



Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Cuidados,
Humanización y Atención Sociosanitaria



Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Cuidados,
Humanización y Atención Sociosanitaria

Depósito Legal: AS-01324-2022

ISBN: 978-84-09-41439-0

Imprime: Imprenta Goymar, S.L.

Edita: Consejería de Salud del Principado de Asturias.
Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención
Sociosanitaria.

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir,
almacenar en sistemas de recuperación de la información ni
transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que
sea el medio empleado, electrónico, mecánico, fotocopia,
grabación, etc., sin el permiso previo de los titulares de los
derechos de propiedad intelectual.

Impreso en España / Printed in Spain



1 CONTENIDO

1	CONTENIDO	3
2	INTRODUCCIÓN	7
3	GUÍA DE ACTUACIÓN	13
4	DIAGNÓSTICO Y COMUNICACIÓN DE LA MUERTE.....	15
4.1	Diagnóstico.....	15
4.2	Comunicación de la muerte.....	15
4.3	Recomendaciones	17
5	ATENCIÓN CLÍNICA	19
5.1	Cuidados postparto (en planta)	23
5.2	Actividades.....	23
6	CONTACTO POSTMORTEM	25
6.1	Procedimiento del cuidado del/la bebé postmortem	27
6.2	Espacio para el Duelo (La habitación de Despedida)	27
6.2.1	Requerimientos de los espacios para el duelo	27
7	CONSERVACIÓN DE RECUERDOS	29
8	DISPOSICIÓN DEL CUERPO	31
8.1	Disposición del cuerpo de embrión /feto de gestación menor de 20 semanas o menos de 500gr.....	31
8.2	La disposición del cuerpo en fetos de más de 20 semanas o > 500gr que nace muerto (mortinato)	32
8.3	La disposición en muertes de recién nacido vivo	33
9	INVESTIGACIÓN DE LA MUERTE.....	35
9.1	Investigación sobre la madre.....	35



9.2	Investigación sobre la placenta	36
9.3	Investigación sobre feto /recién nacido muerto	36
9.4	Muerte neonatal	38
9.5	Necropsia y diagnóstico	38
9.6	Inscripción en el registro civil	40
9.7	Aspectos laborales	44
10	VUELTA A CASA.....	47
10.1	Pautas de autocuidado al alta hospitalaria	47
10.1.1	Guía de autocuidados.....	48
10.2	Primera consulta tras el alta hospitalaria	49
10.2.1	Objetivos específicos de la consulta	50
10.2.2	Valoración.....	51
10.3	Segunda consulta tras el alta hospitalaria	54
10.3.1	Valoración física	55
10.3.2	Valoración emocional.....	55
10.4	Consulta obstétrica para resultados y seguimiento	56
10.5	Pareja y sexualidad tras la pérdida	56
10.6	Integración de la pérdida en la vida cotidiana	57
11	PLANIFICACIÓN DE EMBARAZOS POSTERIORES	65
11.1	Seguimiento del nuevo embarazo	65
12	APOYO A LAS/LOS PROFESIONALES TRAS SU ATENCIÓN EN UNA PÉRDIDA GESTACIONAL.....	67
13	AUTORÍA	69
13.1	Redacción, Coordinación de equipo, Dirección técnica, maquetación y creación y edición de imágenes.....	69
13.2	Autoría	69
13.3	Colaboradores	73



14	BIBLIOGRAFÍA	74
15	GLOSARIO	79
16	ANEXOS	81
16.1	Anexo I: Recomendaciones. Comunicación de la muerte	81
16.2	Anexo II: Conservación de recuerdos. Pautas de actuación	88
16.3	Anexo III: Autorización de Enterramiento de Fetos.....	91
16.4	Anexo IV. Boletín Estadístico de Parto	92
16.5	Anexo V. Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas	93
16.6	Anexo VI: Autocuidados	94
16.7	Anexo VII: Escala de Duelo Perinatal	97





2 INTRODUCCIÓN

Se estima que cada año ocurren 23 millones de abortos espontáneos en todo el mundo, lo que se traduce en 44 pérdidas de embarazos por minuto. El riesgo combinado de aborto espontáneo es del 15,3% (IC del 95%: 12,5-18,7%) de todos los embarazos reconocidos. La prevalencia poblacional de mujeres que han tenido un aborto espontáneo es 10,8% (10,3-11,4%), dos abortos espontáneos es 1,9% (1,8-2,1%) y tres o más abortos espontáneos es 0,7% (0,5-0,8%).

La pérdida de una hija o hijo, ya sea esperada o no, produce un impacto emocional en la familia y también en el personal sanitario que les atiende, y el duelo es la respuesta que de forma natural se pondrá en marcha para gestionar este impacto. Aunque existen diferentes descripciones de la cronología de la muerte perinatal, la OMS, en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) estableció las siguientes etapas:

Muerte Fetal (MF). Se subdivide en tres periodos:

- **a) MF temprana:** muerte en fetos de menos de 22 semanas de gestación o <500 gramos de peso (si no se conoce edad gestacional (EG)). Se hace así referencia a los “Abortos”.
- **b) MF intermedia:** comprende los fetos que mueren entre 22-28 semanas de gestación o peso entre 500-999 gramos (si se desconoce EG)
- **c) MF tardía:** muertes fetales en ≥ 28 semanas de gestación (a partir de los 1.000 gramos de peso si no se conoce la EG).

Mortalidad perinatal (MP). Comprende la muerte a partir de las 22 semanas de gestación y durante el periodo neonatal. Hay dos tipos:

- **a) MP restringida:** se refiere a los fallecimientos desde las 28 semanas de gesta-



ción hasta el 6º día de vida extrauterina. Esta es la definición que se usa en las estadísticas del INE para calcular la tasa.

- **b) MP ampliada:** Las muertes que se producen desde la semana 22 de gestación hasta los primeros 28 días de vida.

M. Neonatal (MN). Se refiere a las muertes que ocurren tras el nacimiento y antes de alcanzar los 28 días de vida. Hay dos tipos:

- **a) MN precoz:** la muerte se produce entre el nacimiento y la primera semana de vida.
- **b) MN tardía:** muerte acontece entre la semana y los 28 días de vida.



Tabla 1 Cronología de la muerte perinatal

Tasas de mortalidad en Asturias 2018

Las tasas de mortalidad fetal y perinatal se calculan por 1000 nacidos ese año. Mientras que la tasa de mortalidad neonatal se calcula por 1000 nacidos vivos ese año.



- Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal precoz: 0,87
- Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal tardía: 0,70
- Tasa de Mortalidad Fetal tardía: 3,13
- Tasa de Mortalidad Perinatal: 4,00

Históricamente la muerte intraútero o perinatal se ha desatendido restándole importancia, negando a las familias el duelo por una niña o un niño, que para la sociedad no ha llegado a existir (no hay registro, ni fotos, ni recuerdos) lo que se contrapone con el hecho demostrado de que el vínculo materno-filial empieza incluso en el primer momento que se decide la concepción.

Las investigaciones muestran que, en España, un tercio de las mujeres percibió la interacción con el personal sanitario negativamente. Los resultados manifiestan que, en términos generales, la calidad de la atención o apoyo al duelo es baja y especialmente deficiente en cuanto a la provisión de información. Se puede concluir que una gran parte del personal sanitario (y los sistemas de gestión) no está preparado o formado para atender adecuadamente a las mujeres que sufren una muerte súbita intrauterina o los casos de interrupción del embarazo por motivos médicos.

La literatura científica expone que la falta de apoyo podría tener efectos negativos sobre el proceso de duelo al desautorizar la identidad de las madres, padres y del/la bebé, además de restarle significado a la muerte.

La muerte perinatal también es una situación difícil para el/la profesional sanitario/a que en muchas ocasiones no está suficientemente preparado o formado para atender a las mujeres que pasan por situaciones tan traumáticas como muerte súbita intraútero, interrupción de embarazo por motivos médicos, muerte en el



postparto o fallecimiento en el periodo neonatal.

El/la profesional sanitario/a debe saber reconocer el significado de la muerte, acompañar, empatizar y dar apoyo emocional evitando por un lado centrarse en la práctica clínica únicamente y, por otro, no dejarse llevar por la carga emocional que suponen algunas de estas situaciones. Una buena coordinación de la atención y la provisión de información basada en la evidencia, pero fácilmente comprensible y empática, pueden tener la capacidad de reducir la ansiedad de la pareja y ser de gran ayuda para que afronten un duelo lo más sano posible.

En España, en el año 2011, se introduce por primera vez, la atención a la muerte y al duelo perinatal en las estrategias nacionales y a día de hoy son muy pocas todavía las Comunidades Autónomas que han desarrollado protocolos de actuación. En Asturias, no existe un plan de asistencia estandarizado para todo el Sistema de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Únicamente existen actuaciones puntuales en los distintos hospitales, como fruto del interés individual de algunos profesionales por mejorar la calidad de las prácticas que se vienen prestando.

La ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, establece en su artículo 62 que los Derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios y la humanización de la atención por el Sistema Sanitario del Principado de Asturias, serán recogidos en un Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Desde la Dirección General de Cuidados, humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de salud, se está trabajando con un grupo multidisciplinar desde marzo de 2020 y se han definido 4 líneas estratégicas del Plan de Humanización: Humanización, calidad y calidez de trato; Profesionales: piedra angular para una cultura de la humanización; Participación ciudadana; Adecuación de los entornos. Espacios y confort. Una de las acciones que se llevará a cabo es el adecuado acompañamiento de las personas en el proceso de duelo gesta-

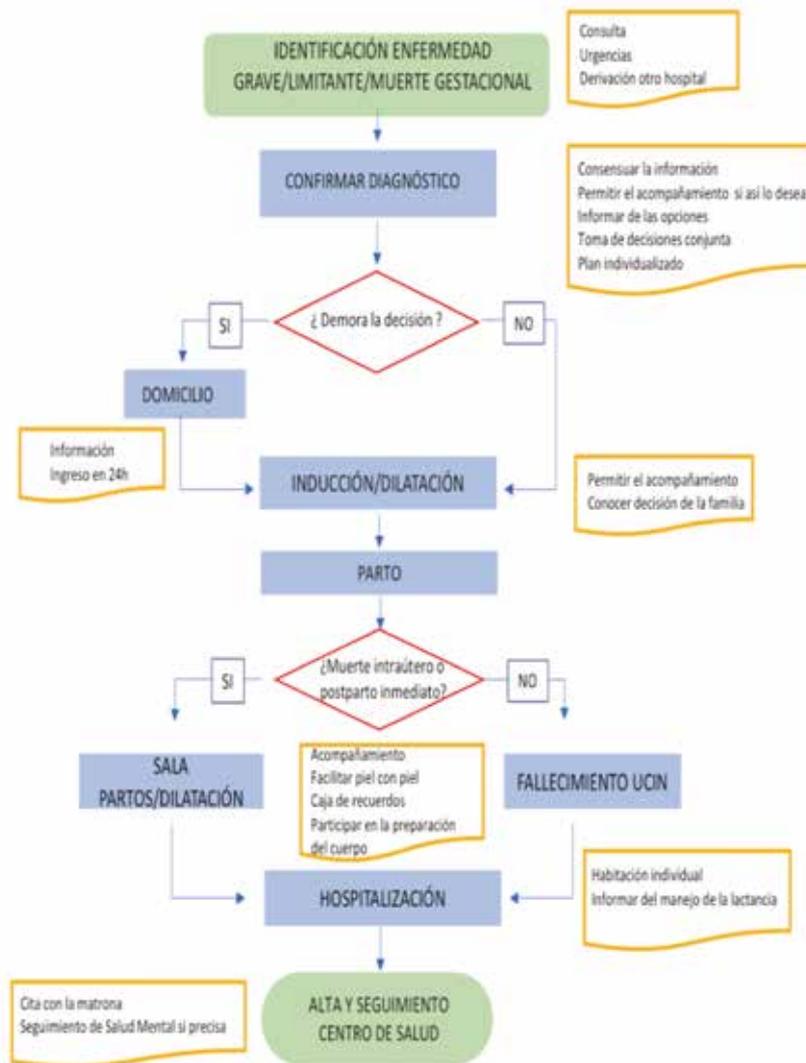


cional y perinatal. Para unificar la actuación en todos los centros sanitarios se ha elaborado esta **Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal**, que facilitará el acompañamiento a las mujeres y sus familias a lo largo de todo el proceso, desde que se comunica la noticia hasta el seguimiento de un posible embarazo posterior y no sólo para comprender el significado de la muerte, la identidad de la madre, la coordinación y comunicación, sino para aprender también a superar nuestros propios miedos e inseguridades, ante una situación que resulta difícil también a las/ los profesionales.





3 GUÍA DE ACTUACIÓN



Algoritmo 1. Identificación de casos



4 DIAGNÓSTICO Y COMUNICACIÓN DE LA MUERTE

4.1 Diagnóstico

El diagnóstico de certeza de la muerte fetal se realiza mediante ecografía, visualizando directamente el corazón fetal y demostrando la ausencia de actividad cardíaca durante al menos dos minutos. Otros métodos como el estetoscopio de Pinard o el registro cardiotocográfico son menos precisos, pudiendo infundir error.

En algunos determinados casos en los que la visualización pueda resultar dificultosa (oligoamnios, obesidad materna...) se puede recurrir al uso del Doppler Color del corazón fetal y cordón umbilical.

El estudio ecográfico aporta otra serie de imágenes como el cabalgamiento de los huesos craneales, hidrops, signos de maceración fetal o presencia de gas en el corazón, vasos o articulaciones fetales.

Ante duda diagnóstica, se debe siempre pedir una segunda opinión.

Cuando el neonato se encuentra ingresado normalmente la situación suele ser crítica antes del desenlace final. Esto requiere una afrontación diferente y se puede ir preparando a los padres/madres paulatinamente para el momento de asumir la noticia del exitus o el planteamiento de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

4.2 Comunicación de la muerte

“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”

Claude Bernard

El estilo de comunicación que empleamos como profesionales influye directamente en la forma en que la mujer y su pareja asimilan la información que reciben y de



la cual, dependen sus decisiones, su adaptación psicológica a las nuevas circunstancias y su participación en el proceso.

