

Dedicatorias

A DIOS, por permitirme vivir momentos tan dolorosos que me han ayudado a crecer como ser humano.

A mi FAMILIA, que ha estado siempre pendiente de mis éxitos y fracasos apoyándome a pesar de la distancia.

A mis COMPAÑEROS, DOCTORES, MAESTROS, de este diplomado que han compartido experiencias y deseos de salir adelante, de los cuales he aprendido mucho.

A mis COMPAÑEROS Y AMIGOS que comparten conmigo experiencias buenas y malas en el servicio.

A mis queridos PACIENTES que día a día disfruto servirles con ética y calidez humana.

A todas las MADRES Y PADRES que han sufrido la pérdida de un hijo.

Y sobre todo a ti HERMANA, LAURIS que con tu fortaleza me has dado una experiencia de vida para valorar día a día la oportunidad de vivir.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
PÉRDIDA PERINATAL	12
Adaptación al embarazo	
Apego prenatal	
Razones por las que se pierde un hijo:	
Terminación del embarazo	
Aborto espontáneo	
Muerte fetal <i>in útero</i> , mortinato, muerte neonatal y muerte súbita	
Significado de una pérdida perinatal	
DUELO PERINATAL	22
Intervención psicológica en el proceso de duelo, en mujeres que han experimentado la muerte de sus hijos:	
El duelo	
Etapas del duelo	
Aspectos clínicos	
Los otros afectados	
Intervención del equipo médico de salud	

EMBARAZO:

TIEMPO DESPUÉS DE UNA MUERTE PERINATAL 34

Tiempo subsecuente de embarazo después de una muerte perinatal

CONCLUSIONES 37

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Factores de riesgo de duelo complicado	26
--	-----------

Tabla 2: Diferencias entre duelo perinatal y depresión	27
---	-----------

Justificación

La adquisición del conocimiento sobre una pérdida, implica una responsabilidad de su aplicación y la búsqueda de un beneficio en común; para lograr el sentido a vivir.

Objetivos

Observar, conocer, entender y comprender el sentido a vivir con integridad, conciencia, plenitud y amor ante toda pérdida en la vida misma.

Alcance

En lo personal, obtener un conocimiento y entendimiento claro de lo que significa una pérdida en la vida, y llegar a ser alguien con la capacidad de acompañar a alguien más en su etapa de duelo.

En lo profesional, ser parte de un equipo multidisciplinario que pueda trabajar con valores y herramientas que proporcionen a las personas en duelo un avance por cada sentimiento propio de una pérdida.

Vive para que vivan

“La muerte siempre acontece. Hemos aprendido, a lo largo de la vida que este suceso inevitablemente ocurre. Pero, también, podemos llegar a aprender que es posible llenar de sentido una pérdida y dar significado a una muerte y no solo ser sus espectadores mudos o sufrientes.

Que la muerte de alguien amado no necesariamente es una experiencia para ser cargada en la columna de las pérdidas, tal vez sea la oportunidad de un renovado comienzo. El comienzo de un nuevo horizonte no advertido hasta ese momento para los que quedamos vivos”.

Greco Eduardo.

INTRODUCCIÓN

Trabajar con el tema de la muerte, tiene como objetivo intentar descifrar cómo la pérdida de un hijo o una hija afecta a la madre y al padre; cómo esta situación entra en conflicto con la visión biológica de la vida, visión que plantea que los seres humanos nacen, crecen, se reproducen y mueren; y finalmente, pretende traer a discusión el hecho de que cuando la muerte llega en edades tempranas (0 – 19 años de edad), lleva a cuestionar las creencias personales y culturales aprendidas a través del tiempo.

La muerte se esboza en el concepto humano como el fin de todo. Es un concepto impregnado de tristeza. Desde los primeros tiempos, el hombre ha sentido pavor ante la muerte, no sólo la suya, sino la de sus seres queridos.

Para la madre y el padre, el dolor de la pérdida de un hijo se vive como un dolor indescriptible. Es una soledad que sobrepasa al ser humano; es un silencio que deja oraciones inconclusas y palabras sin decir. Desde esta óptica, trabajar con el dolor de los seres humanos, principalmente el de la madre y el padre que pierden un hijo o una hija, se convierte en un elemento central de trabajo en todos los aspectos, debido a las crisis generadas por el evento, donde la vida se desmorona y deja de tener sentido.

La búsqueda de una respuesta a la muerte de su hijo o hija, es una pregunta continua y desesperada de cada uno de los padres y madres que

ha pasado por ese momento. La necesidad de mitigar el dolor de la realidad y retomar la vida misma, es lo que motiva a ofrecer una alternativa socio-terapéutica para avanzar en el proceso de duelo y de aceptación. Esta revisión del tema busca brindar una alternativa de atención a las secuelas que sufren las madres y los padres cuando un hijo o una hija fallece de forma inesperada, porque se afronta una pérdida que imposibilita comprender la vida y sobrellevar la carga que representa la ausencia de quien ya partió.

El ser humano a lo largo de su existencia ha buscado comprender la fragilidad humana, que genera una gran angustia, vivida por la mayoría de personas como un hecho propio, único, ontológico, inalienable, de total soledad, injusto y absurdo. Las muertes inesperadas son una conmoción fuerte para los familiares que quedan vivos, ya que dejan poco tiempo para que estos adviertan y comprendan la magnitud de su pérdida. (1) Se calcula que, por cada muerte repentina e inesperada, al menos diez personas sufren un efecto directo; por ello, se podría pensar que en las sociedades actuales, la cantidad de familias que sufren procesos de duelo por muertes inesperadas es elevada, si se toman en cuenta los accidentes, homicidios, suicidios y problemas de salud.

Estas muertes inesperadas dejan secuelas en cada una de las personas que conforman la familia: padre, madre, abuelos, hermanos y tíos. Dichas consecuencias se manifiestan de diversas formas, entre las que están sentimientos de culpa, sensaciones de vacío e impotencia. Además, se deben manejar todas las creencias sociales, culturales y personales alrededor de la situación vivida, lo cual, se agrava en ocasiones por los conflictos de pareja y, por las diversas formas de enfrentar la pena, que van desde las desconcertantes como la tristeza y el llanto, hasta las ansiosas y explosivas, marcadas por el fenómeno social de género. Por lo

tanto, afrontar la muerte de un ser querido es uno de los momentos más difíciles y complejos que se tienen que superar en la vida. Esta situación difícil no solo es para la familia doliente; también tiene relación con los profesionales que laboran en salud, ya que estos, en algunos casos, son los responsables de comunicar la noticia del fallecimiento a la familia.

