasa nada”, “ahí no había nada”, “pronto te volverás a quedar embarazada, no te preocupes” (Bautista et al., 2017). Frases hechas que en la realidad no ayudan y que provocan que no se abran ni puedan expresar el duelo. La pareja se ve desautorizada para expresar sus emociones y sentimientos, complicando y favoreciendo la aparición de un duelo patológico o incluso la aparición de estrés postraumático. Un escaso apoyo social puede favorecer la presentación de un duelo patológico (Figueras, 2015 y Kersting et al., 2012)

Si bien el apenas se habla del dolor que sufren los padres tras este tipo de pérdidas, todavía se habla menos a cerca del sufrimiento del resto de familiares. A pesar de ello está claro que el resto del círculo familiar tanto abuelos, hermanos del bebé, tíos y demás familia se ven afectados por la pérdida y que incluso, en muchos casos tienen derecho y necesidad de recibir ayuda (Valenzuela et al., 2011). A su dolor se le une la preocupación por los padres (en especial por la madre), dificultad que les puede causar el no saber abordar el tema con normalidad, y en el caso de haber otros hijos cabe destacar la falta de comprensión que puedan tener. En muchas ocasiones, la pareja afectada busca hablar con familiares y/o amigos que también ha sufrido por la muerte de un feto o de un bebé, lo que será imprescindible para ellos y su adaptación al duelo (Kersting et al., 2012).

## **B. Programas y planes de salud existentes**

El abordaje de estas pérdidas resulta muy difícil para el personal sanitario. Es indispensable una visión global de la sociedad para brindar la atención a los afectados, una atención más humana y personalizada (Fernández et al., 2016 citando a Dallay, 2013). Siendo imprescindible instruir a los profesionales sanitarios ante este tipo de realidades para que actúen de manera holística, intercultural, diversa y humanista

(Cordero et al., 2014; Pastor, 2016). Teniendo en cuenta el proceso de gestación, parto, pérdidas anteriores, experiencia ante la muerte y el luto ante la muerte fetal. Trabajando mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje adecuado, en el que se tenga en cuenta a la embarazada, su pareja y el resto de la familia (Moner et al., 2017).

Los profesionales sanitarios tienen que actuar ofreciendo una atención integral y humanizada a las madres que se encuentran ante una pérdida perinatal favoreciendo el proceso de duelo (Pastor Monero 2016 citando a Cocciatore, 2013) y respetando su intimidad y decisiones. Absteniéndose de efectuar juicios de valor sobre la madre y resto de la familia y orientándolos de la manera más eficaz posible (Cordero et al., 2014).

Cuando el personal sanitario está formado la atención sanitaria es la apropiada, y se creará una relación de confianza y mutuo respeto entre la madre y los profesionales, lo que favorecerá a que la madre muestre sus sentimientos y tome las decisiones sin dejarse llevar por el duelo que pueda sufrir tras la muerte de su hijo.

Actualmente, numerosos estudios señalan la ausencia de formación del personal sanitario en el momento de dar la noticia de la pérdida así como en el seguimiento de los padres tras la misma (Cordero et al., 2014). En un estudio, realizado por Snwaka M. et al en 2014 realizado a 20 mujeres que habían sufrido una pérdida gestacional se destaca la verbalización de ausencia de ayuda y apoyo por el personal sanitario por 12 de las participantes, que se sintieron desamparadas tras recibir el alta (Martos et al, 2015).

Otro estudio cuantitativo, realizado por Melanie L. Basile y Thorsteinsson en el año 2015 en el que se estudiaba el apoyo recibido por el personal sanitario hacia los padres, concluyó con los mismos resultados que los señalados anteriormente. Más del 30% de las pacientes refería sentirse insatisfecha por las respuestas ofrecidas por los profesionales sanitarios. (Martos et al., 2015)

Según un estudio cualitativo realizado por C. Kelley M. y Trinidad S. en 2012 a profesionales sanitarios y familias que han sufrido una pérdida perinatal, los profesionales sanitarios sienten la necesidad de mejorar su formación para hacer frente a abortos y otro tipo de pérdidas. Los padres en este mismo estudio señalan por su parte que a la hora de recibir la noticia de la muerte de su bebé se sienten desinformados,

sienten que la acogida es fría, confusa e incómoda. Los padres destacan la ausencia de mirada a los ojos a la hora de dar la noticia de la pérdida y señalan que los profesionales sanitarios deberían de estar más formados para poder hacer frente a este tipo de situaciones de la manera más acertada posible. (*Martos et al., 2015*)

Por otra parte, en este mismo estudio además se destaca la percepción de los padres por la falta de diseño en el partitorio en cuanto a la acogida de un bebé fallecido en cuanto. Insisten en que es un lugar frío, sin llantos y ausente de ruidos, y de las labores de acogida que se realizan en un recién nacido. Tampoco hay felicitaciones como si hay en los partos de recién nacidos vivos, en estos casos, solo hay silencio además de escasa privacidad para los padres ya que se dispone de un lugar adecuado para poder llorar la pérdida.

En este estudio también se habla a cerca del dolor y sufrimiento que sufren los padres al llegar a casa que se puede trasladar hasta varios meses tras la pérdida. Se sienten perdidos no saben cómo actuar ni en que apoyarse. Destacan la importancia de los grupos de apoyo, ayuda social y hablar con personas que han pasado por el mismo proceso de duelo para poder superar la pérdida (*Martos et al, 2015*). Además de señalar que es esencial la formación del personal sanitario para poder responder a los padres e instruir a cerca de redes de apoyo para las parejas.

Durante las últimas décadas, se ha demostrado que las redes de apoyo a parejas que están en un proceso de duelo favorece la superación del mismo. Y se han realizado numerosos estudios y programas que lo demuestran. Como personal sanitario es indispensable que conozcamos y ofrezcamos estos servicios ya que el afrontamiento del duelo está favorecido por la mayor conciencia y conocimiento de estos (*González, 2013*).

Desde la década de los 80, algunos autores como Kirkley-Best y Kellner señalan la importancia de las intervenciones a las embarazadas para favorecer el duelo tras la pérdida. Destacan la importancia de que los padres puedan ver y coger al feto, del seguimiento de las madres o de crear grupos de apoyo para afrontar la pérdida debido a que muchas mujeres buscan en su entorno el apoyo de familiares y/o amigos que han sufrido este tipo de pérdidas (*López, 2011*).