Está ampliamente demostrado que la forma en cómo nos comportemos, qué decimos y cómo lo hacemos cambia notoriamente la forma en que los padres/madres van a afrontar su pérdida gestacional o neonatal y su posterior duelo. Es un momento clave que las madres y los padres/madres siempre van a tener presente y recordar, por lo que exige un trato excelente de comprensión, empatía, compasión (no pena), paciencia y respeto.

Es importante individualizar este proceso, ya que podemos encontrarnos que debemos informar sobre un aborto al comienzo del embarazo o una muerte perinatal o de una enfermedad que implicará cuidados paliativos perinatales, y en cada circunstancia hay que buscar los mejores recursos; esto requiere una preparación tanto técnica como emocional del profesional al cargo.

También puede ocurrir que en ocasiones los padres/madres experimenten sentimientos de impotencia frente a la atención prestada por el personal sanitario y en gran parte se debe a que las/los profesionales no se centran en la globalidad de la persona, sino sólo en algunos aspectos concretos.

Es imprescindible que todo el personal, tanto sanitario como no sanitario en contacto con los padres/madres sean conocedores de la situación.

Hemos de tener en cuenta también los factores personales y socioculturales de la madre gestante y su pareja o acompañante y cuidar tanto la comunicación verbal como la no verbal. **Nuestro lenguaje corporal, actitud, contacto visual, tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura suponen más del noventa por ciento del significado recibido del mensaje.**



El/la profesional sanitario/a debe saber reconocer el significado de la muerte, acompañar, empatizar, dar apoyo emocional e informar evitando centrarse únicamente en la práctica clínica; abarcará desde que se comunica la noticia hasta el seguimiento de un posible embarazo posterior, facilitando que el entorno sea un lugar tranquilo, privado e íntimo. A la hora de comunicar se debe procurar transmitir sensación de calma, sin que denote prisa, para favorecer un ambiente de interés y respeto. También se debe prestar atención a una adecuada coordinación de la atención.

El lenguaje será sencillo y conciso, evitando en lo posible el uso de terminología técnica sanitaria e intentando simplificar al máximo la comprensión del mensaje. No podemos olvidar que también el personal sanitario presenta miedos a la hora de comunicar malas noticias, como pueden ser:

- **Miedo a causar dolor** en el intento de no “dañar “podemos llegar a caer en una actitud pasiva de evasión de la situación.
- **Miedo a ser culpada/o** de la situación por parte de la mujer o su pareja y ser nosotras/os mismas/os hacia quienes focalicen su rabia y dolor.
- **Miedo al dolor empático** que podemos llegar a sentir.
- **Miedo a decir “no lo sé”**, a no encontrar las palabras y respuestas necesarias en un momento determinado.

4.3 Recomendaciones

Ver Anexo I: Recomendaciones. Comunicación de la muerte



5 ATENCIÓN CLÍNICA

La mayoría de las veces la muerte fetal se detecta porque la mujer acude a urgencias ante un sangrado, disminución de movimientos fetales u otra sintomatología, si bien toda la patología obstétrica y fetal que se conoce, en grado severo, puede conducir a una muerte perinatal. También puede venir remitida de ecografía donde se objetiva la muerte prenatal o alguna patología que condiciona su supervivencia. Ante esta situación, la actuación sería:

- Permitir el acompañamiento continuo de la mujer por quien ella decida y durante todo el proceso.
- Si la paciente acude por disminución de movimientos fetales, comprobar el latido cardíaco fetal con sonicaid®, ECO o monitor nada más llegar.
- Si no se encuentra latido o se confirma la ausencia del mismo por ecografía y ha sido derivada por ello, avisar a los obstetras de guardia y que acudan a valorarla lo más rápido posible.
- Si el feto pudiera ser viable o hay posibilidad de que nazca vivo, avisar a pediatría para que informen a la madre y al padre/acompañante de la manera de actuar.
- Informar de forma clara y por el menor número de profesionales posible. Comprobar que entienden la información que se le está dando.
- Permitir un espacio donde puedan expresar sus emociones y que puedan reflexionar sobre las opciones disponibles. Sería recomendable que se habilitara una salita con un sillón, una mesa, donde puedan permanecer este tiempo. NO EN SALA DE ESPERA DE URGENCIAS. Si las condiciones clínicas de la paciente lo permiten, ofrecer alta y que vuelva posteriormente para poder asimilar y tomar decisiones en su entorno familiar e incluso valorar crear un plan de parto con el profesional.
- Responder y escuchar las preguntas, dudas, inquietudes que tenga la pareja. No mostrar prisa en la atención.
- Anamnesis detallada y revisión de la historia clínica.



- Petición de pruebas complementarias.
- Preguntar el nombre del feto, y nunca referirse a él como tal, siempre por el nombre que habían decidido y si no lo tiene, utilizar “vuestro bebé” o “vuestra/o hija/o”. Esto debe ser durante todo el proceso y por todo el personal.
- En el caso de ingreso, si se realiza en planta de obstetricia, será preferiblemente lo más alejada posible de habitaciones con recién nacidas/os.
- Si el ingreso se realiza directamente en partos, intentar ubicarla en la zona más tranquila disponible.
- Si la madre y el padre lo permiten, identificar la habitación con un símbolo que todo el personal conozca y que indique que hay un duelo perinatal ahí. Asegurar que todo el personal que entre en contacto con la pareja sepa cuál es la situación.
- Valorar el inicio de la inducción junto con la pareja y que la vía de elección para el parto es la vaginal.
- En el caso de gestaciones de primer y segundo trimestre, se puede iniciar el procedimiento en la planta, en consenso con la familia, recomendando esta opción por poder estar en su habitación y con quien ella quiera. Una vez comience a sentir dolor, ofrecer analgesia, explicándole opciones y que decida. Pasarla en ese momento al área de partos si así lo desea y en compañía de la persona de su elección.
- Si desea analgesia epidural, avisar al anestesista y explicarle que se trata de un caso de muerte perinatal. Iniciar los cuidados habituales de analgesia epidural.
- Permitir el acompañamiento en la Unidad de trabajo de partos por la persona de su elección.
- Durante la dilatación es recomendable que siempre esté atendida por la misma matrona y auxiliar, asegurando que ambos profesionales conocen la forma de tratar estas situaciones.
- Durante el periodo de dilatación, siempre que las condiciones de la mujer lo permitan, informar sobre cómo va a ser el parto y que va a pasar después:
- Deseo de ver al bebé de los padres/madres, posibilidad de realizar piel con piel.



Explicar el beneficio a nivel psicológico que esto supone para el desarrollo adecuado del proceso de duelo. Recomendar que al menos uno de ellos vea al bebé y si ninguno quiere, que se lo ofrezcan a un familiar. Darles tiempo para decidirlo.

- Atención al parto y nacimiento de forma habitual, evitando que esté presente más gente de la necesaria y respetando la expresión de emociones por parte de la pareja. Si hay posibilidad de que nazca vivo, avisar a pediatría.
- Tras el parto, si la madre quiere realizar piel con piel, se realiza colocándolo sobre el abdomen de la madre. Si no desea piel con piel, se coloca en una cuna preferiblemente refrigerada. Se respetará la decisión de verlo o no verlo, de los padres/madres. Si no lo quieren ver, se lleva a otra sala. Si lo desean ver, se viste y cubre con un gorro y se les enseña en brazos de la persona encargada en ese momento, matrona, enfermera, nunca enseñarlo desde un entorno distante, dejándoles cogerlo si lo desean y permanecer con el todo el tiempo necesario. Permitir la toma de fotos y recomendar la necesidad de tener recuerdos.
- Caja de recuerdos: se realizará según el apartado específico desarrollado en este protocolo.
- Darles información sobre la subida de la leche, tiempo para asimilar y hacer preguntas, y explicarles las opciones que existen en base al conocimiento que tenemos de su historial, bajo una mirada ecosistémica de cada familia. Se valorará entregar el libro “Madres también alimento para el alma”, de Olaya Rubio para las madres que hayan elegido cualquier opción alternativa a la inhibición farmacológica.
- Informar sobre la posibilidad de realizar autopsia al cuerpo y solicitar consentimiento.
- Informar de los trámites a realizar administrativamente.
- Valorar y ofrecer asistencia religiosa.
- Realizar cuidados postparto habituales a la madre. Una vez transcurrido el tiempo de postparto inmediato, subir a la planta.
- Las/los profesionales de salud mental, se acercarán a la planta y con colaboración del personal realizarán una toma de contacto lo más pronto posible con el fin de



afianzar el vínculo, observar y acompañar. En función de lo que dure el ingreso, de las complicaciones y del estado de la madre y su entorno sin olvidarnos de sus preferencias, se programarán visitas más o menos frecuentes y se favorecerá que sea el mismo profesional que la atiende para facilitar la comunicación y el conocimiento del caso.





5.1 Cuidados postparto (en planta)

- Evaluación continua de las manifestaciones que evidencien posibles complicaciones post aborto, legrado o parto.
- Elaboración del Plan de Cuidados:

Riesgo de infección.

Detección del riesgo (NOC).
Protección contra las infecciones (NIC).
Control de infecciones (NIC).
Vigilancia (NIC).
Administración de medicación (NIC).

Dolor /disconfort.

Nivel de dolor (NOC).
Manejo del dolor (NIC).
Manejo medicación (NIC).
Diseño sin título (3) Manejo ambiental (NIC).

Temor

Autocontrol de miedo (NOC).
Potenciación de la realidad (NIC).
Disminución de la ansiedad (NIC).

5.2 Actividades

- Presentarse y explicar todos los procedimientos a realizar.
- Riesgo de hemorragia: Valoración de las perdidas hemáticas e involución uterina.
- Control de constantes habituales y primera micción.
- Valoración nivel de dolor.



Guía de atención al duelo gestacional y perinatal

- Valorar nivel de sensibilidad y movilidad de MMII, si se administró analgesia epidural.
- Facilitar el descanso y sueño.
- Escucha activa de la mujer y familia.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Acompañamiento continuo si así lo desea.
- Administración de analgesia, antibióticos y tratamiento según pauta médica.
- Comprobación de grupo y Rh materno, para administración de gammaglobulina Anti D si precisa.
- Ofrecer y explicar la opción de mantener la lactancia materna para donación al banco de leche. Entrega del libro “Madres también alimento para el alma” de Olaya Rubio.
- Valoración de supresión de la lactancia, si no desea donar leche materna.
- Propiciar un ambiente de intimidad, comodidad y seguridad.
- Educación sanitaria y resolución de dudas sobre la necesidad de reposo, higiene, sexualidad, reproducción, etc.
- Informar sobre los trámites, protocolos, etc.
- Valorar la necesidad de tramitación de interconsulta a salud mental intra hospitalaria o a través de Atención Primaria, según necesidades de la mujer.
- Instruir acerca de los signos de urgencia por los que volver al hospital: aumento de hemorragia, aumento del dolor abdominal, eliminación de coágulos o tejidos.
- Entregar a la alta cita para la siguiente revisión ginecológica. Recordar a la mujer y acompañante solicitar cita con su matrona de referencia.
- Evaluación y registro de actividades y cuidados en historia clínica.





6 CONTACTO POSTMORTEM

El primer paso es proporcionar a las familias la información del proceso a seguir de manera apropiada, con respeto a los silencios y escucha activa a las demandas, para que tomen la decisión más adecuada.

En el caso en que el neonato esté ingresado en neonatología y se prevea la muerte de forma inminente o esta es parte de la adecuación de los cuidados terapéuticos, se debe ofrecer a los padres/madres la posibilidad de estar presentes en este momento e incluso de tenerle en brazos para que no fallezca solo. Aunque también es conveniente respetar si alguno de los padres/madres o ambos prefieren no estar presentes. Es muy importante explicarles que es lo que acontece en todo momento y que el neonato puede presentar algún movimiento o alguna respiración ineficaz previa a la defunción.

Debemos apoyar a las madres, los padres y familiares para ver y pasar tiempo con su bebé, independientemente de la edad gestacional o de las malformaciones que pueda tener.

Este momento de duelo requiere tratar al bebé con sensibilidad y respeto, tal y como si estuviera vivo, llamarlo por su nombre, crear un contexto físico e interpersonal que favorezca el contacto, la interacción con él:

- Se debe facilitar, sin forzar, a las madres, padres/parejas y familia, el sostenerlo/la en brazos, tocar, lavar, vestir, velar, etc., porque les permite afrontar el duelo y reafirmar su identidad. Si lo desean pueden vestirle primero con ropa que hayan traído de su casa.



- Es importante habilitar el lugar más apropiado de forma consensuada. Durante el puerperio inmediato, permanecerán en la misma habitación donde se produjo la dilatación siempre que sea posible. Comprobar con el servicio de anatomía patológica cuánto podría demorarse la necropsia desde la hora del fallecimiento.
- La duración del contacto no ha de contar con un tiempo establecido, salvo que la demanda por estudio de necropsia así lo establezca.
- Transcurrido un tiempo de intimidad se preguntará a la madre y al padre/pareja si desean que los acompañen más familiares y que indiquen específicamente cuales.
- Se ha de facilitar asistencia religiosa si la demandan y respetar la realización de sus ritos religiosos/culturales.
- En caso de que no deseen ver al bebé, también se le puede describir cómo es físicamente si lo sugieren. Cuando existan malformaciones o algún daño en el cuerpo se proveerán los medios para reducir el impacto entregando al bebé acondicionado o cubierto adecuadamente, dejando libertad a los progenitores para descubrirlo ellas/os mismas/os si lo desean. También pueden autorizar a otra persona allegada para que lo vea en su lugar.
- Informar tanto de la inhibición de la lactancia materna, como de la posibilidad de su mantenimiento, incluida la opción de donación de leche materna.
- Si aun habiéndose ofrecido la posibilidad de ver al bebé, no han querido en un primer momento, se facilitará este contacto durante el tiempo que la madre permanezca hospitalizada. Cuando un hospital tiene que trasladar al hospital de referencia al bebé para hacer la autopsia, se ha de esperar mientras la madre esté ingresada.



6.1 Procedimiento del cuidado del/la bebé postmortem

- Lavar cara con suero fisiológico y una gasa.
- Dejar descubierta la cara y ocultar inicialmente el resto del cuerpo.
- Se aconseja tapar la cabeza también. Limpiamos los restos de sangre del/la bebé, le ponemos el gorro, lo envolvemos en el empapador o ropa que la familia proporcione.
- Si la muerte se ha producido próximo a término llevarle en brazos como lo haríamos con un/a recién nacido/a vivo/a (presentación lo más natural) y proporcionar una cuna para dejarle en ella.
- Alertar que parecerá estar durmiendo y en temperatura de ambiente

6.2 Espacio para el Duelo (La habitación de Despedida)

Facilitar un espacio físico íntimo y privado a las madres, padres, parejas y familiares es imprescindible para procurar que el acto de despedida se desarrolle en las mejores condiciones posibles y en el mejor lugar posible, ya que dicho ambiente puede ayudar a encajar los primeros momentos de su dura situación.