Para estos profesionales, dicha situación está cargada de connotaciones emocionales, especiales, debido a sus creencias personales, culturales y sociales. Los profesionales en salud son los que acompañan a la familia de la persona fallecida en los procesos que debe iniciar a raíz del evento; tales como trámites administrativo, sin embargo, algunos autores, plantean que la muerte de las pacientes son difíciles de comprender y manejar emocionalmente, y de manera muy especial para los médicos y enfermeras que fueron educados para salvar vidas (2). La cultura occidental ha visualizado la muerte como un fenómeno negativo que debe ser vivido y sobrellevado de forma individual, sin dimensionar la complejidad que ella implica para cada ser humano y sus recursos personales internos o externos.

A raíz de los aspectos mencionados, se hace necesario reflexionar sobre la importancia de realizar, por parte de los profesionales de salud, una intervención social, terapéutica y oportuna, con las familias que pierden un hijo o una hija de forma inesperada. Esta intervención busca trabajar con los pensamientos, distorsiones y creencias sobre la muerte.

*“Aquí en nuestra tierra
acostumbramos que cuando muere un niño los padres lo
dan de buena voluntad al cielo, porque es un ángel... por
eso encienden cohetes y bailan alegremente, sin llorar por
él, para que pueda entrar en el paraíso y no tenga que
regresar a recoger lágrimas”*

Carl Lumholtz

PERDIDA PERINATAL

La consecuencia biológica del acto sexual es el embarazo. Se inicia en el momento de la concepción, cuando el espermatozoide fecunda al óvulo, sucede en el tercio externo de las trompas de Falopio. Una vez que se forma el cigoto se inicia una serie de cambios en el organismo de la mujer grávida. Se presentan fenómenos que sugieren la posibilidad de un embarazo. Un embarazo normal en el ser humano tiene una duración de alrededor de 280 días o 40 semanas, contados a partir del primer día de la última menstruación.

Adaptación al embarazo: El embarazo no sólo es un evento biológico, sino un proceso adaptativo. Se sabe que durante el embarazo ocurren cambios físicos en la mujer. El más notorio es que el vientre aumenta cada día por el lento y continuo crecimiento del feto. Los nueve meses de gestación representan para la futura madre, *la dulce espera*. Cuando el niño nace, desaparece el vientre voluminoso y se convierte en un vientre flácido, distinto al que antes tenía. Por otra parte, a partir de la concepción, en la madre surge la idea de finitud del ser humano, por lo que se plantea preguntas existenciales hasta ese momento: como si dar vida conlleva un cambio generacional y se enfrenta con la idea de su propia muerte, que la asusta y angustia. Al nacer, su hijo aún no muestra una conducta de apego hacia su madre (no llora ante su alejamiento y él es indiferente al estar o no, en sus brazos). El bebé no siente que su madre sea prescindible en ese momento, ya que cualquier otra persona podría ocupar su lugar en ese momento; lo que puede engendrar en la madre un sentimiento de vacío. Si además, el periodo de parto o de postparto ha

sido complicado, la madre no puede hacerse cargo inmediatamente de su hijo, y se añaden otras alteraciones emocionales: como sentimiento de culpa o de impotencia. Por otra parte, con el nacimiento del niño la pareja pierde la intimidad que solía tener. El hogar se convierte en un espacio amplio y abierto, con la continua presencia de familiares por la llegada de un nuevo miembro y la invasión de espacios íntimos da lugar a cierta estabilidad en la pareja, que necesita tiempo para adaptarse a esta situación. Este escenario acontece cuando la gestación llega a feliz término y el recién nacido está vivo y sin complicaciones, pero esto no ocurre cuando ese hijo nace muerto o muere al nacer. En este caso la madre no sólo se enfrenta al duelo por la pérdida del hijo, sino también a la frustración de su maternidad. La gestante debe mantener al bebé y prepararse para el nacimiento; debe asegurarse que el bebé sea aceptado por la familia y establecer una relación un tanto diferente con el padre del niño o niña y su círculo íntimo de parientes y amigos. La madre debe adaptarse a los sacrificios que demanda la maternidad y que incluyen la pérdida de la figura y cambios faciales, aumento de peso y aparición de estrías. Algunas se sienten orgullosas de estos cambios, gozan del grado mayor de atención por parte de los demás y sienten que ha aumentado su sentimiento de femineidad. Otras, se sienten avergonzadas de tales cambios, manifiestan cambios en su personalidad y pueden revelar ideas acerca de que otros la critican (ideas de referencia) y evitar los intercambios sociales (3). Más o menos la mitad de las concepciones no son planeadas, pero planear un embarazo y aceptarlo son dos cosas diferentes. Una proporción pequeña de mujeres que planean un embarazo lo lamentan más tarde. La mayoría de los embarazos no planeados finalmente suelen ser aceptado, algunas veces, después de algún tiempo y otras con ambivalencia. Los embarazos no deseados con frecuencia se

interrumpen; sin embargo, una minoría importante, cerca del 10%, se llevan a término **(4)**. Aunque hay dificultades en la definición, nomenclatura y metodología de los estudios, así como diferencia en el grado de sentimientos negativos, la cifra mediana de interrupción voluntaria del embarazo es de alrededor del 10%, aunque es mayor en algunos grupos, como las adolescentes, y es menor en países donde tener un aborto es peligroso y difícil de conseguir. Se da una forma intensa de rechazo del embarazo, la cual tiene un riesgo alto de asociarse con complicaciones conductuales y emociones mayores.

Apego prenatal: La embarazada se apega o vincula con el bebé antes de su nacimiento, de manera análoga al establecimiento de la relación madre-neonato después del nacimiento. El vínculo preparto es catalizado al percibirse los movimientos fetales y aumenta al proseguir la gestación **(5)**. La madre empieza a tener fantasías respecto al bebé y le habla afectuosamente. Puede que incluya a su esposo u otros hijos a jugar con su bebé. Al mismo tiempo se prepara para el nacimiento y la maternidad. En algunas madres hay un apego mínimo aún al término del embarazo. Una pobre relación madre-feto, es uno de los factores predictivos de mala vinculación entre la madre y el lactante.