En estudio realizado en 2011, en la que se estudiaba una terapia cognitivo-conductual basada en Internet hacia en mujeres que habían sufrido una pérdida neonatal produjo resultados positivos en cuanto a las mujeres sometidas a la intervención, en cuanto a la reducción del dolor, depresión y sentimientos de culpa que las que no lo hicieron (*Kersting et al., 2012*).

Actualmente solo se hace unos “primeros auxilios psicológicos” que palían los primeros síntomas tras la pérdida, pero es necesaria el tratamiento y el seguimiento del proceso de duelo, para evitar así la aparición de duelo patológico y facilitar el duelo (*López, 2010; González, 2015*).

La Comunidad Autónoma de Galicia en el año 2016 sufrió una denuncia por parte de la *Plataforma Galega polo Dereito ao Aborto* debido a que un hospital de esta comunidad ante la atención de mujeres que habían sufrido una pérdida durante el segundo trimestre de embarazo se incumplía la legislación vigente debido a que no eran atendidas por profesionales sanitarios después de sufrir la pérdida (*Fernández et al., 2016*).

Según un estudio cuantitativo realizado por Díaz Curiel en 2011 en el que se estudió la importancia de terapia en grupo en pacientes en proceso de duelo, se demostró una mejoría en cuanto a los sentimientos de angustia y mejoría en la elaboración del duelo en los pacientes que se habían sometido al tratamiento en grupo. (*Díaz, 2011*)

En muchas comunidades autónomas se han desarrollado programas para favorecer el duelo de los padres en el hospital, pero apenas se ha desarrollado el seguimiento de este tras el alta, dejando a los padres desamparados. En algunos hospitales y Comunidades Autónomas en cambio, sí que se han establecido programas de seguimiento de las familias y ofreciendo redes de apoyo que han resultado muy positivas.

En el hospital de Ávila en el año 2011, se observó la necesidad de atención de parejas que habían sufrido una pérdida perinatal. Para ello, se realizaron talleres y jornadas para formar a las profesionales y se contactó con parejas que habían sufrido este tipo de pérdidas para formar un grupo de apoyo en la ciudad de Ávila. También, se realizaron dípticos que informan a cerca del proceso de pérdida gestacional y se ofreció

información a cerca de diferentes asociaciones y recursos a los que pueden acceder y recurrir. La evaluación de este proyecto ha sido positiva tanto por padres y profesionales. *(Roja, 2015)*

En el Sistema Extremeño de Salud, en el año 2015, se creó un proyecto favorecedor del duelo tanto en el momento de la pérdida, así como tras la salida del hospital. En este plan se exponían diferentes pautas a seguir por profesionales de la salud a la hora de ocurrir la pérdida, y también para realizar un seguimiento de la madre desde su Centro de Atención Primaria. Además, se propone la creación de diferentes grupos de apoyo, ya que la evidencia científica señala resultados positivos para los grupos terapéuticos.

En Cataluña, en el año 2014 en el Hospital Vall d'Hebrón se creó un grupo "Espai de Paraula" para padres que habían sufrido una pérdida durante la gestación o la pérdida de un hijo ingresado en la unidad de neonatología y tratar el proceso de duelo. Este grupo realiza una sesión de 90 minutos al mes y están moderadas por una psicóloga especialista en el duelo gestacional. Desde septiembre de 2014 a mayo de 2015, 69 personas participaron en estas sesiones, las cuales las valoraron como muy beneficiosas. Se puede justificar la viabilidad del proyecto con la repetición y participación de los participantes en las sesiones. *(Pi-Sunyer, 2015)*

Por su parte, en el año 2019, en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada con la colaboración de padres y madres que han sufrido una pérdida en el embarazo o a los pocos meses del nacimiento del bebé, se ha trabajado para realizar un proyecto de apoyo e información a padres y madres que se encuentran en esta situación, para ofrecer diferentes redes de apoyo y ponerlos con contacto con otras familias. Este programa todavía está en proyecto y aún no se ha podido evaluar todavía, pero la acogida ha sido hasta el momento muy positiva y se prevé que la evaluación también lo sea. *(HVNG, 2019)*

En el año 2004 en Álava se inició un programa denominado "Brazos Vacíos" por uno de los Centros de Salud Mental (CSM) de la capital alavesa. Este programa consiste en el tratamiento de la pérdida por parte de la enfermera de Salud Mental. Las pacientes y sus parejas son derivados al CSM por parte del Hospital o Centro de Salud (medicina o ginecología).

Inicialmente se realiza una primera consulta, la llamada “Consulta de Acogida”. En esta consulta la enfermera tiene en cuenta si es el primer contacto con el servicio sanitario tras la pérdida del bebé, el tiempo que ha pasado tras la pérdida, la razón de la derivación y la expectativa de ayuda. La paciente puede acudir a la cita tanto acompañada de su pareja como no. En el caso de que la pareja acudiera podría optar por ser un acompañante de la mujer o de ser tratado como un usuario al igual que ella. La enfermera en esta primera consulta además de los aspectos ya mencionados valorará el tipo de pérdida, condiciones y características del embarazo, atención recibida en el hospital, contacto con el bebé tras la pérdida, recuperación física de la mujer, las respuestas emocionales de los pacientes, el apoyo social-familiar, la respuesta de otros miembros de la familia, antecedentes personales y la posibilidad o no de un nuevo embarazo.

Después de la “Consulta de Acogida”, la enfermera de Salud Mental expondrá el caso al personal de psiquiatría y citará a los pacientes en una segunda consulta presencial que se realizará en conjunto por enfermera y psiquiatra. En esta consulta se valorará la evolución del duelo, su gravedad, la necesidad de abordaje farmacológico y la aparición de duelo patológico. Tras esta consulta el seguimiento se realizará por la enfermera del CSM.

Se ha demostrado que los resultados obtenidos por el programa han sido adecuados a lo largo de los años, tanto por la participación de los pacientes, los resultados y satisfacción de las parejas y del personal sanitario.