Un espacio de duelo debe cumplir dos funciones principales: el acompañamiento en la última fase de la vida y el apoyo durante el inicio del duelo. El espacio debe permitir una despedida íntima y tranquila, sin interferencias con el personal, sin prisas, en un ambiente que genere serenidad y calma.

6.2.1 Requerimientos de los espacios para el duelo

- Esta habitación debe ubicarse en una zona tranquila y poco transitada. El lugar en el que se sitúen podrá ser diferente de un hospital a otro, a ser posible que no



requiera demasiados desplazamientos desde el paritorio. Siempre habrá que evitar que desde esta habitación se escuche el llanto de otros bebés.

- La habitación, si la madre y el padre/pareja lo permiten, puede estar identificada con un símbolo.
- Iluminación natural y conexión visual con el exterior (ventana).
- Iluminación artificial regulable, preferiblemente indirecta.
- Decoración sencilla y acogedora, materiales y colores entonados, cálidos o que transmitan un ambiente diferente del hospitalario.
- Mobiliario sencillo y fácil de acoplar, en función de las necesidades.
- No imprescindible, pero si la habitación incluye baño se facilita la estancia.



7 CONSERVACIÓN DE RECUERDOS

Es recomendable facilitar recuerdos físicos y fotografías. En un contexto de tabú y falta de reconocimiento de la muerte perinatal, estos recuerdos permiten a los padres/madres establecer la identidad materna y paterna y legitimar el duelo.

Tras una muerte intrauterina, los padres/madres están en estado de shock emocional, por lo que es probable que no soliciten conservar ningún tipo de recuerdo hasta pasado un tiempo. La información, el apoyo y la ayuda de las/los profesionales son básicas para no dejar pasar esta opción.

Las cajas de recuerdos preparadas en las unidades obstétricas o neonatales, les permite llevarse un recuerdo tangible de su bebé que también puede ayudar a la superación de la muerte por parte de las/los hermanas/os (si los hubiera) o el resto de la familia, que en muchas ocasiones no llegaron a conocerla/o físicamente.

- Estas cajas incluirán objetos que tuvieron relación y/o contacto con el/la bebé como la pulsera identificativa, huellas, pinza de cordón, gorro, mechón de pelo, camiseta, chupete, fotografías, muletón, etc.).
- Cada hospital gestionará dónde y durante cuánto tiempo se custodiará esa caja en el caso de las familias que no hayan querido recogerla en un primer momento. Además, existen otro tipo de cajas de recuerdo elaboradas por asociaciones de duelo y que invitan a las familias a elaborarlas ellas mismas como parte de su duelo.
- En el caso de las fotografías, se realizarán a petición de la madre y el padre con el dispositivo que ellos nos faciliten. También se les puede facilitar el contacto con la fotógrafa de la Asociación Brazos Vacíos.

Ver Anexo II



8 DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Tras la muerte fetal o neonatal, las mujeres y sus parejas deberían tener la oportunidad de decidir sobre el destino final del cuerpo de su bebé independientemente de la edad gestacional, el peso y si ha nacido o no con vida.

Ofrecer a la madre y al padre/pareja la posibilidad de organizar un funeral y tomar la decisión sobre la disposición del cuerpo de su hijo/a y respetar las diferentes creencias, culturas y rituales, fue una de las primeras recomendaciones a la hora de efectuar cambios en las prácticas sanitarias en los años 70.

Hoy en día, en los países anglosajones y del norte de Europa las prácticas han cambiado tanto que recomiendan que todas las muertes intrauterinas reciban una disposición respetuosa y sensible mediante la inhumación o la cremación, independientemente de la edad gestacional.

8.1 Disposición del cuerpo de embrión /feto de gestación menor de 20 semanas o menos de 500gr

Antes de la 22+0semanas el entierro es opcional. Para que la familia pueda enterrar al feto habría que avisar a la funeraria y rellenar declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas de menos de 180 días de gestación.

En estos fetos se suele hacer estudio anatomopatológico. Se envían al Servicio de Anatomía Patológica como muestra para biopsia (sin necesidad de autorización familiar) o con petición de autopsia (en este caso es necesaria la autorización familiar). (Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos). En ningún caso se registra su entrada en mortuorios. Posteriormente se tratan según otros restos biológicos hospitalarios (incineración o enterramiento en fosa común). Requiere una autorización al hospital a proceder a la incineración de los restos abortivos/restos humanos de



entidad suficiente. Dicho consentimiento puede formar parte del consentimiento de autopsia o ser un documento independiente.

8.2 La disposición del cuerpo en fetos de más de 20 semanas o > 500gr que nace muerto (mortinato)

- **Disposición privada.** La familia se hace cargo del feto. Se contacta con los servicios funerarios a elección de la familia.

En este caso los padres/madres recuperan el cuerpo del bebé, con la intermediación de una entidad funeraria, para realizar un sepelio civil o religioso y proceder posteriormente a su incineración o inhumación.

Los costes en este caso deben ser asumidos por la familia y se debe informar de ello. Si la familia no tiene recursos económicos se puede derivar a Trabajo social del hospital para valorar la situación socio-familiar.

No es necesario conceder autopsia, pero además la realización de autopsia no es inconveniente para recuperar el cuerpo para disposición particular.

Para la disposición privada del cuerpo es necesario que la/el obstetra cumplimente la **Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas**, que si bien es obligatorio en muertes fetales de más de 26 semanas no lo es para aquellos que fallecen antes. Sin embargo, si se desea hacer una disposición privada del cuerpo, será necesaria la cumplimentación de dicha Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas para que se pueda llevar al Registro Civil y con ello sea concedida la Licencia oficial de enterramiento.

No deberían existir inconvenientes en los hospitales para dicha disposición en los menores de 26 semanas para que los padres/madres puedan recuperar el cuerpo de su hijo/a, a la luz de la Sentencia 11/2016, de 1 de febrero de 2016 del Tribunal Constitucional, publicada en el BOE nº57 del 7 de marzo de 2016: todos los juzga-



dos y Tribunales de España librarán la oportuna licencia de enterramiento de las criaturas nacidas sin vida, independientemente de su peso y edad gestacional, garantizando con ello el derecho de los progenitores a una disposición respetuosa del cuerpo de su bebé

- **Disposición a cargo del hospital.** La familia no se hace cargo del feto. Esto supone la incineración o enterramiento en fosa común junto con otros restos biológicos hospitalarios. No existe la opción de recuperar las cenizas posteriormente. Está exenta de costes para la familia.

La familia debe firmar la **Autorización de Enterramiento de Fetos** (cuando no deseen o no puedan hacerse cargo del feto nacido sin vida) para que el hospital se haga cargo de gestionar su inhumación. En este caso, se autoriza al Hospital para que efectúe los trámites judiciales y extrajudiciales para su enterramiento en el cementerio de la ciudad. El celador del Mortuorio avisa a la Funeraria de Guardia, ya que, en estos casos, el feto tendrá el mismo destino que otros restos humanos con entidad procedentes de intervenciones quirúrgicas y amputaciones, que son objeto de enterramiento en fosas comunes habilitadas para tal fin. (Decreto 72/98, de 26 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria en el ámbito del Principado de Asturias).

A partir de las 26 semanas de gestación (180 días) el entierro es obligatorio.

Ver Anexo III: Autorización de Enterramiento de Fetos

8.3 La disposición en muertes de recién nacido vivo

Cuando el hijo nace con vida y fallece con posterioridad es considerado un "exitus natural" como ocurre en otras edades de la vida. En principio la disposición del



cuerpo es privada avisando a los servicios funerarios elegidos por la familia. Según el Art. 30 del Código Civil “La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno”. Los documentos legales a cumplimentar serán el Certificado de Nacimiento y el Certificado de Defunción (Art.66 de la Ley 20/2011, del 21 de julio, del Registro Civil). Si no pueden o no quieren hacerse cargo se avisa a Trabajo social y se tramita el enterramiento mediante el Ayuntamiento del lugar donde figure empadronado.

Solo en los casos en que el hospital tenga establecido un concierto con alguna Facultad de Medicina, se podrá ofrecer la opción de donación del cadáver para fines científicos y de enseñanza, según el protocolo vigente en cada centro.

Ver Anexo IV. Boletín Estadístico de Parto

Ver Anexo V. Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas





9 INVESTIGACIÓN DE LA MUERTE

La muerte perinatal puede ser el resultado de enfermedades del neonato, la madre o la placenta. La mayoría de las muertes neonatales ocurren por malformaciones congénitas, alteraciones metabólicas, hipoxias-isquemias periparto y complicaciones de la prematuridad extrema.

En la mayoría de los casos de muerte perinatal se recomienda realizar estudios etiológicos con el objetivo de:

- Aportar información a los padres/madres.
- Establecer si existe riesgo de recurrencia para gestaciones sucesivas.
- Planificar seguimientos y cuidados de la mujer en un futuro embarazo.

Estos estudios van dirigidos en tres sentidos:

- I. Investigación sobre la madre.
- II. Investigación sobre la placenta.
- III. Investigación sobre feto /recién nacido muerto.

9.1 Investigación sobre la madre

- Historia clínica materna.
- Analítica de sangre.
- Test Kleihauer-Betcke o citometría de flujo: para descartar hemorragia fetomaterna masiva.
- Otros estudios complementarios.



9.2 Investigación sobre la placenta

- Estudio macroscópico y microscópico del cordón umbilical y la placenta.
- Estudio por anatomía patológica
- Estudio citogenético
- Otras investigaciones en casos concretos
- Ante un peso del recién nacido inferior al percentil 10, una historia clínica compatible con una infección congénita, o hidrops fetal debe obtenerse un fragmento de la cara fetal de la placenta de 1 cm³, para estudio mediante PCR de CMV si no se ha realizado amniocentesis anteriormente.

En caso de que la placenta haya sido fijada en formol y el anatomopatólogo encuentre lesiones compatibles con una infección congénita por CMV o parvovirus B19 se debe confirmar la infección mediante técnica inmunohistoquímica.

9.3 Investigación sobre feto /recién nacido muerto

- Ecografía intraútero
- Estudio genético

Se aconseja tomar una de las siguientes muestras:

- Un fragmento de piel de 5 x 5 mm de cara interna del muslo que se debe mantener en un medio adecuado (en bote estéril en seco o con suero fisiológico).
- Un fragmento de cordón umbilical de 1 cm.
- Sangre de cordón umbilical en un tubo con heparina es una muestra excelente para el estudio genético en caso de muertes fetales intraparto.
- Las muestras deben mantenerse refrigeradas y deben ser enviadas al servicio de genéticas debidamente identificadas lo antes posible.



Se requiere de manera obligatoria el consentimiento informado de los padres/ madres para realizar cualquier estudio genético del recién nacido fallecido o en su placenta.

- Examen externo detallado.
- En caso de peso del recién nacido inferior al percentil 10:
 - Se debe solicitar, además de los anticuerpos anti fosfolípidos, pruebas para descartar una infección congénita.
 - Si se realiza una amniocentesis genética previa al parto se recomienda solicitar también una PCR de CMV, si no hay muestra de líquido amniótico se debe realizar estudio en tejido fetal o en placenta.
- En caso de hidrops fetal se pedirá:
 - Coombs indirecto.
 - Estudio de infección congénita.
 - Se deben descartar malformaciones congénitas en autopsia.
 - En pacientes del sudeste asiático se debe pensar en anemia fetal grave por hemoglobinopatía de Bart.
- Ante una muerte perinatal en una gestante con PCR SARS-CoV-2 positiva en exudado nasofaríngeo al ingreso o en los días previos, se debe realizar PCR SARS-CoV-2 en líquido amniótico si se ha hecho amniocentesis previa al parto. Si no se ha realizado amniocentesis se debe hacer PCR SARS-CoV-2 en 1 cm² de placenta.
- Autopsia perinatal

La autopsia perinatal y el estudio anatomopatológico de la placenta son las investigaciones que más contribuyen al diagnóstico de la causa de la muerte y el momento en el que se produce.



9.4 Muerte neonatal

En el caso de que el neonato fallezca con varias horas o días de vida en la unidad de cuidados intensivos neonatales se intentará llegar al diagnóstico de la muerte si en ese momento aún no se tuviera claro. Para ello habrá que individualizar las pruebas según cada caso: cultivos que descarten enfermedad infecciosa, plantear estudio de enfermedades metabólicas, pruebas de imagen, recoger sangre para posible estudio genético diferido.... Y siempre ofrecer la necropsia informando con sensibilidad de su conveniencia, pero no presionando a los padres/madres.

9.5 Necropsia y diagnóstico

Se debe plantear el tema de la necropsia en cuanto la conversación lo permita y no esperar al momento en que el/la bebé nazca para solicitar el consentimiento.

El feto será tratado con el máximo respeto en su traslado al Servicio de Anatomía Patológica.

La necropsia sirve para confirmar malformaciones ya conocidas o para hacer nuevas aportaciones que no se hayan podido diagnosticar (enfermedades genéticas), incluso para poder descubrir la causa de la muerte si está desconocida en el momento del parto. Esta información es importante transmitírsela a los padres/madres para que sean conscientes de la trascendencia de esta prueba.

El momento de recoger los resultados de la necropsia es vivido con ansiedad por las madres y padres, ya sea por miedo a que les comuniquen resultados negativos para un futuro embarazo ya sea por no poder resolver el motivo de la defunción.



Después de la muerte de una hija/ hijo -antes, durante o después del parto- el procedimiento que hay que seguir dependerá de si los padres/madres han autorizado que se le practique la necropsia o no.

En caso afirmativo, se recoge el cuerpo junto con:

- Documentación identificativa
- Consentimiento informado (firmado por los padres/madres)

Y se lleva a la sala de anatomía patológica.