Pérdida perinatal: El nacimiento de un hijo, representa un momento estelar en la vida de una familia. Desde el embarazo hasta el parto, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, proyectados hacia el futuro y ninguno de los dos imagina que habrá un final infeliz. Pero no todos los embarazos terminan satisfactoriamente y en algunos casos puede ocurrir la muerte del feto en la etapa perinatal que se inicia a las 22 semanas de gestación y concluye siete días después del

nacimiento (6). Para la mujer, el hecho de concebir un hijo sigue un proceso complejo. Comienza antes de la concepción y causa en ella cambios emocionales y físicos. Durante su embarazo percibe al feto como parte de ella misma y no como un *sujeto* separado. Esta experiencia de fusión de carácter narcisista es el sustrato fundamental en el que se cimienta el vínculo de apego materno a su hijo, pues la madre deposita en él parte de su autoestima, (7) por lo que la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes señaladas por Freud, (8) entre las que se encuentran la sensación de *omnipotencia* derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de la *feminidad* y la ilusión de la *inmortalidad*, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo.

La simbiosis biológica que experimenta la madre con el feto le confirma su propio valor (9) y esta total fusión representa, de manera idealizada, la mejor parte de ella misma. De allí que ante la pérdida perinatal del hijo en gestación, la respuesta emocional que la madre experimenta es como de vacío corporal, con sensación de inadecuación, desamparo y pérdida de la autoestima; sentimientos que derivan de la pérdida de una parte de sí misma que ha sido dañada (7).

Es por eso que la pérdida perinatal es particularmente dolorosa, angustiante e íntimamente la percibe como amputación, castración y desmembramiento corporal. De hecho, no es raro que la pérdida perinatal provoque aparición de síntomas somáticos, alteración de la conducta, sentimiento de culpa y con ellos sobreviene el duelo materno (DM), (7) que implica un proceso dinámico (9) en el que se sobreponen entre sí las diferentes fases que lo caracterizan y tienen una relación directa con los cuidados maternos del equipo de salud que la atiende en ese momento crítico para ella. Las primeras investigaciones sobre duelo materno por

muerte perinatal (MP), se hicieron en la década de los años 70, pero aún hoy es un tema pocas veces estudiado. Se puede perder a un hijo por una variedad de razones; terminación del embarazo por deseo de la madre, aborto espontáneo, embarazo ectópico o terminación por causas médicas, muerte fetal *in útero* y después del nacimiento, muerte súbita del bebé o ceder al niño para su adopción.

Terminación del embarazo: Las indicaciones para un aborto inducido incluyen las siguientes:

- 1) Médicas. Para preservar la salud o la vida de la madre.
- 2) Humanitarias. Cuando el embarazo es producto de una violación o incesto.
- 3) Eugenésicas. Cuando hay un riesgo grave de una malformación congénita.
- 4) Psiquiátricas. Se percibe un riesgo de suicidio o enfermedad mental grave.
- 5) Sociales: porque el embarazo alteraría gravemente la vida de la madre u ocurre en un momento inadecuado.
- 6) Por deseo. La mujer cree que debe estar en libertad de decidir cuándo tendrá hijos.

Aborto espontáneo: Se trata de un evento común, que ocurre en 40% de todas las concepciones, pero sólo en 10% de los casos se presenta una vez que se ha reconocido el embarazo a través de la amenorrea y otros signos. Un embarazo ectópico, es decir, cuando la concepción ocurre fuera del útero o matriz es más serio desde el punto de vista ginecológico, pero tiene los mismos efectos psicológicos. La reducción embrionaria también es traumática (10). Las consecuencias emocionales están lejos de ser triviales, las que pueden compararse a las de la muerte perinatal, aunque

menos graves. Tal vez esto se deba a que es demasiado pronto para establecer un apego intenso con el bebé apenas concebido, pero aún así, se trata de la pérdida de un niño deseado. El evento mismo del aborto, repentina y dolorosamente, puede ser muy perturbador y algunos de los síntomas psicológicos semejan el trastorno por estrés post-traumático. Hay una sensación de fracaso, culpa y enojo. La incidencia de depresión es cuatro veces mayor que la de la población en general y aún mayor en mujeres que no han tenido ningún hijo. Puede haber episodios depresivos en el momento en que se hubiera esperado el parto, reacciones de aniversario y un mayor riesgo de un trastorno emocional posparto, después de un parto normal ulterior. Otra secuela es la neurosis obsesiva. No resulta sorprendente que haya una mayor ansiedad en la fase inicial del siguiente embarazo (11). Ayudar a una mujer que ha tenido un aborto espontáneo requerirá una terapia de duelo, en que se comparte su tensión, y se ventilan sentimientos de tristeza, culpa y enojo.

El término de la gestación por razones médicas, aunque es una intervención deliberada, psicológicamente es semejante a un aborto espontáneo y a la muerte fetal in útero. Algunas mujeres desean continuar el embarazo aunque sepan que el bebé será anormal. La depresión es común y la pena es de larga duración. Estas mujeres requieren de terapia de apoyo, antes y después del término. Los defectos congénitos son una de las 10 principales causas de mortalidad infantil en México. En general, ocasionan 3,372 muertes al año, lo que representa cerca de 10% de las muertes infantiles (12).

Las mujeres que gestan un feto con defecto congénito suelen entrar en una condición de ambivalencia respecto del embarazo y su hijo, que ocasiona un estado de constante estrés y alto grado de ansiedad que

resultan en desequilibrio emocional. Además, la mujer que enfrenta la certeza de que el feto que gesta tiene algún defecto, debe tomar la decisión de continuar o interrumpir su embarazo. Cuando el resultado es la interrupción del embarazo, un óbito o la muerte neonatal temprana, la madre experimenta un proceso de duelo, es decir, el sentimiento que aparece tras la pérdida de un ser querido.