Además, en la capital alavesa, fuera del Sistema de Salud, existe una psicóloga especializada en el duelo gestacional que realiza actividades de apoyo individual online para trabajar con mujeres y familias. En otras ciudades, también en algunas cercanas como Bilbao (Regazo Vacío), Pamplona (Red el Hueco de Mi Vientre,) o Arnedo (Asociación Contigo), se han creado asociaciones y grupos de apoyo mutuo en la mayoría de casos, creados por madres y padres, pero en los que también participan profesionales de salud, entre las que también cabe destacar la asociación Umamita, asociación de apoyo para la pérdida perinatal. Estas asociaciones plantean y proponen protocolos y formas de actuación para profesionales de salud y padres y madres, para dar un apoyo que en muchas ocasiones no encuentran en el sistema público. Algunos de estos

protocolos son utilizados en los hospitales, cómo, por ejemplo, un protocolo creado por la asociación Red el Hueco de Mi Vientre se utiliza activamente en el Hospital de Murcia.

En el caso Red el Hueco de Mi Vientre es una red existente en diferentes ciudades españolas como Madrid, Santander, León, Ponferrada, Barcelona o Pamplona entre otras. Es una asociación solidaria, sin ánimo de lucro, formada en el año 2013 por padres y madres que han vivido una pérdida de este tipo que pretende apoyar a otros padres y madres que se encuentran en un proceso de duelo mediando encuentros con las familias y grupos de apoyo. A lo largo de la trayectoria de este proyecto también se han unido algunos profesionales de la salud para realizar cursos formativos para otros profesionales y promocionar la investigación y realizar protocolos asistenciales.

Al igual que los señalados anteriormente la mayoría de estos proyectos y asociaciones, han sido creadas fuera del ámbito del Sistema Nacional de Salud, por familias que se han visto involucrados en pérdidas de este tipo o profesionales especialistas, ciudadanos que han podido observar la prevalencia del problema, así como la falta de redes de apoyo que existen en la actualidad dentro de la red pública de salud.

## 6. DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos obtenidos con la revisión bibliográfica podemos verificar que el proceso de superación de una pérdida perinatal va precedido de un duelo que afectará principalmente a la mujer, pero también a su pareja, al resto de la familia y a sus más allegados. (*Martos, 2012*)

Se puede observar que existen numerosos factores realmente determinantes en el tipo y gravedad del duelo que ocurre tras la pérdida (*González-Castroagudín, 2013*). Por esta razón, es imprescindible considerar que el proceso de duelo variará en cada persona y tener en cuenta al individuo en su globalidad para poder hacer frente a ese duelo al que se está sometiendo y poder ayudarle (*Pastor, 2016*).

Sorprende que, a pesar de ser un proceso muy común, al que muchas mujeres y parejas se tienen que enfrentar, apenas haya campañas a cerca de concienciación sobre el problema ni procesos de apoyo en la mayoría de Comunidades Autónomas.



El estudio propuesto junto con su intervención pretende ofrecer y completar diferentes redes de apoyo para facilitar la superación del duelo, favorecer la relación entre la pareja y la reinserción de las mismas en su comunidad y ambiente su más cercano.

**Limitaciones del estudio:** En el momento de recabar información acerca de programas de apoyo y superación del duelo ante abortos y pérdidas neonatales existentes en las diferentes comunidades autónomas. También a la hora de encontrar datos epidemiológicos a nivel mundial, ya que en muchos países y comunidades estas pérdidas no se contabilizan.

**Fortalezas:** La mayor fortaleza del estudio es la última legislación vigente, que apoya y promueve la salud de las mujeres y la cobertura sanitaria universal (*Ley Orgánica 2/10*), así como la gran cantidad de datos epidemiológicos y analíticos que nos podemos encontrar a la hora de buscar información.

Otra de las fortalezas es la ayuda que podemos ofrecer a estas mujeres desde la perspectiva de enfermería, con formación en salud mental y comunitaria. Las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional se sienten perdidas y buscan ayuda, en la que nosotras, como profesionales podemos ayudarlas, para poder dirigir las.

En Álava, el “Brazos vacíos”, es un programa innovador, que ha tenido una buena acogida a lo largo de los años y en el que participan muchas familias que han sufrido una pérdida perinatal. Las mujeres participantes participar activamente en el programa estarían dispuestas a participar en la nueva propuesta. Además, al existir una buena coordinación entre diferentes unidades hospitalarias sería más fácil captar a parejas que han sufrido una pérdida gestacional de cualquier tipo, y así incorporarlas a nuestro programa.

**Debilidades:** La principal debilidad de esta presentación, teniendo en cuenta la evidencia científica es la participación y repetición de las mujeres en el proyecto y en las sesiones que se proponen a continuación, debido al estigma y la tendencia a la ocultación del aborto y resto de pérdidas perinatales (*Morer et al., 2017*). Lo que dificultaría que las mujeres quieran participar en el grupo.

## 7. CONCLUSIONES

- A pesar de que a lo largo de los años ha sido un tema tabú y de vergüenza para las madres, una parte importante de los embarazos concluye en muerte perinatal.
- Esta pérdida va precedida de un proceso de duelo, diferente al resultante de otras pérdidas y que afecta a la embarazada, a su pareja, así como a la familia y amigos.
- Es imprescindible que los implicados trasmitan sus sentimientos, para evitar el desarrollo de un duelo patológico.
- Es importante la creación de redes de apoyo por parte de un personal sanitario formado y cualificado.
- En algunas comunidades autónomas existe una falta importante de redes de apoyo para personas en duelo gestacional, imprescindibles en estos casos, o están incompletas. La formación de grupos de apoyo sería una propuesta adecuada para tratar a estas familias.