Después de la necropsia, se traslada el cuerpo a los Servicios funerarios para darle sepultura, junto con la documentación necesaria dependiendo de si se trata de:

Muerte intraútero / intraparto en la que hay que aportar:

- Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas (papel rosa)
- Boletín Estadístico de Parto
- Autorización de enterramiento de fetos (cuando la familia no se hace cargo del cadáver).

Muerte en periodo neonatal en la que hay que aportar

- Certificado Médico de Defunción

Si, al contrario, no autorizan que se realice la necropsia, el traslado será directamente a los servicios funerarios para darle sepultura, según lo que se haya acordado.

Si lo desean, pueden hacer un funeral o servicio religioso según sus creencias o cultura en el hospital -siempre y cuando la infraestructura hospitalaria lo permita-, en casa o en un lugar de culto, con los familiares y amistades.



A partir de las 26 semanas de gestación es obligatorio enterrar o incinerar a las/los hijas /os que han muerto antes de nacer (artículo 7.2 del Real decreto 297/1997, en relación con el artículo 30 del Código Civil y el artículo 15 de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

9.6 Inscripción en el registro civil

Nacimiento

Toda persona nacida con vida se deberá inscribir en el Registro Civil, para registrar el lugar donde ha nacido o la residencia de los padres/madres antes de los treinta días posteriores al nacimiento, y deberá ser dada de baja cuando muera, independientemente del tiempo de vida transcurrido. Actualmente existe una modificación relativa a la inscripción de nacimientos y defunciones en el Registro Civil, que pretende que se pueda inscribir a los recién nacidos directamente desde los centros sanitarios y no haya que ir personalmente a la oficina del Registro Civil. Esta nueva modalidad está pendiente de extenderse a todos los centros sanitarios implicados. En el supuesto de que la defunción haya sido en el vientre materno, después de los seis meses de gestación, se puede registrar a la hija/ hijo, sin efectos jurídicos, en un archivo sometido al régimen de publicidad restringida, tal y como establece la disposición adicional cuarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, y los progenitores pueden otorgarle un nombre. En el Registro Civil, después de la gestión, podéis solicitar un certificado en el que conste el número de registro y los datos personales.

¿Quién puede inscribir el nacimiento en el registro civil?

Si son matrimonio, la madre, el padre o cualquier persona mayor de edad debidamente autorizada, excepto en matrimonios de dos mujeres. En este último caso, se



deberán presentar las dos madres, excepto si ya se tiene un hijo en común. Si son familia monoparental o no son matrimonio, se deberá presentar la madre o bien los dos miembros si se desean consignar los datos de la pareja.

Estos requisitos se pueden ver modificados cuando hay la posibilidad de registrar recién nacidos desde el centro sanitario.

Documentos necesarios para inscribir a un nacido vivo

- Cuestionario para la declaración de nacimiento en el Registro Civil, con el certificado del facultativo correctamente cumplimentado (lo proporcionará el hospital, con la documentación de alta médica).
- Boletín estadístico del parto (lo proporcionará el hospital, con el cuestionario para la declaración de nacimiento en el Registro Civil).
- DNI/NIE o pasaporte de los progenitores.
- Libro de familia (o documentación que acredite un matrimonio legalizado), si existe.

Para realizar la inscripción con el primer apellido materno y el segundo paterno, hace falta que asistan los dos progenitores, ya que se tiene que firmar un documento de conformidad. Para los hijos sucesivos no será preciso, ya que obligatoriamente tendrán que seguir el mismo orden.

Defunción

Las defunciones se deberán inscribir en el Registro Civil del municipio donde se hayan producido. Se deberá hacer durante las 24 horas siguientes a la defunción y siempre antes del entierro, ya que se considera legalmente urgente. La inscripción de la defunción en el Registro Civil se puede cursar directamente desde los servicios funerarios, que al mismo tiempo solicitan la autorización para practicar la inhumación o incineración acordada y el certificado médico de defunción original.



En el supuesto de que el niño/la niña haya nacido con vida, hasta que no se haya inscrito en el Registro Civil no se podrá obtener su licencia del entierro.

Documentos necesarios para la inscripción de la defunción

- Hoja inscripción juzgado del niño/la niña.
- Certificado médico de defunción.
- Documento con el nombre y apellido de los padres/madres (por la especificidad de la minoría de edad).

**La Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, en su Artículo 44. Inscripción de nacimiento y filiación; apartado 1, recordaba que "son inscribibles los nacimientos de las personas, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Código Civil." Más adelante, en su Disposición final tercera, de Reforma del Código Civil, viene a decir que se modifica el artículo 30 del Código Civil, que queda redactado en los siguientes términos:

«Artículo 30: La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno.»

Por tanto, con fecha 23 de julio de 2011 (día siguiente a la publicación en BOE de la Ley 20/2011 de Registro Civil), todo recién nacido, desde el mismo momento en que nace con vida, entendiéndose con latido cardiaco positivo independientemente de otros parámetros (test de Apgar, respiración, etc.) tiene consideración de persona y, por tanto, será inscrito en el Registro Civil. Los fallecimientos que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación, figurarán en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, pudiendo los progenitores otorgar un nombre. El documento que certifica el nacimiento vivo es el "Parte del Facultativo que asistió al nacimiento", hoja de color amarillo cumplimentada habitualmente en paritorio. Este certificado debe ser entregado a los padres/madres. En caso de un bebé



que fallece intraútero, no se cumplimenta parte de asistencia al nacimiento (hoja amarilla).

Si se han cumplido 180 días de gestación, se cumplimentará:

- “Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas” (hoja rosa) que se entrega en el Registro Civil.
- Boletín Estadístico de Parto que se entrega a los padres/madres en el hospital. En estos casos, no puede ser inscrito en el libro de familia. Trámites y gestiones. Inscripción del nacimiento.

<https://www.mjusticia.gob.es/es/ciudadania/tramites/inscripcion-nacimiento>





9.7 Aspectos laborales

Según el Real decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, se establece que las gestantes con defunción del hijo después de la permanencia en el seno materno al menos durante 180 días pueden solicitar la prestación de baja maternal en todos los supuestos, haya nacido con vida o no. El tiempo establecido para la baja maternal será de 16 semanas, excepto en un parto múltiple, en el que será de 18 semanas, independientemente del número de muertos.

Para la baja maternal hay que presentar al médico de familia el informe médico de alta hospitalaria después del parto, en el que se especifican las semanas de gestación, el diagnóstico y la fecha del parto.

A los padres/madres se les entregará un informe médico de maternidad y tendrán que dirigirse a las oficinas del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

El otro progenitor no tiene derecho al permiso por nacimiento. No obstante, aquellos papás que han reclamado el permiso por nacimiento bajo dichas circunstancias, lo han ganado en la mayoría de los casos.

Si el/la bebé nace con vida y muere al poco tiempo, se debe registrar su nacimiento en el Registro Civil antes de las primeras 24 horas del suceso, así se facilitará el Certificado de Nacimiento, documento necesario para tramitar los permisos por nacimiento.

Se puede renunciar a este permiso siempre que hayan transcurrido las semanas obligatorias, es decir, 6 semanas para la madre y 4 para el padre.

La baja paternal solo se puede solicitar en caso de nacimiento con vida: el tiempo



establecido es de 13 días, 15 si se trata de parto múltiple y 20 días en el supuesto de que la criatura nazca con una discapacidad, reconocida legalmente, o en casos de familia numerosa. En el supuesto de parejas homosexuales, las gestiones y los periodos son los mismos que en el caso de las parejas heterosexuales.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/6b96a085-4dc0-47af-b2cb-97e00716791e>





10 VUELTA A CASA

Sin duda el regreso a casa sin el esperado hijo y tras un proceso agotador físicamente y emocionalmente complejo es uno de los momentos más complicados. Queda por delante adaptarse a la pérdida y recuperar poco a poco la vida cotidiana, con todas las turbulencias emocionales que ello conlleva.

Mitigar, acompañar y favorecer la gestión emocional del proceso que acaba de iniciarse es el principal motivo en que debemos centrarnos las/los profesionales. Recordemos que nuestro paciente, en estas circunstancias, no es solo la mujer, sino también su pareja y núcleo familiar más cercano.

En algunas ocasiones la persona que está en duelo no tiene la voluntad ni fuerza para pedir ayuda y necesita que sean los demás quienes tomen la iniciativa para ofrecerla.

10.1 Pautas de autocuidado al alta hospitalaria

El momento de irse a casa suele generar ansiedad extra ya que supone el choque directo con la vida cotidiana. Surge la primera interrogante para ellos: “¿y ahora, ¿qué?”. Dedicarles unos minutos con la actitud adecuada (ambiente, posición y lenguaje corporal, disposición de escucha...) es incluso más importante que el contenido. En esta reunión les daremos unas pautas de autocuidado mínimas, preferiblemente apoyadas también por escrito (hay que tener en cuenta que es posible que no sean capaces de recordar la información que les demos de forma oral).

Aquí se detalla la información que se debe facilitar:

- Autocuidados (físicos, lactogénesis, emocionales, sociales y espirituales).
- Citas (obstetricia, matrona y equipo de salud mental, si procede), si es posible ya concertadas. Recordar que es importante que acudan con su pareja, en el caso de que la tenga, pues el acompañamiento y el apoyo mutuo en estos momentos es fundamental.



- Teléfonos de contacto para resolución de dudas. Proporcionaremos un teléfono de contacto del hospital.
- Formas de contacto de asociaciones y bibliografía.

10.1.1 Guía de autocuidados

Autocuidado físico

Proporcionar recomendaciones generales respecto a higiene diaria, actividad física y motivos de consulta.

Autocuidados emocionales

Le daremos pautas específicas para facilitar un proceso de duelo fisiológico, haciendo hincapié en los autocuidados emocionales, sociales y espirituales. Tenemos a continuación algunos puntos importantes y cómo podemos trasladárselos a la mujer/ pareja.

Autocuidados sociales

Más que hacer cosas con los demás es elegir compartirlas con quien nos hace sentir bien, nos escucha, nos apoya y nos entiende. Relación de empatía.

Autocuidados espirituales

Conjunto de principios, actitudes o valores que configuran la vida de una persona o colectivo.

Autocuidados e información durante la lactogénesis

Cuidados generales e individuales que ofrecemos con el propósito de ayudar a



la mujer en la toma de decisiones acerca de la lactancia en situaciones especialmente vulnerables.

Ver Anexo VI: Autocuidados

10.2 Primera consulta tras el alta hospitalaria

Se realizará en la primera semana postparto por parte de la matrona de atención primaria o, en su defecto, aquel profesional que sea asignado para esta actividad por parte de la Gerencia del Área sanitaria.

Esta consulta debe ofertarse en todos los casos de pérdida perinatal, sea cual sea la edad gestacional, preferentemente debe ser concertada desde el hospital.

Hay que recordar que serán los familiares su estructura de apoyo más cercana y continua, por lo que es importante conocer algún detalle sobre la calidad de éste. A veces los familiares tienen una sensación de fracaso por no poder brindar el apoyo necesario, ya sea por falta de recursos emocionales o de tiempo. Esto también influirá en la vivencia de los propios padres.

Puede ser de utilidad tener a mano un resumen de los procesos más comunes por los que pasan los miembros del núcleo familiar, para entender mejor lo que nos transmiten en la consulta y poder ofrecer un apoyo integral.

Resulta esencial la presencia de un equipo multidisciplinar donde se tenga en cuenta la parte física y mental con el fin de evitar complicaciones como dolor o problemas de cicatrización que pueden influir en el sueño y en el descanso de la mujer, que es un aspecto fundamental que debemos cuidar en este proceso.

Desde este escenario pondremos especial atención al vínculo y la relación terapéutica que vamos a establecer con las mujeres y sus familias para ayudarles a sanar y situarlas en su nueva vida que nunca volverá a ser como antes, pero inten-



taremos que, tras esta experiencia tan dolorosa, dura y difícil salgan empoderadas y adaptadas a las nuevas circunstancias.

Primeramente, verificaremos la información recibida en el hospital. Contestaremos a todas sus preguntas, y si no conocemos la respuesta, así se lo haremos saber. La honestidad es fundamental en la relación de ayuda y es mejor decir “no lo sé” que inventar.

Durante la consulta, debemos tener en cuenta algunos aspectos importantes en nuestro lenguaje no verbal, que como sabemos representan la parte más importante de la comunicación.

Ver Anexo I: Recomendaciones. Comunicación de la muerte.

10.2.1 Objetivos específicos de la consulta

1. Que la pareja exprese sentimientos y pensamientos sobre la pérdida de su hijo (llamarlo por el nombre), escuchar el discurso sin juicio y respetar silencios. La pareja ha de sentirse en un entorno seguro para poder expresar lo que sienten. Evitar frases desafortunadas.
2. Identificar la fase de duelo en la que se encuentran y valorar síntomas de duelo disfuncional.
3. Que la pareja entienda que los sentimientos y la manera de vivir el duelo puede ser diferente para ambos. Una buena comunicación y apoyo es fundamental para afrontar la pérdida.
4. Es importante animar a la pareja para que manifieste sus sentimientos.
5. Indagar sobre la red familiar, cómo llevan la pérdida y el apoyo brindado a la pareja.
6. Si ya tienen otro hijo preguntar cómo es la relación con él y como lo vive.
7. Explicar que sus sentimientos y sus síntomas físicos son normales en esta etapa, que todo esto lleva un proceso y cómo va a ir cambiando en el tiempo.



8. Indagar e informar sobre servicios o fuentes de apoyo disponibles.
9. Reconocer factores de riesgo asociados al desarrollo de un duelo complicado (se habla de duelo complicado cuando los síntomas de malestar psicológico acaban provocando una incapacitación para la vida y las relaciones (Payás, 2010):
 - Muerte inesperada y repentina, sin tiempo de preparación para la pérdida.
 - La forma en que se dio la noticia.
 - No ver el cuerpo del/la bebé.
 - El duelo por muerte fetal está socialmente poco reconocido. Duelo desautorizado.
 - Dificultad para expresar el dolor.
 - Abortos anteriores recurrentes.
 - Ausencia de apoyo externo. Aislamiento. Presión social para la pronta recuperación.
 - Actitud ambivalente hacia el embarazo.
 - Sentimientos de culpa relacionados con lo que hicieron antes de la pérdida.