Muerte fetal *in útero*, mortinato, muerte neonatal y muerte súbita: Las reacciones a estos eventos son generalmente más graves que a un aborto espontáneo y cada uno tiene características especiales. Cuando el bebé muere hacia el final del embarazo, la madre lleva un cadáver dentro y deberá sufrir un trabajo de parto fútil. Si el bebé muere durante el parto, la muerte es súbita y hay una reacción de shock, con una fuerte sensación de algo irreal. Cuando el bebé muere en la primera semana, los padres sufren gran ansiedad, y cada vez menores esperanzas cuando el niño tiene una enfermedad que va empeorando. Pueden tener que participar en la decisión de apagar el respirador y presenciar la muerte de su hijo o hija. Cuando el bebé muere en los primeros meses de vida, cuando ya se ha desarrollado la respuesta emocional de la madre, la muerte súbita está en la cúspide del catálogo de calamidades. No hay signos de advertencia ni preparación, hay perplejidad respecto a la causa de la muerte y luego sobreviene la investigación forense. El duelo de los padres ocurre de modo similar al de otros duelos, con una respuesta inicial enmudecida, seguida de una enorme tristeza duradera, y algunas veces con culpa y enojo. Pero el duelo tiene una característica especial. Puede haber alucinaciones de duelo en relación con el bebé, por ejemplo, de movimientos fetales, ver la cara del bebé, oír al bebé llorar o jugar en su cuna. Hay crisis en varios momentos, como al deshacerse de los juguetes,

la ropita del bebé, y los muebles de su cuarto, también cuando se reúnen con parientes o amigos. Algunos de éstos se equivocan por no saber qué hacer, son evasivos, incapaces de confortar o mostrar compasión hacia los padres (“barrera del silencio”). Sobre todo después de una muerte súbita puede haber una sensación de vergüenza, estigma, y aun ostracismo y especulaciones malignas por parte de otros. También la mujer puede sentir envidia de aquellas mujeres que han tenido un hijo con éxito, y aun puede haber la tentación de robar un bebé. Los hijos sobrevivientes pueden mostrarse confundidos por la pena de sus padres, alterados por la tormenta familiar y privados de atención y cuidados, pero también ellos están de duelo y buscan el significado de la muerte (13).

Significado de una pérdida perinatal: Para entender el significado de una pérdida perinatal o neonatal y los síntomas externos que ocasiona, debe conocerse el proceso de duelo en el contexto psicológico que rodea al embarazo. Una mujer en la etapa temprana del embarazo tiene la sensación de que el feto es más parte de ella que un ser distinto. El proceso en el que la madre se diferencia del feto es un continuo que comienza con la percepción de movimientos fetales que evolucionan durante el embarazo, (14) por lo que a medida que éste avanza aumenta la fuerza del vínculo y, por consiguiente, se intensifica la reacción del duelo en caso de pérdida.

Según la etapa del embarazo en que se encuentre la futura madre, la pérdida no sólo implica al feto, sino también sus deseos, expectativas y sueños asociados con el hijo *no-nato*. Además, el hecho de que se diagnostique, prenatalmente, un defecto congénito, implica en los padres la pérdida de sus expectativas de vivir un embarazo normal y parir un hijo sano, y se ven en la necesidad de tomar distancia afectiva por miedo a

que muera, lo que desencadena un duelo anticipado, (15) ya sea por la pérdida de algún órgano, alguna función o por el pronóstico de muerte en el feto. El grado de dolor emocional, la manifestación de los síntomas y el impacto en el funcionamiento psicológico varía de una mujer a otra. Este factor depende de la etapa del embarazo, las pérdidas previas, los factores estresantes, las redes de apoyo y las actitudes relacionadas con la maternidad (16).

*“Hay temas indeseables; pero hay
también formas deseables de tratar tales temas”*

A. Gala

DUELO PERINATAL

Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Tampoco existen rituales religiosos que legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores. Los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio y mientras, los padres, viven su experiencia en soledad.

Aunque para la OMS (17) el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski (18) lo prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intra útero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción (19). El concepto de pérdida perinatal rebasa el encuadre del periodo perinatal de la OMS e incluso de la pérdida por muerte.

Epidemiológicamente la mortalidad perinatal resulta de la suma de la mortalidad fetal tardía (marcada por la OMS en 28 semanas de gestación ó 1000 gramos) y la mortalidad neonatal precoz (hasta 7 días de vida), por 1000 nacidos (vivos o muertos). En España se considera muerte fetal tardía la del feto con 6 ó más meses de gestación y sólo se deben anotar en el legajo de abortos del Registro Civil las muertes fetales superiores a 180 días de gestación. Según el Instituto Nacional de Estadística, la mortalidad perinatal bajó del 10,9 por mil de 1985 al 4,9 por mil de 2005

(20). El silencio y el secretismo que rodean a la pérdida perinatal tienen que ver, entre otras cosas, con la intimidad. La mujer ha aprendido durante siglos a no hablar de aspectos como la menstruación, la sexualidad, la fertilidad, el embarazo o la menopausia más que en círculos privados y con otras mujeres. Estos fenómenos naturales se han visto envueltos en un halo de misterio y también ha sido esa la suerte de la pérdida del embarazo, que conjuga los tabúes de la sociedad actual sobre la muerte, el sexo y la reproducción. En México, este tipo de muerte se percibe con reserva, y en un gran silencio.

Intervención psicológica en el proceso de duelo, en mujeres que han experimentado la muerte de sus hijos:

El duelo: Durante los últimos 20 años los profesionales de la salud mental han mostrado un interés creciente por cuestiones relacionadas con el complejo fenómeno del duelo, la pérdida y sus manifestaciones, pues al comprender que el duelo responde a un proceso que aún cuando no sigue un orden específico lleva tiempo la resignificación del contenido, la temática planteada cobra importancia y se torna en un campo de estudio aún fértil. El duelo en términos generales remite al sufrimiento provocado por la pérdida, donde frecuentemente existe un período de “desequilibrio” caracterizado por la desorientación, desesperanza, desilusión, llanto fácil, tristeza y dolor profundo, el cual es vivido como algo que lo enloquece. A menudo la persona se desborda y se siente ahogar en sus propios pensamientos, pierde el control y la ausencia es transformada en una presencia interna, que en un primer momento se evidencia como la negación de dicha pérdida, dando cuenta de una reacción emocional más que intelectual (21).

Etapas del duelo: Cada fase o etapa del duelo se establece como un mecanismo de defensa que pretende disminuir el dolor y la angustia. Permitiendo la aceptación y adaptación del sujeto frente a la pérdida y todo cuanto ello acarrea. Dentro de las etapas del duelo se encuentran las siguientes:

- a) Shock e incredulidad: Cuando biológicamente se espera que el niño llegue a nacer con vida al culminar los nueve meses, es entonces cuando la futura madre recibe la noticia de que su hijo nació muerto. La información sumerge a la madre en un brusco desequilibrio emocional, psíquico, experimentando la sensación de vacío y carencia.
- b) Ira y búsqueda de la figura perdida: esta etapa gira en torno al ¿por qué a mí?, interrogante que se manifiesta con llanto, amargura, angustia y hostilidad.
- c) Idealización y regateo: La característica general que rige a esta fase son los “acuerdos” y promesas a quién se considera como ser supremo. La negociación surge como el intento de evitar o revertir la realidad.
- d) Depresión y retraimiento, “sí fue a mí” (a mí bebé), en esta etapa ya existe mayor nivel de aceptación y verdadera toma de conciencia del impacto de la pérdida.
- e) Aceptación y reorganización: en esta etapa se ha resuelto finalmente el duelo, sin embargo la aceptación se traduce en la capacidad del sujeto para reorganizar su vida, tolerando la irreversibilidad de la pérdida.