## 8. PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO

### Plan de mejora del programa “Brazos Vacíos”

RESUMEN DE LA PROPUESTA	
<b>Grupo diana</b>	Mujeres que han sufrido una pérdida neo o perinatal + parejas/ persona de apoyo
<b>Objetivos</b>	<p><b>Principal:</b></p> <p>Ofrecer diferentes redes de apoyo a padres y madres que han sufrido una pérdida neonatal o perinatal.</p> <p><b>Secundarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Alfabetizar al grupo diana</li><li>- Ofrecer consejo sanitario.</li><li>- Sensibilizar a la comunidad</li></ul>
<b>Sesiones grupales</b>	<p><b>Lugar:</b></p> <p>Centro de Salud de Zabalgana, sala para grupos</p> <p><b>Agentes de Salud:</b></p> <p>Enfermera de SM</p> <p><b>Cronograma</b></p> <p>4 meses</p> <p><b>Evaluación</b></p> <p>Enfermera + pacientes</p> <p><b>Material didáctico:</b></p> <p>Proyector, ordenador.</p> <p>Trípticos informativos.</p> <p><b>Agentes de Salud</b></p>
<b>Blog + Redes Sociales</b>	Enfermera de SM + comunitaria + matrona + ginecología + psicología + psiquiatra +
	<p><b>Cronograma</b></p> <p>Comienzo a la vez que las sesiones grupales, con la intención de perdurar en el tiempo</p> <p><b>Evaluación</b></p> <p>Enfermera → estudiando la participación</p>

**Material didáctico**

Ordenador

**a. Grupo diana**

Mujeres que han sufrido una pérdida perinatal, incluyendo en las mismas mujeres que han padecido un aborto tanto voluntario como involuntario, fetos fallecidos durante el parto y durante las primeras semanas o incluso meses de vida; y sus parejas, de la Zona Básica de Salud de Zabalgana. Con la posibilidad de acceder a mujeres de otras Zonas Básicas de Salud.

El Área de Salud de Zabalgana abarca a una población de 27.472 habitantes 13.506 de las cuales son mujeres. En el mismo Centro de Salud está integrado el Centro de Salud Mental, así como el Centro de Atención a la Mujer.

**EDAD**

	16 a 17	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 55
<i>Población</i>	435	1.098	2.879	8.647	4.499

*Tabla 7. Población de mujeres y hombres y grupo de edad al que pertenecen [Fuente: Ayuntamiento Vitoria- Gasteiz]*

**b. Objetivos**

*Objetivo principal:*

Ofrecer diferentes redes de apoyo a padres y madres que han sufrido una pérdida perinatal.

*Objetivos secundarios*

- Alfabetizar al grupo diana a cerca del proceso de duelo consecuente a una pérdida perinatal.
- Ofrecer consejo sanitario por parte de profesionales en salud a mujeres y parejas que han sufrido este tipo de pérdidas.

- Sensibilizar a la comunidad a cerca de las consecuencias de la pérdida de un hijo no nato.

### **c. Metodología**

Gracias al programa existente en Álava “Brazos vacíos” podríamos captar a mujeres que han sufrido una pérdida perinatal. Tras las primeras consultas realizadas con la enfermera de Salud Mental o cuando esta lo vea adecuado se propondrá a las mujeres acudir a la terapia grupal. Esta propuesta pretende completar el programa “Brazos vacíos”, ofreciendo a las participantes después de las consultas individuales, participar en un grupo de terapia grupal y la participación en un Blog de internet y diferentes redes sociales. La terapia grupal no pretende sustituir a las consultas individuales con la enfermera de SM, ya que debemos de tener en cuenta que las experiencias, situación y respuestas de cada mujer serán diferentes. Las reacciones de duelo pueden variar notablemente en cada persona: depende de la forma y situación en la que se ha producido la pérdida, de la puérpera y su situación sentimental y social. Por lo que se sigue considerando de las consultas individuales siguen siendo imprescindibles, sobre todo al principio del proceso.

Las mujeres se captarán al programa en su mayoría a través del programa “Brazos vacíos”, pero también se expondrá el programa en el hospital o Centros de Salud, impulsando la coordinación entre diferentes centros para poder captar también a pacientes que estén fuera del programa e impulsar la coordinación entre los diferentes centros.

Esta propuesta consta de diferentes intervenciones, con las que se pretende mejorar el afrontamiento al duelo además de reducir la carga de trabajo que sufren las enfermeras en los Centros de Salud Mental.

Para asegurar la voluntariedad en cuanto a la participación del grupo diana se les entregará un Consentimiento Informado, disponible en el Anexo 2.

La primera intervención, estará dirigida a mujeres y hombres, que han sufrido una pérdida perinatal. Constará de un total de cinco sesiones grupales, divididas en tres

bloques. Tres en las que participarán únicamente las mujeres y otras dos, intercaladas entre las anteriores, en las que participarán las mujeres junto a sus parejas o persona más allegada, ya que debemos considerar que ellos también están siendo sometidos a un proceso de duelo, que pueden surgir disputas en el entorno familiar, que la relación se puede ver afectada y que también son el mayor referente de apoyo para estas mujeres. En cada sesión se trabajarán diferentes objetivos y se dará pie a la participación de las participantes. Las descripciones de las sesiones están disponibles en el Anexo 3.

- *Lugar:*

Las sesiones grupales dirigidos a mujeres y parejas se realizarán en una sala de terapia grupal del Centro de Salud de Zabalzana, que se encuentra habilitada con sillas, mesas, ordenador y proyector.



*Figura 2. Ubicación centro de Salud de Zabalzana: Calle Avenida de la Ilustración, 47*



*Figura 3. Foto Centro de Salud de Zabalzana*

- *Agentes de Salud/Multidisciplinar:*

Los agentes de salud que participarán en el proyecto serán el equipo del Centro de Salud Mental de Zabalgana, así como el equipo del Centro de Salud de Atención Primaria de los barrios pertenecientes a este CSM.

Las sesiones grupales estarán dirigidas por una enfermera especializada en Salud Mental y Comunitaria. Además, en el Blog, podrán participar psicólogas, psiquiatras, matronas o ginecólogas.

- *Recursos:*

- *Humanos:* El personal multidisciplinar, con la formación adecuada y pertinente para la participación en el proyecto
- *Infraestructura:* Aula en el CSM.
- *Materiales:* Ordenador, proyector, cuestionarios, material para realizar trípticos para información.

- *Cronograma:*

En el caso de aprobarse el proyecto, se llevaría a cabo durante cuatro meses. Los tres primeros meses se realizarían las sesiones grupales a la vez que se realiza la segunda intervención que tiene como finalidad perdurar en el tiempo.

Respecto a las sesiones grupales, se realizarán seis en total. En la primera, tercera y quinta sesión participarán únicamente las embarazadas, en el resto, participarán las mujeres junto a sus parejas o persona de apoyo. Las fechas, aunque dependen de la aprobación del proyecto están disponibles en el Anexo 4.