10.2.2 Valoración

Valoración física

- Constantes vitales.
- Estado general.
- Involución uterina.
- Valoración del periné o herida quirúrgica en caso de cesárea
- Valoración de las necesidades básicas y de autocuidado (especial hincapié).
- Lactogénesis, lactancia y donación de leche: nos informaremos si durante la estancia hospitalaria ha tomado una decisión sobre cómo afrontar la lactogénesis. Si no lo ha hecho, le podemos orientar para que escoja entre las opciones de que dispone.



Si se ha hecho una inhibición farmacológica en el hospital debemos realizar una exploración mamaria para comprobar que ha sido eficaz. Hay que tener en cuenta que la supresión farmacológica de la producción láctea supone bloqueo neuropsicológico por el cese de producción de oxitocina, prolactina y endorfinas, hormonas todas ellas protectoras ante el estrés y la depresión, por lo que debemos estar alerta ante el aumento del estado depresivo.

Revisaremos el estado de las mamas y aclararemos las dudas que surjan. El problema más frecuente que se puede presentar es la ingurgitación. Puede que la madre no se dé cuenta de la necesidad de aliviar la incomodidad y tensión en las mamas hasta que se haya producido una ingurgitación bastante dolorosa.

En el caso de que existan signos de ingurgitación en la exploración explicaremos la conducta a seguir: extracción manual de leche, aplicación de calor pre-extracción y frío posterior, sujetador de sujeción adecuada, reconocimiento de signos de alarma, consultar siempre que sea necesario.

Si la decisión de donación de leche ha tenido lugar en el hospital, probablemente tendrá toda la información necesaria. De no ser así, se la daremos en ese momento (técnica de extracción, manipulación y conservación de la leche, normas del banco de leche, así como las formas de contacto con el banco de leche).

Valoración emocional

Pondremos especial atención al déficit de autocuidado, situación que puede ser debida al desánimo producido por un duelo patológico.

Evaluar el apoyo y el estado emocional, haciendo hincapié en las recomendaciones de autocuidado emocional y espiritual.

Es de especial importancia ser cuidadoso con las bases de una comunicación empática en estos casos (indicadas anteriormente).



Desde el hospital las/los profesionales de salud mental acudirán a tomar contacto con la madre y su familia con el fin de conocer y facilitar la vuelta a su domicilio. Es importante transmitir que van a estar en todo el proceso y se adaptarán a lo que ella y su familia vayan necesitando. Por todo ello es importante iniciarlo en el ámbito hospitalario y después llegar a su hogar: es una forma de demostrar la adaptación y de priorizar su bienestar. Así, será más fácil comenzar y también que fluya todo el proceso, evitando situaciones de interrupción, elementos de distorsión como puede ser el propio centro sanitario y situaciones que en muchas ocasiones entorpecen la comunicación que tiene que ser prioritaria y que van a ayudar a avanzar en la adaptación y en la sanación.

En principio será la enfermera quien inicie el contacto con la mujer y su familia y también en las primeras visitas a domicilio. Valorará la situación y se establecerá un plan conjunto acordado con el equipo multidisciplinar de atención primaria y del equipo de salud mental, donde se definirán las distintas intervenciones con otros compañeros (psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, trabajadora social, fisioterapeuta, matrona, médico de atención primaria).

La atención estará basada en la expresión de emociones, sentimientos y en el acompañamiento de los cambios que vayan surgiendo y que se vayan planteando progresivamente como puede ser guardar ropa del/la bebé, retirar muebles u objetos que estaban preparados para el nacimiento, planes de futuro y organización, vuelta a la vida laboral y a las rutinas que venía realizando. Las posibilidades que van a surgir van a ser ilimitadas: cada mujer nos va a marcar las prioridades y el camino que quieren seguir, y por parte de las profesionales y las/los profesionales que las atiendan intentarán que todo fluya.

En los primeros momentos debe ser prioritario mantener un patrón de sueño regular y proporcionar medidas de higiene del sueño INDIVIDUALIZADAS en cada caso.



Además, prestaremos atención en la alimentación y en la organización de hábitos y horarios con el fin de conseguir un estado óptimo de salud física que ayude a la adaptación psicológica de estos momentos. El domicilio es un ambiente propicio para centrarnos en estas cuestiones y tenemos.

Valoración del entorno social

Tener en cuenta aquellos indicadores sociales que puedan indicar una mayor vulnerabilidad: ausencia de pareja, red social débil, desempleo, nivel económico bajo, etc.

Hacer esta valoración dentro del núcleo familiar hace más fiable la información obtenida.

- Si hay otros hijos, quizá puedan contar ellos lo que ha pasado. Así se sienten tenidos en cuenta. Los más pequeños aun no comprenden los conceptos de nacer, morir o vivir, pero saben que algo “pasa” y notan la tristeza alrededor.
- Hacerlos partícipes de los recuerdos, las conversaciones sobre el/la bebé fallecido y en el propio duelo es mejor que apartarles.
- Recordar a los familiares, si es posible, que a veces lo mejor que pueden hacer es “nada”, sólo estar ahí. Escuchar, abrazar, no dar consejos.
- Si no tienen ya la información sobre grupos de apoyo, y bibliografía, proporcionársela. A veces es mejor proporcionar pocos recursos (un libro, un folleto, un grupo de apoyo). Si les damos demasiada información pueden sentirse abrumados.

10.3 Segunda consulta tras el alta hospitalaria

Se realizará entre la 6ª y 8ª semana. Este período se considera el óptimo porque las modificaciones físicas tras el aborto, parto o cesárea se han completado casi por



completo. El estado emocional también ha evolucionado y parece necesaria otra valoración.

10.3.1 Valoración física

- Revisión de periné
- Revisión de suelo pélvico
- Exploración de las mamas si lacta a otro hijo o es donante de leche.
- Verificaremos inclusión o seguimiento en el programa de prevención de cáncer de cérvix, programando la siguiente citología.

10.3.2 Valoración emocional

En este punto el estado emocional de la mujer debería haber evolucionado. Tendremos en cuenta algunos factores como que es frecuente que tras la muerte del/la bebé se produzcan conflictos y tensiones en la relación, debido a que cada uno vive la pérdida de manera individual adoptando roles diferentes. La pareja, en ocasiones, no vive al mismo tiempo los momentos de mayor dolor y no los expresa de la misma forma, siendo esto motivo de incomprensión e incluso de evitación para disminuir el sufrimiento.

Criterios generales de derivación:

- Las reacciones psicológicas perturbadoras duran más de 6 semanas
- Hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (cuando esas reacciones no dejan hacer nada más).
- La persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos.



Se procederá a la evaluación del duelo mediante la Escala de Duelo Perinatal (PGS) de Potvin, Lasker y Toedter (1989), cuya versión breve ha sido adaptada y validada al castellano por Paramio-Cuevas (2016).

Ver Anexo VII: Escala de Duelo Perinatal

El resultado > 90 sugiere la existencia de probable duelo complicado, por lo que la mujer deberá ser remitida para valoración por parte de un especialista de Salud Mental.

El seguimiento por el servicio de salud mental se llevará a cabo en los términos que el equipo de salud mental crea más óptimos.

10.4 Consulta obstétrica para resultados y seguimiento

Se recomienda que sea efectiva lo antes posible para intentar minimizar la angustia que produce la incertidumbre sobre la posible causa de la muerte gestacional o aborto. Las/los profesionales deben recordar los principios de una comunicación empática y efectiva (ver más arriba).

Se realizarán las recomendaciones oportunas en relación con factores de riesgo, prevención y tratamiento de cara a un futuro embarazo.

Si no es adecuado abordar dicha información debido al estado emocional o físico de la mujer, se pospondrá la consulta.

10.5 Pareja y sexualidad tras la pérdida

Los miembros de la pareja suelen navegar su duelo por la pérdida de forma diferente, por lo que sus necesidades pueden ser muy distintas en cada periodo, y de hecho, esto puede ser fuente de conflicto.



Hay que recomendar a la pareja que mantener una buena comunicación es vital y que puede requerir un esfuerzo importante por parte de los dos.

Es muy habitual que ambos tengan necesidades distintas a la hora de iniciar actividades sexuales. Por lo general, es más habitual que la mujer sienta más rechazo inicial, especialmente al coito. Es fundamental que se hable de ello abiertamente dentro de la pareja y que ambos intenten comprender las necesidades del otro. Las necesidades de cada uno son legítimas, al igual que el derecho a no compartirlas. Relacionarse desde el asertividad y la empatía es imprescindible para involucrarse en actividades sexuales que satisfagan a ambos. Las/los profesionales deben recordar a la pareja que la actividad sexual no basada en el coito puede ser muy gratificante para ambos: funcionan como un "punto de encuentro" y fortalecen la pareja en esta época de reconstrucción.

Después de la pérdida perinatal, la mayoría de las parejas muestra un gran deseo por un nuevo embarazo a pesar de las dudas y los temores que les invaden. Se recomienda el espaciamiento gestacional puesto que los embarazos antes de los 15 meses se asocian a tasas más altas de resultados obstétricos adversos.

10.6 Integración de la pérdida en la vida cotidiana

A lo largo de los años, la cotidianidad se va instalando de nuevo. Las/los profesionales debemos transmitir la idea de que esto no quiere decir que se olvide al bebé. También deben tener presente que el duelo no es un proceso lineal, por lo que podrán aparecer días malos aun en el transcurso de una progresión aparentemente buena, o en un día totalmente inesperado.

Las fechas importantes (el día del fallecimiento, cumpleaños, navidades, vacaciones y ocasiones especiales) pueden suponer un período de mayor malestar emo-



cional. Algunas familias encuentran útil hacer algo especial para recordar a su bebé en estos momentos, como encender una vela, hacer una tarta o poner una decoración especial. Otras compran un detalle para donarlo a una organización benéfica en esas fechas, o se lo regalan a alguna persona especial. No hay nada que esté bien o mal, de manera que los padres/madres deben hacer lo que les haga sentir mejor.

Si hay otros hijos, puede ser buena idea hablarles de las fechas que pueden ser más difíciles para la pareja, para que sepan que puede que les vean tristes y entiendan el por qué.

La ausencia de pareja ya sea por maternidad monoparental, separación o baja disponibilidad, puede aumentar el riesgo de duelo disfuncional, por lo que ha de ser tenido en cuenta en la valoración psicológica de afrontamiento del duelo. A continuación, se recogen Factores predictores de riesgo de duelo patológico (ver Tabla 2).





Tabla 2. Factores de riesgo de desarrollo de duelo complicado

Relacionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de otro hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia. 2. Adaptación complicada al cambio de rol. 3. Relación de pareja conflictiva. 4. Sentimientos ambivalentes o de rechazo hacia el embarazo/bebé.
Circunstanciales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juventud del fallecido (vulnerabilidad perinatal). 2. Pérdida súbita, inesperada, accidental, homicidio, incierta y/o múltiple. 3. Duración de la enfermedad y de la agonía. 4. No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo. 5. Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros. 6. Muerte estigmatizada (*IVE especial riesgo).
Personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de la doliente. 2. Escasez de recursos para el manejo del estrés o expresar el dolor. 3. Problemas de salud física (ej. fertilidad) y/o mental previos. 4. Escasez de aficiones e intereses. 5. Duelos anteriores no resueltos. 6. Reacciones de rabia, desesperanza y culpabilidad muy intensas. 7. Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
Contextuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia o gran conflictividad en red de apoyo social/familiar. 2. Recursos socioeconómicos escasos. 3. Tener otros hijos (tener hijos pequeños es protector). 4. Otros factores estresantes: conflictividad laboral, proyecto vital interrumpido, etc. 5. Duelo poco reconocido o invalidado.

*IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo;

Adaptado de Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri (2015)



La pérdida de un hijo a causa de un aborto espontáneo o mortinato supone un acontecimiento vital estresante que desencadena una reacción de duelo ante tan terrible pérdida. Uno de los autores de referencia en el estudio y tratamiento del duelo, Worden, define el duelo normal como el proceso de adaptación que atraviesa una persona que ha sufrido algún tipo de pérdida. La mayor parte de las ocasiones, esta reacción sigue un curso natural y no patológico, es bastante predecible y abarca un abanico de sentimientos y conductas a nivel fisiológico, cognitivo y emocional. Los síntomas de pérdida de interés y del placer (anhedonia) por actividades que antes sí motivaban a la madre, así los problemas de insomnio y fatiga son las señales principales que pueden indicar la presencia de sintomatología depresiva (APA, 2014). En la Tabla 3, se muestran las principales diferencias entre una reacción de duelo normal y un episodio depresivo mayor.

Tabla 3 Diferencias entre reacción de duelo normal y episodio depresivo

DIFERENCIAS ENTRE DUELO NORMAL Y EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	
Duelo	Depresión
Evocan tristeza y empatía	Evocan distancia, impaciencia o irritación
Preocupación por el hijo perdido	Aislamiento y autocompasión
Pena al ver bebés y embarazadas	Recuerdos desagradables sobre el embarazo
Crisis de llanto	Idealización del hijo muerto
Deseo de hablar de lo sucedido	Vergüenza y desvalorización
Auto-reproche limitado a creer no haber hecho lo suficiente por su hijo	Sensación de haber fracasado como mujer
Ideas de suicidio no frecuentes	Ideas de suicidio frecuentes
Búsqueda de consuelo en otras personas	Abandono de relaciones sociales
Dolor por la pérdida	Desesperanza, desconsuelo
Soledad y vacío	Culpabilidad total

Tomado de Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri (2015)



Worden describe un modelo en el que sitúa al doliente como un agente activo que puede influir en su proceso de duelo, realizando cuatro tareas básicas para adaptarse a su pérdida. Esto es, la persona no es un ser pasivo que se deja llevar por el mero paso del tiempo, sino que debe ser proactivo en la aceptación y adaptación a la nueva situación (en este caso, a vivir sin ese bebé).