Aspectos clínicos: Para Mander (21) el duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad

entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos (22).

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

- Promesa de no olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que lo olviden
- Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo
- Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida
- Cambio de los valores en la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles
- Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros
- La “sombra del duelo”, descrita como “una forma de duelo crónico que a veces arrastran durante la mayor parte de sus vidas”, “un dolor

sombrio subyacente a los sentimientos de la persona”. Se observa más en las madres, quienes “no pueden dejar de recordar la pérdida sin sentir algún tipo de emoción, aunque sea muy débil”

En cualquiera de sus variantes el duelo puede complicarse con síntomas psiquiátricos si concurren algunos factores de riesgo (Tabla 1) (23).

Tabla 1: Factores de riesgo de duelo complicado	
Aplicables a todo tipo de duelos	En duelo perinatal
<ul style="list-style-type: none">• Circunstancias especiales de la muerte: repentina, inesperada, violenta, en una catástrofe, sin cadáver o sin poder verlo, vergonzante, acumulativa.• Enfermedades físicas y mentales• El muerto es un niño• Red de apoyo escasa o ineficaz• Duelos previos no resueltos• Relación ambivalente o sobredependiente con el fallecido• Recursos personales escasos	<ul style="list-style-type: none">• Problemas psiquiátricos previos• No tener hijos• No tener familia o apoyo social• Escasa información sobre los abortos• No haber explicación para lo sucedido• Pérdidas recurrentes• Historia actual de depresión• No tener pareja• Coincide con otros problemas vitales importantes.

Para el duelo perinatal, Neugebauer y Athey han identificado como factores de riesgo los antecedentes de problemas psiquiátricos previos, una historia de pérdidas recurrentes, la presencia de depresión, la falta de hijos, pareja estable, familia o apoyo social, disponer de escasa información sobre los abortos, la inexistencia de una explicación para lo sucedido o, finalmente, que la pérdida coincida con otros problemas vitales importantes (24 y 25).

En el duelo tras aborto espontáneo es determinante que la pérdida haya tenido lugar en una fase relativamente avanzada del embarazo, cuando se perciben los movimientos fetales. También influye que sea el primer embarazo, que el hijo sea deseado, programado o no, que se trate de una gestación al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización, y finalmente factores psicosociales y dependientes de la personalidad y la cultura (26). El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como:

- **Trastornos depresivos:** entre el 10 (27) y el 48% (28). Son más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos o que han tenido abortos previos. Deben tenerse presentes los rasgos que permiten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el duelo (Tabla 2) (29).

- **Trastornos de ansiedad:** aumentan tras el aborto para disminuir después de las 12 semanas (30), pero sobre todo despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo **Trastorno por stress postraumático:** entre el 2 y 5% en partos instrumentales y cesáreos, y hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después (30).

Tabla2: Diferencias entre duelo perinatal y depresión	
Duelo	Depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Evocan tristeza y empatía • Preocupación por el hijo perdido • Pena al ver bebés y embarazadas • Crisis de llanto • Deseo de hablar lo sucedido • Autreproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por el feto • Ideas de suicidio no son frecuentes • Búsqueda de consuelo con otras personas • Dolor por la pérdida • Soledad y vacío 	<ul style="list-style-type: none"> • Evocan distancia, impaciencia o irritación • Aislamiento y autocompasión • Recuerdos desagradables sobre el embarazo • Idealización del feto muerto • Vergüenza y desvalorización • Sensación de haber fracasado como mujer • Ideas de suicidio frecuentes • Abandono de relaciones sociales • Desesperanza, desconsuelo • Culpabilidad global

Los otros afectados: Aunque la mayoría de los artículos sobre la repercusión de la pérdida perinatal colocan a la madre como la más afectada, el duelo de otros miembros de la familia merece igualmente consideración. Madres y padres desarrollan un apego diferente. El apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y aumenta cuando nota moverse al feto en su vientre. El apego paterno es más intelectual que emocional o físico. Estar presente en la ecografía le vincula realmente con el hijo que esperan. Este “vínculo incongruente” (31) entre padre y madre genera diferencias en el apego con el feto y, si éste muere, el duelo de cada uno tendrá distintos estilos y ritmos (32). El padre se pregunta por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro. Su reacción viene dictada por las responsabilidades que debe asumir. Se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar el entierro del bebé. En el varón es común un sentimiento de desbordamiento por la pena de su esposa, que se impone a la expresión del duelo propio. Más enfadado que culpabilizado, dirige su rabia hacia el personal sanitario, se vuelca en su trabajo, en la hiperactividad y en los cambios en sus rutinas, y siente su pena en secreto y en solitario (33). Cuando se repara en él es para preguntarle por su pareja, como si fuera un mero acompañante (34). Se siente incómodo cuando se le pregunta por sus sentimientos y evita confrontaciones que evidencien sus emociones. No busca ayuda aunque la necesite y sepa que debe confiar su pena a alguien, preferiblemente otro varón. Puede plantear a su pareja tener sexo como cercanía e intimidad, lo que puede verse como inadecuado e interpretarse como una muestra de insensibilidad. Puesto que ambos

tienen su propio ritmo y manera de afrontamiento, no es rara la aparición de conflictos de pareja (35). Los hermanos sufren también la pérdida, aunque relegados del proceso de duelo son los “dolientes olvidados” (36). Su reacción depende de la edad, sexo, personalidad, lugar de origen, cultura y religión. Pueden culpabilizarse por creerse causantes de la pérdida por sus sentimientos de envidia y rabia al verse desplazados en el cariño de los progenitores por el bebé esperado. Si no han llegado a conocer el embarazo, los progenitores deberán informarles del motivo de su disgusto, insistiendo en que no van a morir como su hermanito ni les perderán también a ellos, buscando tranquilizarles y liberarles de posibles ideas de culpa o responsabilidad por lo sucedido. Es necesario responder honestamente a sus preguntas, con sencillez y sin mentiras, y hacerles partícipes de los rituales de despedida del bebé a través de dibujos, flores o pequeños regalos (37). Los nietos ayudan a los abuelos a fortalecer los vínculos con sus hijos, por lo que una pérdida perinatal les hace sufrir doblemente: por el nieto perdido y por el hijo en duelo. Pueden aparecer deseos de sustituir al nieto perdido, al que ven como una vida desperdiciada frente a la suya, ya vivida. Los abuelos no deberían tomar decisiones por sus hijos sin su autorización, aunque pueden ayudar en tareas domésticas en el cuidado de otros nietos. La pérdida de un nieto posibilita el duelo por antiguas pérdidas de embarazos propios y acerca a la madre en duelo reciente a su propia madre (38).