Los talleres grupales comenzarían en noviembre ya que se tiene en cuenta que en verano, debido a las vacaciones de las participantes y la reducción de personal sanitario en los Centros de Salud, la captación y participación de parejas se reduciría. Por ello, en los meses de septiembre y octubre, trataríamos de captar participantes. La segunda intervención, comenzaría también a la vez que la primera.

- *Evaluación:*

Tras la finalización del proyecto es imprescindible la evaluación del mismo. Esta está disponible en el Anexo 5.

---

## PROPUESTA DE INNOVACIÓN

Mientras se realiza el taller, tenemos la posibilidad de dar a las participantes una red de apoyo deseada para tratar el proceso de duelo y, al finalizar las sesiones grupales, gracias a la segunda intervención podremos seguir trabajando con los pacientes de manera no presencial.

Además, con esta propuesta intentaremos llegar a más mujeres de otras Zonas Básicas de Salud o comunidades.

También con este proyecto se tratará de sensibilizar a la comunidad a cerca de la prevalencia, realidad e importancia de las pérdidas perinatales.

Para poder llegar a estos objetivos, crearemos una serie de redes en internet. Estas consisten en un Blog principal en el que profesionales (enfermeras de SM, comunitaria, matronas, ginecología, psicología, psiquiatría, etc.) hablarán a cerca de las pérdidas perinatales y el duelo, y podrán hacer aclaraciones sobre estos conceptos.

Algunas mujeres voluntarias escribirán y/o hablarán a cerca de su experiencia, su proceso de duelo, decisiones que tomaron y en caso de haberlo, experiencia con su nuevo embarazo. Parejas y familiares voluntarios también podrán escribir a cerca de su experiencia.

El blog será un blog abierto, completamente anónimo si se desea, en el que otros profesionales, mujeres, parejas, familiares o cualquier miembro de la comunidad podrá comentar y hablar a cerca de su experiencia personal y realizar preguntas.

En el Blog también los participantes de las sesiones grupales, así como la enfermera que dirigía las mismas, podrán dar abiertamente su opinión a cerca de las mismas.

Se crearán además, perfiles en diferentes redes sociales como Twitter e Instagram donde profesionales de la salud podrán postear información sobre las pérdidas perinatales, duelo y publicitar el Blog. Gracias a las redes sociales, nos podríamos acercar a la comunidad y a más personas que están en esta situación y que no se encuentran en nuestro programa e incluso, si lo desean, acudir a las sesiones grupales.



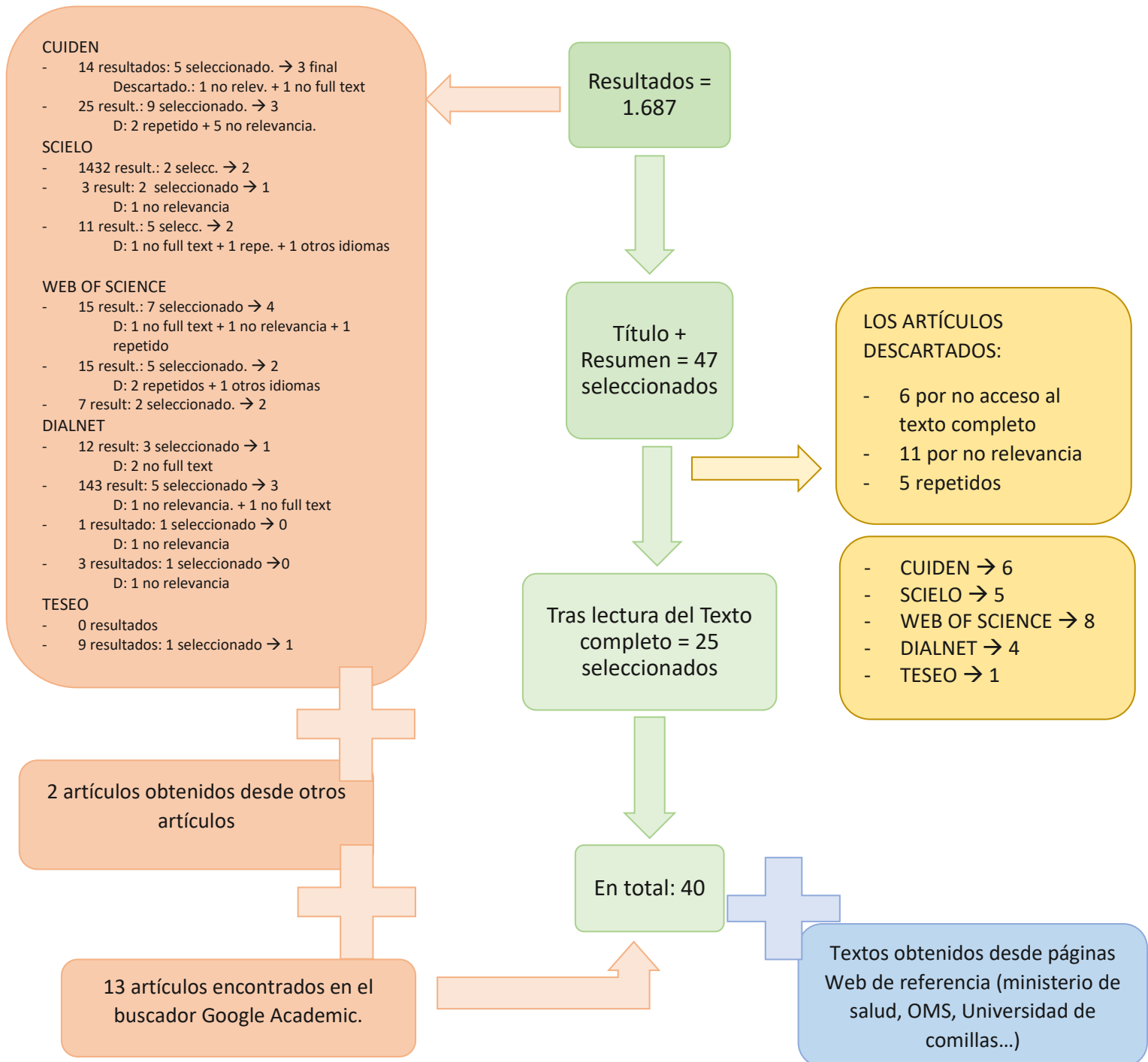
También se crearán unos trípticos en euskera y castellano que se pondrán a disposición de personal sanitario de Centros de Salud, Hospital y sobre todo a la enfermera del Centro de Salud Mental, para poder captar pacientes al programa. En estos trípticos se expondrá brevemente y de manera visual el programa y la manera de que las mujeres pueden acceder a las sesiones. En el tríptico aparecerá un código QRN a través del cual las mujeres podrán acceder desde sus teléfonos móviles a nuestro Blog. También estarán nuestros perfiles en redes sociales.