Las tareas que propone son:

- Tarea 1. **Aceptación intelectual y emocional de la realidad de la pérdida:** cuando unos padres pierden a su hijo, pueden tener la sensación de que el fallecimiento no se ha producido. Se trata de afrontar que el/la bebé ha muerto y que el reencuentro es imposible, de tal forma que debe producirse una aceptación cognitiva y emocional. En este caso, la realización de despedidas y rituales funerarios son de gran ayuda.
- Tarea 2. **Elaborar el dolor de la pérdida:** los padres/madres sufren gran dolor emocional y físico cuando se pierde al bebé. Si niegan este dolor y tratan de bloquear estas emociones, el duelo podría perpetuarse y complicarse por lo que es fundamental el reconocimiento del dolor y contar con personas que acompañen durante el proceso.
- Tarea 3. **Adaptarse a un mundo sin el fallecido:** los padres/madres tienen que tomar conciencia del papel que desempeñaba el hijo fallecido (en su ideario y en la realidad) y redefinir sus propios roles, las tareas y las metas vitales. Esta adaptación supone asimismo cambios en la propia identidad personal, y deberá conllevar un incremento en la autoeficacia, de tal forma que se halle un significado para la pérdida y se recupere cierto control sobre la vida.
- Tarea 4. **Encontrar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una nueva vida:** la muerte supone la ruptura del vínculo físico y emocional con el fallecido. Sin embargo, las personas no se desligan totalmente los seres queridos que pierden, sino que encuentran formas alternativas de establecer con ellos una re-



lación de vínculo continuo y duradero. Esta recolocación emocional permite a los padres/madres seguir conectados con su hijo fallecido, a la vez que son capaces de crear nuevas relaciones emocionales.

Si el superviviente no realiza las tareas descritas anteriormente, el proceso de duelo puede complicarse persistiendo de forma crónica y disfuncional síntomas propios del duelo. En la última edición de la clasificación de los trastornos mentales recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) se describe el Trastorno por duelo complejo persistente, cuyos criterios diagnósticos se enumeran en la siguiente Tabla 4:

Tabla 4 Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente

La persona ha experimentado la muerte de alguien con quien tenía una relación cercana.	
Desde la muerte, alguno de los siguientes síntomas persiste más de 12 meses con una intensidad elevada:	<ol style="list-style-type: none">1. Añoranza persistente.2. Pena y malestar emocional intensos.3. Preocupación por el fallecido.4. Preocupación por las características de la muerte.
Desde la muerte, al menos seis síntomas persisten más de 12 meses con una intensidad elevada:	<ol style="list-style-type: none">1. Dificultad para aceptar la muerte.2. Anestesia emocional.3. Dificultades para rememorar de forma positiva al fallecido.4. Rabia por la pérdida.5. Autovaloraciones desadaptativas.6. Evitación de los recuerdos de la pérdida.7. Deseos de morir.8. Dificultad para confiar en otras personas.9. Sentimiento de soledad.10. No encontrar significado a su vida.11. Confusión sobre la propia identidad.12. Dificultad para sentir placer.
Malestar clínicamente significativo	
La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales	



En el caso del duelo perinatal, la “relación cercana” debe entenderse como algo más que el contacto físico con el/la bebé (por ejemplo, en muerte neonatal). La relación madre-bebé, se construye en el tiempo y empieza en el embarazo o incluso antes. La propia psico biografía de la mujer, la infancia y el tipo de cuidados que recibimos en el marco de las relaciones de apego de las figuras de vínculo primarias son fundamentales, especialmente para aquellas personas con historias de abuso, negligencia o violencia por parte de sus cuidadores a lo largo del desarrollo.

Según Worden (2013), el duelo complicado se caracteriza por las siguientes reacciones:

- **Crónicas:** el padre o la madre del/la bebé no acepta la pérdida y expresa reacciones de duelo de una duración excesiva.
- **Retrasadas:** la persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida y no elabora el duelo de forma funcional. Los sentimientos que inundan a la persona producen un retraso en el proceso, de tal forma que puede aparecer un duelo pospuesto (duelo no resuelto) muchos años después del fallecimiento. Estas reacciones suelen activarse al pasar por una pérdida posterior, o al toparse con la muerte en algún contexto posterior (ej. aborto de un familiar).
- **Exageradas:** reacciones de elevada intensidad que incapacitan a la persona. Este tipo de reacciones intensas suelen ser susceptibles de intervención especializada en Salud Mental, puesto que suelen darse en personas con trastornos mentales comórbidos, como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, las adicciones o el trastorno de estrés postraumático.
- **Enmascaradas:** la madre o el padre presenta síntomas y realiza conductas desadaptativas, pero no reconoce que estén relacionadas con el fallecimiento y su propia reacción de duelo. Por ejemplo, puede atribuir la fatiga y la anhedonia al estrés laboral o a una enfermedad física.



En la construcción de significado de una pérdida fetal influyen distintos aspectos, como la edad gestacional cuando se interrumpió el embarazo, las experiencias de aborto previas, la existencia de otros hijos vivos o la disponibilidad de recursos personales y sociales que ayuden a afrontar la situación.

En definitiva, los padres y las madres experimentan sentimientos parecidos después de sufrir una pérdida fetal como son el enfado, la sensación de vacío, la soledad y la impotencia, pero el sentimiento de culpa suele darse con mayor frecuencia en las mujeres, siendo habitual que además se atribuyan la responsabilidad de lo ocurrido relacionándolo con sus propios hábitos y conductas y poniendo en duda su capacidad reproductiva (Ruiz Segovia y Rodríguez Muñoz, 2019). En este sentido, es importante el intento de explicar la causa del fallecimiento, puesto que este sentimiento se incrementa cuando las/los profesionales no atribuyen una causa médica concreta al fallecimiento del/la bebé. Cabe recordar que, para muchas madres, la vivencia de una muerte fetal supone un hecho traumático que, además de acabar con el proceso de embarazo, conlleva la interrupción de una de las metas vitales más importantes: la maternidad.





11 PLANIFICACIÓN DE EMBARAZOS POSTERIORES

La decisión sobre cuando volver a intentar buscar un embarazo es muy personal y depende de muchos factores, siendo la disposición emocional de ambos y la superación del duelo por la pérdida anterior los que deben marcar la pauta. En el plano físico, la SEGO (2008) recoge algunas recomendaciones que debemos tener en cuenta:

- Es aconsejable haber superado el duelo por la pérdida anterior. Aunque no hay recomendaciones consensuadas, algunos autores recomiendan esperar no menos de 6 meses desde la pérdida.
- En caso de cesárea se sugiere esperar para un nuevo embarazo entre 18 y 24 meses.
- Haber finalizado el estudio de las causas de la pérdida anterior es de gran ayuda para disipar temores, angustias y culpabilidad. Favorece un afrontamiento más positivo.

11.1 Seguimiento del nuevo embarazo

Se debe realizar en una consulta específica y/o de alto riesgo (puede mejorar la planificación de seguimientos, cuidados y tratamientos).

Asimismo, sería recomendable un seguimiento psicológico activo, con dos objetivos: disminuir las complicaciones emocionales a lo largo de la nueva experiencia de maternidad, y por otro lado, minimizar las complicaciones físicas derivadas de una mayor ansiedad (más posibilidades de intervencionismo, de prematuridad...) Las emociones y sentimientos más presentes en la maternidad arcoíris, suelen ser: angustia, miedo, dolor, amor, distanciamiento emocional con el nuevo bebé, responsabilidad.



En cada trimestre pueden aparecer dificultades nuevas, como por ejemplo:

- En el primer trimestre es raro que los padres/madres experimenten la emoción inicial del embarazo.
- En el segundo trimestre, notar los movimientos del/la bebé puede no traerles la seguridad que esperaban, y conocer el sexo del/la bebé provocará sentimientos encontrados en algunos padres (al coincidir o no, con el sexo del/la bebé que murió).
- Al acercarse la fecha del parto, muchas madres sienten la necesidad de que “saquen al bebé” huyendo emocionalmente de la posibilidad de que muera.

Muchas mujeres se enfrentan a una gran ambivalencia emocional y diversos conflictos, por lo que será necesario un apoyo y seguimiento adicional durante la nueva gestación. El apoyo y seguimiento deben continuar una vez que nazca el/la bebé arcoíris, puesto que toda esa amalgama de sentimientos y emociones pueden extenderse incluso después del postparto (Escudé A., 2018).

No existe ningún protocolo específico para mejorar el resultado de estos embarazos. La frecuencia de las visitas debe realizarse teniendo en cuenta la ansiedad de la pareja. Según la SEGO, la planificación del seguimiento dependerá en primer lugar del conocimiento o no de la causa de la pérdida perinatal anterior. Si no se conoce la causa, el seguimiento debe ser estrecho y se recomienda la finalización en la semana 37.



12 APOYO A LAS/LOS PROFESIONALES TRAS SU ATENCIÓN EN UNA PÉRDIDA GESTACIONAL

El duelo perinatal es una experiencia devastadora para la familia, pero también supone un fuerte desgaste para el personal implicado en su atención. Aunque no todos las/los profesionales se ven afectados de la misma forma, la inmensa mayoría reconoce que su trabajo es emocionalmente difícil.

Si es posible, es importante que no sean siempre las/os mismas/os profesionales los que atiendan estas pérdidas. Establecer un sistema de rotatorio en equipo puede facilitar la reestructuración emocional del/la profesional sanitario/a. Se deben valorar situaciones excepcionales de pérdidas personales que dificultan la gestión de estas situaciones.

Asimismo, se debe asegurar un tiempo de respiro entre la atención a un parto de un bebé muerto y un parto de un bebé vivo.

Es fundamental fomentar el autocuidado: *“para cuidar a los demás, debe antes cuidarse a sí misma/o”*:

- Si es necesario, mostrar nuestros sentimientos a los padres/madres tras la comunicación de la pérdida.
- Reconocer y expresar las propias emociones, así como ser conscientes de nuestros límites físicos y emocionales.
- Compartir experiencias y dificultades con otros compañeros.
- Mantener una adecuada alimentación y descanso.
- Fomentar el trabajo y apoyo en equipo.
- Participar en sesiones clínicas y actividades de formación.
- Realizar grupos de supervisión emocional guiados por profesionales especializados.



13 AUTORÍA

13.1 Redacción, Coordinación de equipo, Dirección técnica, maquetación y creación y edición de imágenes

Delia Peñacoba Maestre, Consejería de Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Mónica López Ventoso, Consejería de Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Marta María Pisano González, jefa de Servicio de atención centrada en la persona y autocuidados.

13.2 Autoría

Isabel M. Álvarez García, Área V: Enfermera. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB).

Salomé Álvarez Rodríguez, Área IV: Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Supervisora Servicio de Partos. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Marta Álvarez González, Área IV: Enfermera especialista en salud mental. Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Sonia Álvarez López, Área I: Enfermera. Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería.



Mónica Armayor Prado, Consejería Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Rosa Patricia Arias Llorente, Área IV: FEA Pediatría y sus áreas específicas. Servicio de Neonatología. AGCP. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Milagros Bada Sánchez, SSCC-SESPA: Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados.

Isabel Bernardo Begega, Área VIII: Enfermera especialista en pediatría. Supervisora en funciones Unidad Materno-Infantil – Partos. Hospital Valle del Nalón

Teresa Bobes Bascarán, Área IV: F.E.A de Psicología Clínica. SESPA. Profesora asociada de Psicología, Universidad de Oviedo. CIBERSAM. ISPA

Beatriz Braña Marcos, Consejería Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Silvia Casaprima Suárez, Área IV: Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Andrea Cuesta Ablanedo, Área V: Enfermera.

Patricia Díaz Azcano, Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

Ana Belén Díez Álvarez, Área IV: Enfermera especialista en pediatría. Supervisora Área Departamento de Formación, Docencia e Investigación de Enfermería del Área IV.



Inmaculada Fernández Fernández, Área V: Matrona. Supervisora del Servicio de Partos. Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB).

Carolina Freitas Cubiella, Área VI: Matrona. Servicio de Partos. Hospital del Oriente de Asturias.

M^a Josefa Gutiérrez Fernández, Área VII: Enfermera Especialista en Pediatría. Supervisora de área de Hospitalización. Hospital Álvarez Buylla.

Isabel Gutiérrez López, Área IV: F.E.A de Psicología Clínica. CS Lugones. AGC Salud Mental.

María González Álvarez, Área V: Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Servicio de partos. Hospital de Cabueñes (HUCAB)

Margarita González López, Área VII: Enfermera Supervisora de Unidad de Obstetricia y Pediatría. Hospital Álvarez Buylla.

Marta Eva Laiz Rodríguez, Área IV: Enfermera especialista en pediatría. Enfermera Supervisora del AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

M^a Angeles Laviana Fernández, Consejería Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Francisco Javier Llamazares Granda, Área IV: F.E.A de Psicología Clínica. Servicio de Salud Mental de Enlace del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Nuria Madueño Pérez, Área V: Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Gi-



necológica (Matrona). Supervisora de maternidad. Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB)

Delia Peñacoba Maestre, Consejería de Salud: Enfermera, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

M^a Ángeles Maestre García, Área VIII: Enfermera especialista en pediatría. Supervisora en funciones Unidad de Calidad. Hospital Valle Nalón.

Sara Martínez Barrondo, Área IV: FEA Psiquiatría. Psiquiatría de Enlace. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Aránzazu Muñoz Mancisidor, Área III: Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica. Supervisora de Área Materno Infantil. Hospital Universitario San Agustín (HUSA).

Estefanía Morán Suárez, Área IV: Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Zulima Palencia González, Área II: Matrona. Hospital Carmen y Severo Ochoa - Cangas del Narcea.

Cristina Pellicer Corellano, Área IV: TCAE. Servicio de Partos. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Aida Riegas Fernández, Área VII: Matrona. Atención Primaria

Olaya Rubio Vílchez, Vocal de la Asociación Brazos Vacíos.



Vanesa Suárez Suárez, Área VI: Matrona. Servicio de Partos. Hospital del Oriente de Asturias.

Eva Tubío Arcos, Área V: Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Tratamiento Integral (CTI) Montevil.

Oscar Vaquerizo Ruiz, Área V: FEA Ginecología y Obstetricia. Jefe de sección de Obstetricia. Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB).

Paula Zurrón Madera, Área IV: Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental II-La Corredoria.

13.3 Colaboradores

Beatriz Camporro Rocés, Área IV: FEA Psiquiatría. Coordinadora AGC de Salud Mental.

María de los Ángeles Ezquerro Sáez, EIR Enfermería Familiar y Comunitaria.

Marcelino García-Noriega Fernández, Área VIII: Pediatra. Director de la AGC de Pediatría de Hospital Valle del Nalón

Adela Martín González, Área VIII: FEA. Ginecología y Obstetricia. Hospital Valle del Nalón.

María Martínez Fidalgo, EIR Enfermería Familiar y Comunitaria.

Gonzalo Solís Sánchez, Área IV: FEA Pediatría. Jefe del Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)



BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.).