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO MÉDICO Y DE SALUD

Reconocer el proceso de duelo en la pareja que ha perdido un hijo debe ser parte integral de la práctica médica y del resto del equipo de salud institucional o práctica privada (39). Es importante proporcionar un clima

de seguridad y confianza en estas parejas, por lo que deben considerarse los siguientes aspectos:

- Iniciar y mantener la comunicación con la pareja.
- Mantener una actitud de empatía y comprensión.
- Escuchar sus necesidades sin emitir juicios.
- Atender las reacciones iniciales del duelo.
- Proporcionar un espacio privado para escuchar sus dudas y demandas.
- Dar la oportunidad de que conozcan a su bebé y permitir el contacto con él (siempre y cuando lo acepten).
- Informar sobre el proceso de duelo que enfrentan.
- Enviarlos con especialistas en salud mental para el tratamiento e intervención psicológicos.

El objetivo de la intervención en salud mental es prevenir la mayor cantidad de problemas, evitar el sufrimiento innecesario en las personas y optimizar los costos de las instituciones de salud.

GRUPOS DE AUTOAYUDA O DE APOYO AL DUELO

Diversos autores señalan que las respuestas de duelo ocupan un periodo doloroso de aflicción que es una respuesta normal y necesaria por la pérdida de una persona amada; en cambio, la ausencia de este lapso de aflicción, puede ser un signo de alarma de una situación patológica.

Parkes, en un estudio de 56 madres que habían perdido a sus hijos en la etapa perinatal, encontró que 19 no habían tenido ningún apoyo terapéutico después de tener una muerte perinatal y uno o dos años después tuvieron trastornos mentales y problemas psiquiátricos graves (psicosis, ansiedad, fobias, pensamientos obsesivos y depresiones profundas) (40).

Para prever estas reacciones ante la muerte de un familiar, en algunos lugares se han integrado grupos organizados de autoayuda o apoyo al duelo, que son conocidos como *grupos tanatológicos* que se hacen cargo del estudio y detección de sentimientos y conductas asociadas a la muerte de una persona, tanto en los familiares directos como en otras personas involucradas afectivamente cercanas al enfermo o el fallecido, en los que ha sido difícil aceptar la muerte como algo natural (41 y 42). Las condiciones para la ayuda a través de estos grupos son: a) que la persona la solicite y acepte apoyo de manera voluntaria y b) que permita establecer una relación verbal o no verbal con algún miembro del grupo, que fomente encuentros interpersonales con esa persona y tenga actitudes de aceptación, congruencia y empatía. Estos grupos pueden estar constituidos por personal de salud así como por profesionistas entrenados en tanatología y tienen como propósito ofrecer apoyo emocional a quienes han perdido a un familiar o algún amigo cercano para enfrentar su pena, superarla y restablecer su vida, además de difundir el conocimiento general de la naturaleza del duelo mediante educación acerca de este tema (43, 44). Las discusiones en los grupos tanatológicos GT son coordinados por un miembro del personal de salud, que tiene como misión inducir la interrelación entre las personas afectadas y el resto del grupo que participa, estimulando la discusión, dirigir la discusión con actitud de escuchar y estimular el diálogo usando palabras y frases que no provoquen mayor tristeza en los momentos de reflexión así como también proponer respuestas eficaces para el apoyo físico y emocional necesarios para superar el duelo. Por otra parte, aceptar la muerte como real e irreversible es el primer paso para lograr la recuperación psicológica de la madre, aunque al principio, esta aceptación, aumente su pena. Es más fácil abordar el duelo materno al

compartir la madre las vivencias que ha experimentado con otros padres que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo; porque así puede aprender de estos últimos la manera cómo han superado este trance. De aquí la importancia del manejo del duelo de manera grupal con personas que han pasado por la vivencia del duelo materno (45).

“Para transitar el duelo que la muerte impone, ninguna anticipación teórica disminuye el dolor, ni asegura un camino. No hay atajos, ni recetas, ni consejos sabios que no sean aquellos que ayuden a caminar con dolor en la sombra de la oscuridad del duelo hasta encontrar la luz que no cancela ni el dolor ni la muerte, sino que permite ver su sombra, e integrar en el recuerdo y en la construcción de la memoria aquello que nos hace humanos y al mismo tiempo tan finitos como eternos”.

Liberman, Diana.

EMBARAZO: TIEMPO DESPUÉS DE UNA MUERTE PERINATAL

Cuando se presenta una muerte perinatal (fetal o neonatal) las recomendaciones sobre el tiempo de espera para un nuevo embarazo son muy variables sin que, exista un acuerdo científicamente probado. Múltiples estudios han demostrado que la espera de un periodo de 6-18 meses entre dos embarazos disminuye el riesgo de desarrollar consecuencias secundarias tales como parto prematuro, restricción en el crecimiento intrauterino e incluso muerte fetal. Por otro lado, periodos menores a 6 meses entre un parto y otro constituyen un incremento en el factor de riesgo para presentar las complicaciones antes mencionadas. La severidad aumenta en las madres que anteriormente han cursado con un parto de un feto sin vida, ya que este antecedente incrementa el factor de riesgo para el siguiente embarazo, además de que las madres con el antecedente de muerte perinatal suelen quedar embarazadas mucho antes que las parejas con un parto normal. Se realizó una encuesta a obstetras americanos en la que se les pidió su opinión acerca del tiempo estimado que los padres deben de esperar para el próximo embarazo después de haber cursado con muerte perinatal del embarazo previo. Con la opinión de 1500 médicos se trata de fundamentar una respuesta adecuada sobre si el periodo entre embarazos afecta la evolución y desarrollo del siguiente parto.