## 9. AGRADECIMIENTOS

Para finalizar este proyecto, he de dar las gracias a mi familia y amigos, que me han apoyado durante todo este tiempo. Y sobre todo a mi tutora Rosa García-Orellán por sus indicaciones y por haberme guiado durante la elaboración de este trabajo.

## 10. ANEXO

### a. Anexo 1. Diagrama de flujo



## b. Anexo 2. Consentimiento Informado

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO**

*¿En qué consiste el proyecto?*

El proyecto consta de una serie de sesiones intervenciones por las cuales se pretende dar diferentes redes de apoyo a padres y madres que han sufrido la pérdida de un hijo no nato o neonato.

La primera de las intervenciones serán una serie de sesiones grupales dirigidas por personal de enfermería, y la segunda consta de una serie de redes en internet (Blog y redes sociales) en las que los participantes podrán interactuar activamente con profesionales sanitarios, otros participantes o ciudadanos para hablar a cerca de su experiencia y reforzar conocimientos. Las publicaciones serán o no anónimas dependiendo de los deseos de cada uno.

*¿Existen efectos negativos?*

No. El proyecto es beneficioso para la salud física y mental de las participantes.

*¿Soy libre de asistir?*

Si. Las participantes acudirán a las sesiones grupales libremente, así como participar en el Blog y redes sociales. En el caso de acudir a alguna de las sesiones, los participantes son libres de no acudir a las siguientes.

*¿Es confidencial?*

Si. Las experiencias que se traten en la terapia grupal serán totalmente confidenciales.

Teniendo en cuenta la información yo,  
 ....., estoy de acuerdo a participar en  
 el presente proyecto, entendiendo de esta manera que mi participación es voluntaria.

Firma:

Vitoria-Gasteiz, ..... de ..... de 2020

**c. Anexo 3. Desarrollo de las sesiones**

<p><b>Primera sesión</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta primera sesión será una sesión de acercamiento entre las participantes, así como con la enfermera. Participarán únicamente las mujeres que han sufrido una pérdida neonatal.</li> <li>- Presentación de la enfermera y las participantes</li> <li>- Presentación del programa, objetivos y actividades.</li> <li>- Ronda de preguntas guiadas. Escuchando las respuestas de las participantes, asintiendo y sin emitir ningún tipo de valoración. Las preguntas serán las siguientes: ¿Por qué has venido? ¿Cómo te sientes? ¿Cómo estás llevando el proceso? ¿Cuándo ocurrió? ¿Te sientes comprendida? ¿Porqué? ¿Qué sentiste cuando todo ocurrió? ¿Y cuándo volviste a casa? ¿Qué has echado en falta?</li> <li>- Cierre, despedida y recordatorio de la siguiente sesión.</li> </ul>
<p><b>Segunda sesión</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En esta sesión participarán las mujeres y su pareja, familiar o persona principal de apoyo.</li> <li>- Primero se dará la bienvenida a los participantes y se hará una pequeña ronda de presentación.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basándonos en una serie de preguntas, se preguntará a los participantes a cerca de sus conocimientos: aborto, muerte gestacional, neonati, duelo, duelo patológico.</li> <li>- Se aclararán y reforzarán los conceptos.</li> <li>- Las participantes hablarán sobre medidas que toman para evitar un duelo patológico y tener un proceso de duelo sano.</li> <li>- La enfermera reforzará estas medidas.</li> <li>- La enfermera responderá a cuestiones que puedan tener los participantes.</li> <li>- Cierre, despedida y recordatorio de la siguiente sesión.</li> </ul>
<b>Tercera sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acudirán las mujeres a solas.</li> <li>- Primero daremos la bienvenida a las participantes.</li> <li>- En esta sesión hablaremos a cerca de los sentimientos encontrados. Es decir, a cerca de los conflictos que surgen en las parejas, familiares, amigos, del deseo o ausencia de deseo sexual o de tener hijos, o de la posibilidad o imposibilidad de tener un nuevo embarazo o del distanciamiento hacia otros hijos.</li> <li>- Trataremos estos temas contestando a preguntas abiertas dirigidas por la enfermera.</li> <li>- Cierre, despedida y recordatorio de la siguiente sesión.</li> </ul>
<b>Cuarta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acudirán las mujeres junto a su pareja o persona de apoyo principal.</li> <li>- Primero se dará la bienvenida a los participantes.</li> <li>- Se trabajarán los sentimientos e inquietudes que surgen en el ámbito de la convivencia, así como los problemas que pueden surgir entre ellos. También volveremos a hablar a cerca de los sentimientos encontrados, esta vez, teniendo en cuenta los sentimientos del entorno más cercano.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Además, también se trabajaremos maneras para favorecer las relaciones.</li> <li>- Cierre, despedida y recordatorio de la siguiente sesión.</li> </ul>
<b>Quinta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta sesión está dirigida únicamente a las mujeres.</li> <li>- Primero se dará la bienvenida a las participantes.</li> <li>- También se hará un pequeño resumen de todos los conceptos aprendidos.</li> <li>- Mediante una serie de preguntas guiadas las participantes hablarán de nuevos conflictos que han surgido en su entorno así como nuevos sentimientos.</li> <li>- La enfermera evaluará y dirigirá las respuestas.</li> <li>- Se les proporcionará a los participantes diferentes herramientas sociales y redes de apoyo: nuestras redes sociales, Blog, libros para padres, otras páginas de internet, nuestro correo electrónico, etc.</li> <li>- Se dará pie a que den su opinión a cerca de las sesiones y hagan propuestas de mejora.</li> <li>- Se dará las gracias a los participantes y despedida.</li> </ul>

**d. Anexo 4. Cronograma de las sesiones grupales.**

- 1ª sesión: La duración será de 90 minutos. Comenzando a las cinco y media de la tarde. El día martes, 3 de noviembre de 2020.
- 2ª sesión: La duración será de 90 minutos. Comenzando a las cinco y media de la tarde. El día martes, 17 de noviembre de 2020.
- 3ª sesión: La duración será de 90 minutos. Comenzando a las cinco y media de la tarde. El día martes, 1 de diciembre de 2020.
- 4ª sesión: La duración será de 90 minutos. Comenzando a las cinco y media de la tarde. El día martes, 15 de diciembre de 2020.
- 5ª sesión: La duración será de 90 minutos. Comenzando a las cinco y media de la tarde. El día martes, 29 de diciembre de 2020.