Asociación Española de Pediatría. "Libro blanco de la muerte súbita infantil".2013. (Internet) Disponible en: <https://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-subita-infantil/documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil>

Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. "Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal" 2009 [Internet]. Disponible en: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>

Bakbakhi D, Burden C, Storey C, Siassakos D. Care following stillbirth in high-resource settings: latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2017;6-11. doi:10.1016/j.siny.2017.02.008

Capítulo, K. L., Ramírez, M., Grigoroff-Aponte, B. y Vahey, D. C. (2010). Psychometric testing of the new Spanish short version of the perinatal grief scale to measure perinatal grief in Spanish-speaking parents. *Hispanic Health Care International*, 8(3), 125-135.

Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Martín A, Jort S, Sánchez D, et al. Informe Umamanita: encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. 1ª ed. Girona: Asociación Umamanita; 2018.

Díez Álvarez. A, Láiz Rodríguez. M. Plan de abordaje de la muerte gestacional y perinatal. Proyecto febrero 2019.



Elorz López, J. Guía para la atención a la muerte perinatal. TFG enfermería Universidad Pública de Navarra. 2016. Disponible en: <https://academica-e.unavarr.es/xmlui/handle/2454/23434>

S.González Castroagudín, I. Suárez López. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. 2013 (internet). Disponible en: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf

HUVM .Protocolo-guía muerte fetal y perinatal. 2016

Keane H. Foetal personhood and representations of the absent child in pregnancy loss memorialization. Fem Theory. 2009; 10(2):153-171. doi:10.1177/1464700109104922.

Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. N Engl J Med. 1970; 283(7):344-349.

Lewis E. Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. Arch Dis Child. 1979; 54(4):303-306.

López García de Madinabeitia A P. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2011; 31(109):53-70.

Martínez CS. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. Enferm Inv. 2018; 3(1):10-5.

Montero SM. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa [Tesis]. Universidad de Alicante; 2016.



Mota González, C.; Calleja Bello, N. Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *rev.latinoam.psicol.* Sep-dec 2011; v.43, n.3.

Páez ML, Arteaga LF. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Arch Med.* 2019; 19(1):32-45.

Paramio-Cuevas JC. Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Cádiz; 2016.

Payás Puigarnau, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Potvin, L., Lasker, J.N. & Toedter, L.J. (1989). Measuring grief: A short version of Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 1989; 11, 29-45.

Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, Brosens JJ, Brewin J, Ramhorst R, Lucas ES, McCoy RC, Anderson R, Daher S, Regan L, Al-Memar M, Bourne T, MacIntyre DA, Rai R, Christiansen OB, Sugiura-Ogasawara M, Ondaal J, Devall AJ, Bennett PR, Petrou S, Coomarasamy A. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet.* 2021 May 1; 397(10285):1658-1667. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6. Epub 2021 Apr 27. PMID: 33915094.

C. Rengel Díaz "Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto" *Artículo de Enfermería Docente* 2010; 91: 37-43



Ridaura, I., Peleo, E. y Raich, E. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48. Doi: 10.7334/psicothema2016.151.

Roncallo P. Los profesionales ante la muerte perinatal: estrategias de autocuidado y apoyo mutuo. *Revista MDP*. 2018;(4):35-40.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth [Internet]. Green-top Guideline No. 55. Octubre 2010. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/>

Ruiz Segovia, N., Rodríguez Muñoz, M.F. (2019). Pérdidas en el período perinatal. En María de la Fe Rodríguez Muñoz (Coord.), *Psicología perinatal: Teoría y Práctica*. Ediciones Pirámide. ISBN digital: 978-84-368-4111-4

Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., Al-Adib Mendiri, M. (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. ISBN: 978-84-606-7510-5.

P.Santos, A.Yáñez. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015 (Internet). Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actuación psicósomática en las pérdidas fetales y perinatales. Protocolos SEGO 2010. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-linkresolver-actuacion-psicosomatica-perdidas-fetales-perinatales-S0304501310004553>



Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia en la muerte perinatal. Protocolos SEGO 2021.

Vega. E, Chardon. E, Gomez. F, Mercado. A, Elizondo, C. Diseño de Algoritmo Interdisciplinario de Intervención en Duelo Perinatal. Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina, vol. XIX, núm. I, 2018. Disponible en: <https://www.aacademica.org/celeste.elizondo/3>

Worden, W. J. (2013). El tratamiento del duelo (trad. de G. Sánchez) (4.a ed.). Barcelona: Paidós.



15 GLOSARIO

Analgesia epidural obstétrica: técnica de bloqueo nervioso central cuyo objetivo es el alivio del dolor del trabajo de parto mediante la introducción de fármacos, habitualmente anestésicos locales, en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.

Anhedonia: Incapacidad para disfrutar de las cosas.

Autopsia: examen de un cadáver para determinar las causas de la muerte.

Comorbilidad: Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona. También se llama morbilidad asociada.

Compasión: reconocimiento del sufrimiento, que mueve a procurar aliviarlo.

Cuidados terapéuticos: prácticas y conocimientos encaminados a tratar dolencias y afecciones con la finalidad de lograr la curación o minimizar los síntomas.

Duelo: proceso de adaptación que atraviesa una persona que ha sufrido algún tipo de pérdida.

Eco- Doppler fetal: es un estudio por imágenes que mediante ultrasonidos valora el flujo de sangre en arterias y venas tanto maternas como fetales para valorar el estado fetal.

Ecosistema: Comunidad de los seres vivos cuyos procesos vitales se relacionan entre sí y se desarrollan en función de los factores físicos de un mismo ambiente. R.A.E (Real Academia Española)

Empatía: capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. R.A.E (Real Academia Española)

Estado de shock emocional: es una reacción que manifiesta una persona que ha sufrido una situación estresante o un hecho traumático. Es una respuesta psicológica para enfrentarse a hechos en los que se ha sido protagonista o testigo.

Estetoscopio de Pinard: herramienta utilizada para escuchar los latidos cardiacos fetales intraútero.



Estudio anatomopatológico: Es el estudio de las características de una muestra de tejido, las cuales nos indican que tipo de enfermedad se padece y, en el caso de tumores, si éstos son benignos o malignos.

Estudio citogenético: Estudio de los cromosomas, que son cadenas largas de ADN y proteínas que contienen la mayor parte de la información genética en una célula. La citogenética sirve para ayudar a diagnosticar enfermedades o afecciones, planificar el tratamiento o determinar si el tratamiento es eficaz.

Hipoxia: es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de los mismos.

Isquemia: déficit de riego sanguíneo, generalmente localizado, de un tejido u órgano del cuerpo.

Lactogénesis: es el inicio de la síntesis y secreción de la leche por las células epiteliales de los alvéolos mamarios.

Neonato: Un neonato también se denomina recién nacido. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé.

Oligoamnios: escasez de líquido amniótico durante la gestación.

Registro cardiotocográfico: prueba no invasiva de bienestar fetal realizada en la gestación mediante sensores colocados en el abdomen materno, a través los cuales se obtiene una gráfica de la frecuencia cardiaca fetal y otra gráfica de la actividad uterina.

Sonicaid: Aparato portátil utilizado para escuchar el latido fetal. Sonicaid® es la marca de una empresa que lo fabricaba. La palabra "Sonicaid" se usa genéricamente para los monitores fetales Doppler.

Test de Apgar: es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del/la bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el/la bebé el proceso de nacimiento.



16 ANEXOS

16.1 Anexo I: Recomendaciones. Comunicación de la muerte

IDENTIDAD

- Presentarnos por nuestro nombre y categoría profesional y explicarles que vamos a acompañarles **en este proceso**. Es necesario **que tengan claro con quién están hablando y qué rol desempeña en el proceso**.
- A ser posible, debe ser el **facultativo responsable** el que comunique la noticia.
- Es aconsejable dentro de lo posible, que sea el **mismo equipo el que acompañe tanto a la mujer como a su pareja durante todo el proceso**.
- Referirnos al bebé por su nombre, en caso de saberlo. Evitar hablar de “el feto”, “fetito”, “embrión “. **Si no tiene nombre, referirnos a él/ella como bebé, hijo o hija**.

ENTORNO

- Se debe informar a la mujer junto a su pareja o acompañante en un **ambiente de intimidad y tranquilidad**, asegurando el acompañamiento durante todo el proceso.
- Procuraremos asegurar que nadie va a interrumpir ni molestar. Debemos generar un ambiente de calma, sin prisas, generando un entorno de respeto e interés.

CONTEXTO

- Antes de comunicar la noticia es aconsejable recopilar toda la información que sepamos de la mujer y su pareja tanto clínica como sociocultural y la situación actual.
- También es importante valorar sus conocimientos, sospechas, motivos de consulta, si la gestante ha acudido a urgencias refiriendo disminución de movimientos fetales, si nos encontramos ante un hallazgo ecográfico en una revisión de rutina, si estamos ante una muerte neonatal... ya que habrá que adaptar nuestra atención a cada circunstancia.



DIRIGIRSE EQUITATIVAMENTE A AMBOS PROGENITORES

- Evitar dar por supuesto determinados roles al dirigirnos a la gestante y su pareja (Ej: el padre debe ser fuerte y no llorar para apoyar a su mujer). Nunca la situación para ambos será la misma, por motivos obvios, sin embargo, el padre también está sufriendo, por lo que lo ideal es que ambos participen en todo el proceso y tomen decisiones consensuadas en la medida que sea posible y ellos demuestren que así lo desean. (Darles la oportunidad de que lo demuestren, comunicarse con ambos progenitores dándoles la información relevante y necesaria para cada situación, darles espacio para que hablen entre ellos y nos den una respuesta meditada).

TRANSMISIÓN DEL MENSAJE

- La información ha de darse de forma clara y concisa mediante un lenguaje sencillo evitando tecnicismos.
- Es aconsejable dar la información de forma gradual, de forma honesta y asegurándonos que han entendido todo lo que les explicamos.
- En caso necesario, volveremos a explicar desde el inicio con calma hasta asegurarnos que han entendido la situación.

PACIENCIA Y ESCUCHA ACTIVA

- Tenemos que ser pacientes y dar tiempo a la pareja para que vayan asimilando la noticia y debemos contestar las preguntas que van surgiendo: ¿qué ha pasado?, ¿por qué a mí?, ¿ahora qué va a pasar?... en la medida que nos sea posible.
- Está demostrado que tener la información adecuada genera sensación de control de la situación y esto ayuda a la elaboración de este proceso de duelo.



ACONSEJAR, NO OBLIGAR

- En este proceso se tendrán que enfrentar a decisiones importantes que les pueden generar gran ansiedad puesto que están en un estado de shock e incredulidad ante un suceso que estaba fuera totalmente de sus expectativas y que ha dado un duro revés a su futuro.
- Hablarle del tipo de parto, de ver a su bebé fallecido, de llevarse una caja de recuerdos, despedirse de él, hacer fotografías, realizar una necropsia, conocer que la lactogénesis es un proceso fisiológico natural tras todo parto, decidir sobre la disposición del cuerpo etc., son elecciones que puede suponer un estrés emocional importante. Sería lógico y normal que se sientan perdidos sin saber qué hacer ni cómo actuar ya que son situaciones que nunca se habían planteado tener que vivir.
- Es importante no obligar ni forzar a hacer algo de lo que no están seguros ni, aunque consideremos que será en su beneficio. Debemos aconsejarles desde la evidencia científica de las consecuencias positivas que ciertos rituales o acciones tendrán en el procesamiento de su duelo futuro.
- Hemos de explicar el momento actual y todas las posibles opciones sin presionar ni acelerar la toma de decisiones por parte de la mujer y su pareja, dándoles el tiempo que necesiten.

COMPRESIÓN, NO JUZGAR

- Ante una misma situación de estrés cada persona reacciona de una manera distinta, por lo que podemos ser testigos de reacciones o emociones que se escapen de nuestro entender o comprensión: Las primeras reacciones pueden ir desde embotamiento emocional (ausencia de emociones) hasta desbordamiento emocional



con gran emotividad. Existen diferentes pautas de actuación ante las diferentes reacciones:

- o Shock emocional: Enlentecer discurso, dar tiempo para asimilar, hacer preguntas, facilitar que hable.
- Llanto: Compañía en silencio.
- Enfado/Ira: Compañía, comprensión.
- Desbordamiento: Contacto físico, arropar, alentar a hablar.
- Crisis de ansiedad: Técnicas de relajación, respiración.
- Negación: Respetar sus tiempos antes de seguir con la información.
- Evitar siempre generar juicios de valor ya que cada persona es diferente. Los sentimientos que nos generan y nuestros posibles enjuiciamientos pueden interferir en nuestra labor asistencial.
- Respetar sus momentos de expresión de dolor, nunca interrumpirlos ni reprimirlos sino acompañarlos en el proceso haciéndoles entender que estamos con ellos.
- Mostrar nuestro pesar por su pérdida, no puedes aliviarles el dolor ni quitárselo, pero si hacerles sentir que no están solos, demostrar nuestra cercanía y empatía.

ACOMPañAR EMOCIONALMENTE

- Las familias dan las gracias y sienten consuelo ante el personal sanitario que expresa sus emociones.
- No derrumbarnos ni llorar desconsoladamente, pero si mostrar nuestro pesar y tristeza por la muerte y su dolor.
- Durante el acompañamiento somos la figura de sustento y apoyo, que se escapen unas lágrimas no suponen ningún problema, pero si nos implicamos tanto emocionalmente como para venirnos abajo y perder la objetividad, bien debido a la intensa carga emocional de la situación o por nuestras circunstancias personales, quizás es mejor pedir ayuda a un compañero/a.



- Respetaremos tanto sus momentos de silencio acompañándolos con nuestra presencia. Tendremos en cuenta que a veces el silencio en estos casos puede dar más apoyo y compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios que no resultan apropiados.
- Respetar también sus momentos en familia, dejándoles a solas por ratos, pero informándoles que estamos cerca.

LENGUAJE NO VERBAL

- Hemos de cuidar cómo damos la información ya que tan importante es lo que decimos como, cómo lo decimos.
- Nuestro lenguaje corporal (gestos, postura, mirada, tono de voz, timbre...) ha de ser de cercanía y de empatía:
 - o Sentarnos a su lado, cuidar nuestra posición, estar a su altura y nivel en todos los sentidos
 - Mantener la mirada a los ojos, cuando hablamos e incluso cuando acompañamos en silencio.
 - No cruzar los brazos.
 - No mostrar prisa.
 - Realizar pequeños gestos como coger la mano, acariciar, poner la mano en el hombro...
 - Observar lo que nos comunican con sus gestos y valorar las necesidades individuales en cada caso pues puede que en ocasiones prefieran estar solos o mantener distancia con nosotros.