El estudio que fue utilizado para este artículo fue con doctores americanos que fueron seleccionados aleatoriamente de la base de datos de la American Medical Association, asegurándose que la licencia médica estuviera vigente. La encuesta incluía preguntas sobre temas como el

cuidado perinatal, opiniones sobre la concepción y embarazo subsecuente a una muerte perinatal, impacto personal sobre el trato a una paciente que ha tenido una pérdida y variedades demográficas. Para evaluar la relación de las respuestas de diferentes doctores se analizaron las siguientes variables: años de experiencia, sexo, raza, posición profesional, experiencia personal o familiar con una pérdida perinatal, si tiene hijos y si actualmente sigue atendiendo partos. Utilizando una regresión bivariable se observó si alguno de estos factores determinaba ciertas respuestas por parte de los médicos.

De los 1500 doctores entrevistados solamente permanecieron 1485. De los 1485 solamente un 54% pudo ser utilizado para el estudio debido a que el resto fue mal contestado o se negaron a contestarlo. Sin embargo los que respondieron quedaron divididos equitativamente entre hombre y mujeres con una media de edad de 46 años y 14 años de experiencia. Los doctores fueron cuestionados sobre el consejo que le dan a padres de cuando empezar a tratar de concebir y embarazarse posterior a una muerte perinatal. Para esto se les hicieron preguntas como: en promedio ¿cuánto tiempo le dice a los padres que deberían de tomar antes de tener otro embarazo? En promedio ¿cuándo cree que los padres están emocionalmente listos para tener otro embarazo? En promedio ¿cuándo cree que los padres están medicamente listos para tener otro embarazo? El análisis bivariable no mostraba diferencia significativa entre los grupos que recomendaban (6 meses a los que recomendaban) 6 meses en términos de edad, sexo, raza, posición profesional, ser padre y si actualmente seguía atendiendo partos.

En estudios anteriores se menciona que un periodo entre 6 y 18 meses después a una muerte perinatal es el tiempo adecuado que debe de esperar una pareja para intentar un nuevo embarazo, sin embargo en este estudio

menos de un tercio de los médicos entrevistados recomendaron periodos mayores a 6 meses. En varios estudios se ha reportado que el riesgo de padecer embarazo pretérmino, preeclampsia, o una cesárea de emergencia aumenta con un embarazo subsecuente a una muerte perinatal. Varios obstetras opinan que una pareja después de haber perdido a su hijo está emocionalmente lista para otro embarazo en cuanto ellos se sientan listos; otro grupo piensa que debería de pasar por lo menos 6 meses.

El argumento que se defiende es que cada persona tiene un tiempo de luto diferente y que la ayuda psicológica es importante antes de volver a intentar quedar embarazada. Sólo un pequeño grupo determinó un tiempo específico de espera.

Este estudio reveló que la mayoría de los médicos americanos recomiendan un periodo corto (menor a 6 meses) entre los embarazos. Esto propone que los médicos podrían estar sobreestimando las complicaciones de tener un periodo entre embarazos muy corto. Por otro lado se justifica que emocionalmente cada persona es diferente en cuanto al luto y apoyo emocional que creen deberían de recibir. Las recomendaciones basadas puramente en datos epidemiológicos pueden no tener un impacto emocional y científico en las familias que están pensando en su siguiente embarazo.

CONCLUSIONES

La muerte es inevitable en el proceso vital de la persona, tan natural como nacer o crecer, pero este suceso es el más difícil de afrontar. Ante ella cada persona tiene actitudes diferentes, que pueden ir desde la negación de ésta hasta la total aceptación de ella. En la muerte perinatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos. Por eso deben enfrentar conjuntamente el duelo materno con el apoyo del personal de salud para superar esa grave situación en la dinámica familiar. El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia. El personal de salud debe conocer las diferentes etapas de la pena o aflicción que ocasiona la muerte, poseer la habilidad necesaria para establecer relaciones

interpersonales e identificar situaciones de riesgo, así como escuchar pacientemente los temores y las quejas de los padres y familiares afligidos, respetando siempre su autonomía, como principio moral rector de su relación con ellos, cuando los ayude a afrontar su duelo.

Los padres cuyos hijos sufren muerte perinatal entran en un proceso de duelo con todas las características que experimentan las personas que sufren la pérdida de un familiar cercano. Minimizar la muerte, enfocada en un futuro optimista y con la posibilidad de nuevos embarazos u otros hijos, no aliviará el estado emocional de los padres. Aunque no es extraño que muchas parejas necesiten intentar un nuevo embarazo después de la

pérdida, se sabe que dicha conducta es reactiva al malestar psicológico sufrido por ambos y surge como intento de reparar en la fantasía tal pérdida o concretar la expectativa de maternidad-paternidad (46).

En este tipo de muerte los padres elaboran el duelo por lo que habrían tenido (hijo idealizado) o lo que han perdido (hijo real). Los estudios demuestran aceptación de la pérdida cuando ambos padres tienen estilos de afrontamiento similares y comunicación más abierta (47).

El análisis de las circunstancias que rodean al fallecimiento, la expresión, clarificación y aceptación de los sentimientos generados por el embarazo, nacimiento y muerte; la ayuda en la construcción de redes de apoyo eficaces, y la resignificación de algunos eventos de vida importantes para las parejas, son aspectos relevantes en los que debe centrarse la intervención psicológica.

Para una pareja, la pérdida perinatal o neonatal debida a defectos congénitos se vive con la misma intensidad que la muerte de una persona significativa, por lo que su respuesta emocional tiene las características de un proceso de duelo normal, en el que imperan los síntomas depresivos de ansiedad.

El proceso de duelo tiene curso y tiempo determinados, y es variable en cada persona; sin embargo, la conjunción de factores internos (desde los estilos de afrontamiento hasta la personalidad) y externos, en especial el tipo de relación establecida con la pareja, las redes de apoyo familiares y sociales, antecedentes reproductivos y situación económica facilitan o entorpecen dicho proceso, además de ocasionar que se complique y los síntomas evolucionen a estados patológicos.

El proceso de duelo complicado requiere la intervención psicoterapéutica que ayude a su solución e impida repercusiones clínicamente significativas a mediano y largo plazos en la estructura psicológica de los padres y, en consecuencia, en todas sus áreas de funcionamiento.

La propuesta de enfrentamiento del proceso de duelo en padres que viven un embarazo con diagnóstico de defecto congénito, consiste en el abordaje terapéutico, desde el diagnóstico prenatal (trabajo de un duelo anticipado que modula la respuesta emocional ante la pérdida inminente, y mejora la comprensión y al apego a los procedimientos médicos) hasta el trabajo psicoterapéutico después de la pérdida, con la finalidad de facilitar las tareas del proceso de duelo y evitar que se complique.