#### **e. Anexo 5. Evaluación.**

¿Quién evalúa el proyecto?

- Las participantes. Las mujeres, sus parejas o persona de confianza que participan en el proyecto.
- Las docentes. La enfermera de SM que dirige las sesiones grupales y los profesionales que participan activamente en el Blog y redes sociales.

¿Qué se evaluará?

- Estructura. Uso y utilización de los recursos.
- Proceso. Se evaluará el adecuado cumplimiento de las actividades, la participación del grupo, repetición, la dinámica grupal, cumplimiento del tiempo y la satisfacción del grupo.
- Resultados. Se observarán los objetivos a cumplir y los contrastaremos con los objetivos obtenidos además de la aceptación del programa por los diferentes agentes implicados.

¿Cómo?

- En la última sesión mediante un proceso de preguntas abiertas realizadas por la enfermera que dirige las charlas, los participantes podrán dar su opinión respecto al proyecto.
- Además también en la sexta sesión, daremos al grupo una serie de cuestionarios en los que evaluarán el proyecto, podrán dar su opinión y dar consejos.
- La enfermera de salud mental también evaluará las sesiones teniendo en cuenta diferentes ítems:
- Evaluaremos además la segunda intervención teniendo en cuenta la participación en la misma.

- ¿Cuándo?

- La enfermera que dirige las charlas después de cada taller realizará una pequeña evaluación de este.
- Al en la última sesión grupal se realizará la evaluación de los participantes.

- Un mes después de finalizar las sesiones grupales evaluaremos la acogida de la segunda intervención.

**f. Anexo 6. Libros para madres y padres.**

- Carmelo, Anji. (2007). Déjame llorar & de la oruga a la mariposa. Taranná.
- Claramunt, M. A. (2009). La cuna vacía. La esfera de los libros.
- Kirk, Paul & Schwiebert. (1985). Cuando hola significa adiós. Ed. Perinatal Loss, Portland.
- Sherokee, I. (2005) Brazos Vacios. Witergreen Press.

*Fuente: Asociación Umamita y El Parto es Nuestro, 2014.*



## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Arancibia, M; Silva, A; Pantoja, F. (2018). Vivencia de madres gestantes de niños y niñas con malformaciones incompatibles con la vida. *Acta bioética*. 24(1). Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00067.pdf>
- Asociación Umamita y El Parto es Nuestro. (2014). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>
- Baena, F; Jurado, E. (2015). La mujer ante la finalización de la gestación por anomalías fetales: caso clínico. *Enferm Clín.*, 25 (5), 276-281. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5252972>
- Bautista, B.P; Abellán, S; Gómez, M; Martínez, A; Dema, S. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas Prof.*, 18 (1), 18-15. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-y-sentimientos-aborto.pdf>
- BOE. (2020). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de: <https://www.boe.es/>
- Camacho, M. (2011). *Tratamiento del aborto espontáneo: experiencia en un año en el Hospital Virgen de la Victoria*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones. Recuperado de : <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/5012>
- Cevo M.C. (2019). Duelo patológico. *Revista horizonte de enfermería*. Recuperado de: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/1003>
- Cordero M.A., Palacios P., Mena P., Medina L. (2014). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev Chil Pediatr*, 75 (1), 67-74. Recuperado de:
- Cruz, A. (2009). El acceso de las mujeres a la educación como eje fundamental para su promoción y participación. *Sumuntan*, 24, 9-29. Recuperado de: [https://www.cismamagina.es/app\\_sumuntan/pdf/24/24-9.pdf](https://www.cismamagina.es/app_sumuntan/pdf/24/24-9.pdf)
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 31(1). Recuperado de:

[scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352011000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352011000100007&script=sci_arttext&tlng=en)

- EUSTAT. (2019). *Euskal Estadistika Erakundea-Instituto Vasco de Estadística*. Recuperado de: <https://www.eustat.eus/indice.html>
- Fernández-Bastana, S. et al. (2016). Aproximación a la realidad del duelo perinatal. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/753/740/>
- Fernández E, Rengel C, Morales IM, Labajos M<sup>ª</sup>T. (2018). Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review. *Salud Mental*, 41(5), 237-234. Recuperado de: [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/SM.0185-3325.2017.035](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2017.035)
- Fernández M; Cruz, F; Pérez, N, Robles, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo perinatal. *Facultad de psicología. Universidad de Granada*, 21. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962012000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962012000100011)
- Figeras Uranga I. (2015). Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. *CSMHUMutua Terrassa. Perspectiva de la madre. Redes*, 32. Recuperado de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/5>
- Gamboa, K. F., Armendáriz A. M. (2014). Momento de enseñanza-aprendizaje para el cuidado del duelo por un ser amado no nacido. *Rev Enferm Inst Seguro Soc.*, 24(2), 137-140. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162j.pdf>
- Gobierno de España. (2015). *Plan Integral de apoyo a la familia 2015-2017*. Gobierno de España Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/novedades/docs/PIAF-2015-2017.pdf>
- González S., Suárez I., Teijó, P., Marra M. J., Rodríguez, E., et al. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*, 19, 113-117. Recuperado de: [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_2.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf)

- González A.M. (2018). De la desilusión a la esperanza. Superando una pérdida gestacional. *Archivos de la Memoria*, 15. Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/15/15003.php>>
- INE. (2019). *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE. Recuperado de: <http://www.ine.es/>
- Izzedin R. (2011). Aborto espontáneo. *Universidad Los libertadores*, 18(1). Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272012000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100007)
- Jeri M., Quispe M., Santos L., Bustamante F.A. (2017). Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima. (Tesis doctoral). *Universidad Peruana Unión. Unidad de posgrado de Ciencias de la Salud*. Recuperado de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/809>
- Kersting A, Wagner B. (2012). Duelo complicado después de la pérdida gestacional. *Diálogos Clin Neurosci*, 14(2):187-194. Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2018a21>
- López García, AP. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 31 (109), 53-70. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López A.P. (2015). Programa “Brazos Vacíos” para el tratamiento ambulatorio en un centro de salud metnal de mujeres y parejas que han perdido un embarazo o un hijo neonato. *Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP\\_PARTO\\_2015.htm](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_PARTO_2015.htm)
- Martins G., Luiz C., Schmidt B, Piccini C. (2019). Motherhood and work: Experience of Women with established careers. *Trens in psicology*, 27(1), 69-84. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/331940435\\_Motherhood\\_and\\_Work\\_Experience\\_of\\_Women\\_with\\_Established\\_Careers](https://www.researchgate.net/publication/331940435_Motherhood_and_Work_Experience_of_Women_with_Established_Careers)
- Martos-López I.M., Sánchez-Guisado M.M., Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3455>

- Martos, I.M; Sánchez, M<sup>a</sup>.M; Guedes, C. (2015). Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente para enfermería. *Parainfo digital*, 22. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/082.php>
- Mesquita, T; Marques, C.M; Gontijo, M; Martins da Costa, H; Almeida, C.R. et al. (2018). Frequency of Chromosomal Abnormalities in Products of Conception. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 39, 110-114. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000200265&lng=en&tlng=en&SID=D3XCYN46UMUqvSGeRbx](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200265&lng=en&tlng=en&SID=D3XCYN46UMUqvSGeRbx)
- Ministerio de Consumo, Salud y Bienestar. (2020). *Ministerio de Consumo, Salud y Bienestar*. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/>
- Molina C. (2019). Impacto sobre la legislación laboral española de la jurisprudencia del tribunal de justicia de la unión europea. Sánchez J., *La discriminación laboral por razón de embarazo*, (pp. 342-359) Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/57779/Capitulo.%20Discriminaci%C3%B3n%20laboral%20por%20raz%C3%B3n%20de%20embarazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morer B. et al. (2017). El duelo perinatal por muerte gestacional. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente*, 63, 85-90. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/psiquiatria-63/07-morer-et-al.pdf>
- Naciones Unidas. (2020). *Naciones Unidas*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- Oviedo S., Urdaneta-Carruyo E., Parra-Falcón F.M., Marquina-Volcanes M. (2009). Duelo Materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76 (5), 215-219. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>
- Pastor, S.M; Romero, J.M<sup>a</sup>; Hueso, C; Lillo, M; Vacas, A, G. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermeagem*, 19 (6), 1405-12. Recuperado de: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e108>

- Pastor, S.M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación participativa*. (Tesis doctoral). Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/54551>
- Pastor Montero et al. (2011). Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la investigación acción participativa. *Biblioteca Lascasas*. 7(1). Doi: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54551/1/tesis\\_pastor\\_montero.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54551/1/tesis_pastor_montero.pdf)
- Pereira. (2010). *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico*. FMC. 17(10), 656-663. Doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406299>
- Pi-Sunyer, M.T. (2015). Atención al duelo perinatal para profesionales y madres y padres en los servicios de obstetricia y de neonatología del Hospital materno-infantil de la Vall D´Hebrón. *Convocatoria 2015 Buenas Prácticas*. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP\\_2015/Estrategia Parto y Salud Reproductiva/BBPP PARTO Cataluna 6.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Estrategia_Parto_y_Salud_Reproductiva/BBPP_PARTO_Cataluna_6.pdf)
- Rengel, C. (2010). Plan para cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Enfermería docente*, 91, 37-43. Recuperado de: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- Ridaura I. (2015). *Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales*. (Tesis doctoral). Departamento de Psicología Clínica y Salud. Universidad autónoma de Barcelona. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/132865>
- Ridaura, I; Penelo, E; Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29 (1), 43-48. Recuperado de: <https://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/11587>
- Rodríguez T., Salgueiro L.R. (2015). Aborto y natalidad, razones médicas o de conveniencia a la salud en la sociedad. *Rev Ciencias Médicas*. 19 (4), 775-789. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000400020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400020)
- Sánchez, R. (2019). Familias tardías: Estudio etnográfico de las conformaciones familiares en Madrid y sus implicaciones sociales. UNED. *Proyectos de Investigación*

- Fundamental no orientada.* Recuperado de:  
<https://famiastardias.files.wordpress.com/2012/04/memoria-familias-tardias.pdf>
- Santos P., Yáñez A., Al-Adib M. (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. *Servicio Extremeño de Salud. Gobierno de Extremadura.* Recuperado de:  
<https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2015/06/libro-duelos.pdf>
  - Sierra J.M. (2015). Proceso de detección precoz de la depresión posparto (PDPDP). *Convocatoria 2015, Buenas prácticas en el SNS.* Recuperado de:  
[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP\\_2015/Estrategia Parto y Salud Reproductiva/BBPP PARTO Castilla y Leon 2.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Estrategia Parto y Salud Reproductiva/BBPP PARTO Castilla y Leon 2.pdf)
  - Universidad Pontífica de Comillas. (2018). *Informe España 2018. Universidad Pontífica Comillas.* Recuperado de:  
<https://blogs.comillas.edu/informe-espana/informe-espana-2018/>
  - Umamita. (2020). Apoyo para la muerte perinatal & neonatal. Recuperado de:  
<https://www.umamanita.es/derechos-y-plazos/>
  - Valenti E., Laterra C., Campos J., Swistak E., Di Marco I. (2016). Recomendaciones para el manejo de embarazos con edad materna avanzada. *Rev. Hosp. Mat. Ramón Sardá,* 01(1). Recuperado de:  
[http://www.sarda.org.ar/images/EMA\\_GUIA\\_SARDA\\_2014\\_Dic-2014.pdf](http://www.sarda.org.ar/images/EMA_GUIA_SARDA_2014_Dic-2014.pdf)
  - Valenzuela P, Ahumada S, González AM, Quezada C, Valenzuela S., et al. (2011). Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales. *Departamento de Obstetricia, ginecología y neonatología, Hospital clínico JJ Aguirre, Universidad de Chile.* Recuperado de:  
<http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/06%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20obstetricia-Interiores.pdf>