Dado todo lo antes comentado, considero que se debe:

- a) Incluir el tema de la muerte y el duelo en la etapa formativa de carreras en el área de las ciencias de la salud, fundamentalmente las de medicina y enfermería y en todos los cursos de postgrados clínicos de ambas carreras.
- b) Se debe capacitar al personal de salud a través de información actualizada acerca de la preparación emocional y desarrollo de habilidades en el manejo del duelo materno.
- c) Elaborar un protocolo o guía de manejo del duelo materno en las instituciones de salud.

Conformar grupos tanatológicos multidisciplinarios, que permitan afrontar de manera adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Corr, Charles** (2001), Las Muertes Violentas e Inesperadas Dejan una Serie de "Víctimas Secundarias" Universidad del Sur de Illinois en Edwardsville, Partnership for Caring, Inc.
- 2) **Carmona, Zoraida y Bracho, Cira** (2008), La Muerte, el Duelo y el Equipo de Salud, Revista de Salud Pública (XII) 23 de diciembre, Venezuela.
- 3) **Brockington I. Motherhood and Mental Health.** Oxford University Press; 1996.
- 4) **Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S.** The effect of pregnancy intention on child developmen. *Demography* 2000; 37: 83-94.
- 5) **Siddiqui A, Hägglöf B.** Does maternal prenatal attachmen predict postnatal mother-infant Interaction? *Early Hum Dev* 2000; 59: 13-25.
- 6) **Ruiz E, Robles V.** *Niños de riesgo. Programas de atención temprana.* Barcelona: Editorial Norma-Capitel; 2004.
- 7) **Solís L.** La construcción de la parentalité. En: Solís L, editor. *La parentalité, défi pour le troisieme millénaire.* Un hommage a Serge Lebovici. París: Presses Universitaires de France; 2002: 23-47.
- 8) **Winnicott D.** *El proceso de maduración en el niño.* Barcelona: Ediciones Laia; 1975.

- 9) **Kübler-Ross E.** *Sobre la muerte y los moribundos*. 2a ed. México, DF: Random House Mondadori, S.A de C.V; 2006.
- 10) **Lindbland f, Hjern A.** Effets psychologiques des reductions embryonnaires (los efectos psicológicos de las reducciones embrionarias) J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1995; 24; 119-24.
- 11) **Tsartsara E, Johnson MP.** The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy; an exploratory follow-up study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006; 27: 173-82.
- 12) **Tena TC, Lee GM, Sánchez GJ, Hernández GL, et al.** Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en el diagnóstico prenatal. Ginecol Obstet Mex 2004;72:415-42
- 13) **Nagy M.** The child's theories concerning death. J Genet Psychol 1948; 73: 3-27.
- 14) **Hughes P, Riches S.** Psychological aspects of perinatal loss. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15:107-11.
- 15) **Vargas SR.** Duelo y pérdida. Med Legal Costa Rica 2003;2(2):65-72.
- 16) **Janssen HJ, Cusinier MC, Hoogduin KA, Graauw KP.** Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. Am J Psychiatry 1996;153(2):226-30.
- 17) **WHO.** Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates Ginebra:WHO,2006
- 18) **Kowalski K.** Perinatal loss and bereavement. En: Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B,eds. Crisis and Illness in Childbearing

- (Women's Health), vol 3. New York: Grune and Stratton, 1987; pp:25-42
- 19) **Wallerstedt C, Higgins P.** Perinatal circumstances that evoke differences in the grieving response. *J Perinatal Educ* 1994; 3: 35-39
- 20) **Instituto Nacional de Estadística.** Movimiento natural de la población. Datos Europeos.
- 21) **Kanapp RJ. Beyond endurance.** When a child dies. New York: Schocken Books, 1986
- 22) **Mander R.** Loss and bereavement in childbearing. Oxford: Blackwell Publishing, 1994
- 23) **Brier, N. Grief** following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 451- 464
- 24) **Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout, Johnson J, Skodol A, ET AL.** Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health* 1992; 82: 1332-9
- 25) **Samels VR.** Always my twin. Victoria, BC: Trafford, 2005
- 26) **Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA.** Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA* 1997; 277: 383-8.
- 27) **Beutel M, Deckard R, Von Rad M, Weiner H.** Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course. *Psychosom Med* 1995; 57: 517-526
- 28) **Prettyman RJ, Cordele CJ, Cook GD.** A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 363-72

- 29) **Armstrong D, Hutti M.** Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 183-9.
- 30) **Coté-Arsenault D.** The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32: 623-9.
- 31) **Menke J, MC Clead R.** Perinatal grief and mourning. *Adv Pediatr* 1990; 37: 261- 283
- 32) **Johnson MP, Puddifoot JE.** The grief response in the partners of women who miscarry. *Br J Psych* 1996; 69: 313- 327
- 33) **Conway K, Russell G.** Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *Br J Med Psychol* 2000; 73: 531-54
- 34) **Najman JM, Vance JC, Boyle F, Embleton G, Foster B, Thearle E J.** The impact of a child death on marital adjustment. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1005-10.
- 35) **Rando T.** Parental loss of a child. Champaign IL: Research Press, 1986
- 36) **Warland J.** The midwife and the bereaved family. Ascot Vale, Victoria: Ausmed, 2000.
- 37) **Peppers L, Knapp R.** Motherhood and mourning a perinatal death. New York: Praeger
- Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (109), 53-70.
- 38) **En Cecil R (ed):** The anthropology of pregnancy loss. Oxford: Berg, 1996; pp 179-196.
- 39) **Hernández AE.** Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:607-12.

- 40) **Marshall HK, Avroy AF.** *Cuidados del recién nacido*. 5ta ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- 41) **Pangrazzi A.** *El duelo, cómo elaborar positivamente las pérdidas humanas*. Buenos Aires: Ediciones San Pablo; 2006.
- 42) **Morín E.** *El hombre y la muerte*. Barcelona: Ediciones Kairós; 1974. Castro GM. *La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México, DF: Editorial Trillas; 2006.
- 43) **Posada RS.** *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo proceso*. Bogotá Editorial Norma; 2005.
- 44) **Sher L.** *Agonía, muerte y duelo*. México, DF: Manual Moderno; 1992.
- 45) **Burroughs A.** *Enfermería materno-infantil*. 7ma ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- 46) **Horowitz MJ, Wilner N, Marmar C, Krupnick J.** Pathological grief and the activation of latent self images. *Am J Psychiatry* 1980;137:1157-62.
- 47) **Feeley N, Gottlieb NL.** Parents, coping and communication following their infants death. *Omega* 1988;19:51-67.

*“Madre ...
Déjame ir con tu Amor”.
Acilegne.*