CONSULTA DE SEGUIMIENTO

- Es muy recomendable hablar con los padres/madres y dejar abierta la posibilidad de una consulta unas semanas después del acontecimiento. Tras ese estado de shock, negación e incredulidad que suele acompañar los momentos iniciales, pueden aparecer muchas dudas que si no son resueltas van a dificultar una adecuada elaboración del proceso de duelo.

QUÉ DEBEMOS EVITAR DECIR

- Ciertas expresiones pueden ser utilizadas en su mayoría por desconocimiento y no solo no ayudan si no que pueden ahondar más su dolor. No utilizar frases que culpabilizan, exijan serenidad o que resten importancia a lo sucedido.

Evitar decir:

- “No llores”.
- “Es mejor de esta manera”.
- “Podría haber sido peor si...”
- “El tiempo lo cura todo”.
- “Eres aún joven y podrás embarazarte de nuevo”.
- “Seguro que el siguiente embarazo saldrá bien”
- “Al menos ya tienes un hijo”.
- “Mejor ahora que más adelante”
- “Tendréis más hijos”.
- “Tienes que ser valiente”.
- “Se fuerte”.
- “Mejor que no lo veas”.



- “Sé fuerte por tus hijos, pareja, familia”.
- “Todo pasa por laguna razón; es el destino...”
- “Es la voluntad de Dios”.
- “Ahora tienes un angelito”.
- “Dios necesitaba otra flor en su jardín”.
- “Al menos no llegaste a conocerle bien”.
- “Ahora está en un lugar mejor”.

QUÉ PODEMOS DECIR

- “Lo siento mucho”.
- “Lloren si lo necesitan”.
- “No me molesta que lloren”.
- “Me gustaría que las cosas hubiesen sido de otra manera”.
- “Podemos hablar más tarde”.
- “No os quedéis con dudas, preguntad lo que necesitéis”.
- “Siento lo que les ha pasado”.
- “Me imagino cuánto querrían a ese bebé”.
- “La verdad es que no sé muy bien que decirles”.
- “Tienes un bebé precioso/a”.



En ocasiones el silencio o un gesto adecuado es mejor cuando no se sabe qué decir.

“Hay palabras que no dicen nada y silencios que lo dicen todo”



16.2 Anexo II: Conservación de recuerdos. Pautas de actuación

La caja de recuerdos es un elemento que funciona en conjunto con un equipo formado y sensibilizado en muerte gestacional, perinatal y neonatal. Es una herramienta que, dependiendo del tamaño de la caja y el tipo de pérdida, puede ser usada para expresar un sentimiento de condolencia por parte del equipo sanitario, o puede ser usada por la familia junto con el/la profesional sanitario.

Existen matices en los cuidados u opciones de recuerdos que se pueden ofrecer a la familia de un bebé que muere intraútero en el primer, segundo o tercer trimestre, y un bebé que fallece de manera prematura o en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Aun así, es importante destacar que no debe medirse el dolor por las semanas de gestación o días de vida, sino que debemos fijarnos en lo que esa pérdida significa para esta familia en particular, y para ello se reflejan aquí algunas sugerencias de intervención:

- Informar a la madre y familia de la posibilidad de sostener a su bebé y participar en su aseo, así como de hacer fotografías y/o guardar recuerdos físicos.
- Evitar las prisas, transmitir calma y averiguar cuáles son sus miedos para poder hablar sobre ellos. Entender que estas decisiones requieren tiempo, delicadeza y acompañamiento respetuoso.
- Es importante tener en cuenta siempre que, cualquier decisión que tome la familia será aceptada, sea cual sea la semana de gestación. Podemos encontrarnos con pérdidas muy tempranas en las que la familia quiera reunir todos los recuerdos posibles o familias con pérdidas muy avanzadas que quieran reunir muy poco o nada.
- Se respetarán en todo momento las creencias religiosas y culturales de la familia.
- **Muerte intrauterina.** Para una mujer que opte por realizar manejo expectante, es decir, expulsión natural (con o sin fármacos), una vez conocido como quie-



ren manejar la pérdida, la caja se le ofrece a la familia explicando el contenido y se les propone que decidan ellos lo que quieran usar o no. El/la profesional sanitario/a muestra su colaboración en todo lo que necesiten para crear los recuerdos, siempre proponiendo que las propias madres/padres sean quienes confeccionen los recuerdos.

- Se pueden explicar las diferentes opciones que hay para crear recuerdos, haciendo uso de los folletos sobre cómo crear recuerdos, hacer fotos, etc., y si la familia decide participar serán ellos quienes decidan lo que se introducirá en la caja.
- **Muerte neonatal.** Cuando un bebé lleva algunos días o semanas en la unidad de cuidados intensivos la familia ha tenido la oportunidad de pasar tiempo con su bebé y es poco frecuente que haya una reacción de huida. Dependido del tiempo transcurrido puede que la familia haya tenido tiempo para ir trayendo objetos y/o ropa para su bebé(s). Hay que tener mucha sensibilidad en cómo y cuándo introducir la caja de recuerdos porque, aun cuando haya un diagnóstico limitante de vida, los padres/madres no pierden la esperanza de que su bebé se vaya a recuperar.

PROPUESTA DE RECUERDOS

Además de recoger objetos que hayan estado en contacto o relacionados con el/la bebé, existe la posibilidad de realizar huellas y fotografías al bebé (con o sin familia).

- Documento que refleje los datos relacionados con el nacimiento (nombre y apellidos, día y hora de nacimiento, peso si fuera posible)
- Pulsera identificativa del/la bebé. Se colocarán 2 pulseras al bebé, una para que permanezca identificado en todo momento y otra para entregar a la familia.
- Pinza del cordón umbilical.



- Mechón de pelo
- Objetos que estuvieron en contacto con el/la bebé: gorro, chupete, camiseta, manta, etc.
- Tarjeta de la cuna/incubadora con los datos si la hubiera
- Toma de huellas en cartón o material moldeable para su impresión
- Valorar cualquier objeto que la familia proponga y que no se haya tenido en cuenta
- Se pueden incluir dípticos informativos sobre el manejo del duelo, información a los hermanos y familia, la vuelta a casa, etc.
- Informar de los beneficios de realizar fotografías al bebé fallecido:
 - Confirma que existió y murió.
 - Permite recordar cómo era.
 - Proporciona la posibilidad de mostrar a otros miembros de la familia y/o entorno su existencia y fallecimiento.
 - En el caso de los neonatos fallecidos es importante ofrecerles la posibilidad de tomar fotos del/la bebé fuera de la incubadora o cuando se retiren vías, cables y otros dispositivos que pueda portar.

TOMA DE FOTOGRAFÍAS

En el caso de que la familia acepte la realización de fotografías:

- Dejarles tiempo a solas antes de hacer las fotos.
- Ofrecer nuestra colaboración para que ellos se centren en la despedida.
- Despejar la habitación/box de todo el material hospitalario que no sea necesario.
- Evitar los momentos de mayor emoción.
- Fotografiar al bebé solo o acompañado de la forma más natural posible, informar que quizá prefieran solo hacer fotos de alguna parte del niño (manos, pies).



Consideraciones legales:

- Los menores de edad vivos o fallecidos están bajo la patria potestad de sus progenitores (artículo 154 del Código Civil).
- Siempre se deberá obtener la conformidad de los progenitores o tutores legales para tomar imágenes en las que aparezcan menores (Ley 1/1982 del 5 de mayo sobre el derecho a la honra intimidad personal y familiar y a la propia imagen).
- Si las fotos son tomadas con cámaras o dispositivos móviles de la familia será únicamente necesario una autorización verbal, pero si son tomadas con cámaras propiedad del hospital y queden o no bajo su custodia, será preciso una autorización por escrito.

16.3 Anexo III: Autorización de Enterramiento de Fetos

Es el documento que deberá firmar la familia cuando no deseen (o no puedan) hacerse cargo del feto nacido sin vida; en este caso, se autoriza al Hospital para que efectúe los trámites judiciales y extrajudiciales para su enterramiento en el cementerio de la ciudad. (Decreto 72/98, de 26 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria en el ámbito del Principado de Asturias).

hUCA+
hUCA+ HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
OVIEDO

Día/Día _____
con D.N.I. nº _____ en calidad de _____
autorizo a la Dirección del Hospital Universitario Central de Asturias para que se
haga cargo del feto procedente de Dña. _____
y efectúe los trámites judiciales y extrajudiciales para su enterramiento en el
cementerio de esta ciudad.

Queda a _____ de _____ de 20____

Firmado: _____



16.5 Anexo V. Declaración y Parte de Alumbramiento de Criaturas Abortivas

Está incluido en el Boletín Estadístico de Parto; es un documento que irá firmado por un representante de la madre, el médico que la asistió y el encargado del Registro Civil que levante el acta.

N.º 0001093 /11

Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas

Datos del feto:
 Día en que se produjo el alumbramiento _____, mes _____, año _____
 Hora del alumbramiento _____ Lugar del alumbramiento _____
 _____ y de su muerte _____
 ¿Murió antes del parto? _____ ¿En el parto? _____ ¿Después? _____
 En este último caso dígame fecha y hora de la muerte _____
 Tiempo aproximado de vida fetal _____
 Sexo _____

Datos de la madre:
 Apellidos _____
 Nombre _____
 Edad _____ Hija de _____ y de _____
 Domicilio _____
 Los anteriores datos se conocen _____

Datos del declarante:
 Apellidos _____
 Nombre _____ Hijo de _____ y de _____
 Estado _____ Profesión _____
 Natural de _____ con domicilio en _____
 D.N.I. _____ Relación con la madre _____
 En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del declarante y del facultativo que asistió a la madre. En la autografía de éste póngase el nombre y apellidos y número de colegiación)

El Encargado del Registro Civil de _____
 a la vista de la declaración y parte recibida, acuerda levantar la presente acta, expedir la licencia de inhumación y archivar esta documentación en el legajo de abortos, al que se incorpora con el número _____
 En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del Encargado)



16.6 Anexo VI: Autocuidados

Autocuidado físico

- Higiene diaria: ducha diaria con agua y jabón. Evitar baños de inmersión, incluidos baños en playas y piscinas, durante los primeros días, especialmente mientras dure el sangrado. Si tiene algún tipo de herida (cesárea, episiotomía o desgarro) procurar mantenerla limpia y seca. Cambiar frecuentemente la compresa. Evitar el uso de tampones. Las heridas cicatrizarán en aproximadamente de 7 a 10 días
- Consultar: si los loquios (sangrado vaginal) son muy abundantes, persisten durante muchos días o tienen mal olor. Aparición de fiebre. Si los puntos de sutura están enrojecidos, la zona está caliente o tiene algún tipo de secreción. Si tiene molestia al orinar. Si se produce ingurgitación mamaria (pechos endurecidos y con dolor).
- Actividad: no realizar esfuerzos ni tareas pesadas y prolongadas, establecer períodos de descanso, durante los días que le recomiende la matrona o indicaciones médicas.
- Cuidados en la lactogénesis: indicaciones individualizadas tras haber decidido; inhibición de la lactancia (fisiológica o farmacológica), si va a iniciar o continuar con la lactancia a hermanos. Donación al banco de leche.

Autocuidado emocional

- Sentirse vulnerable, sentir emociones contradictorias, tener miedo, sentir dolor y confusión, es normal. Acepta tus emociones.
- Expresa emociones: llora, verbaliza, escribe.
- Date tiempo. Sanar emocionalmente tiene sus tiempos, altibajos e intensidades.
- Ten paciencia contigo misma.
- Si puedes, no tomes decisiones importantes, es conveniente aplazarlas hasta sentir que piensas con claridad y serenidad.
- Mantén la higiene diaria, la alimentación, el ejercicio físico cuando puedas realizarlo.



No las descuides, aunque te requiera un esfuerzo emocional.

- Como en todos los procesos y padecimientos, no es recomendable la automedicación, consulta si crees que es necesario.
- Intenta buscar y, sobre todo, aceptar apoyo emocional de familia y amigos.
- Date permiso para descansar y disfrutar.
- Intenta crear y buscar momentos que te produzcan bienestar.
- Confía en ti misma y en tus recursos para superar una situación tan indeseable, impredecible y/o inevitable.
- La práctica de yoga o meditación ayuda física y emocionalmente.

Autocuidado social

- Apóyate en tu pareja, familia y/o amigos.
- Únete a grupos de apoyo. Compartir con otras mujeres y familias experiencias semejantes te hará sentir comprendida. Son un valioso recurso para compartir e intentar superar situaciones comunes y te proporcionarán información adicional que te servirá de ayuda.

Autocuidado espiritual

- La práctica de meditación puede ayudarte a experimentar paz y bienestar.
- Asistir a un servicio religioso puede proporcionarte la misma sensación de bienestar, paz y sosiego que con la práctica de la meditación.
- El contacto con la naturaleza puede ayudarte a reducir el estrés, evadirte momentáneamente y relajarte.

Autocuidados e información durante la lactogénesis

- Inhibición farmacológica de la lactancia: vigilar que el pecho no aumente de tamaño, duela o esté a tensión, en cuyo caso es conveniente ponerse en contacto con la matrona en tu centro de salud.



- Inhibición fisiológica de la lactancia: es conveniente realizar pequeñas extracciones, mínimo 5 veces al día hasta que la secreción desaparezca por completo. La extracción debe ser de la mínima cantidad posible, justo para aliviar el dolor y que no se produzca el efecto contrario, es decir, producir más leche. Aplicar frío local entre las extracciones para aliviar el dolor si existiese y analgésicos si son necesarios. El calor húmedo antes de la extracción ayudará a facilitar la salida de la leche. Esta forma de inhibición se puede alargar en el tiempo hasta su supresión completa.
- Lactancia a hermanos: si estás dando el pecho a otro hijo en el curso de este embarazo en el que se ha padecido la pérdida, es posible continuar el tiempo que madre e hijo/a deseen. La leche puede disminuir temporalmente por el estado emocional que estas atravesando.
- Donación al banco de leche: el hecho de ayudar a otras/os niña/os con tu propia leche puede ser reconfortante y es de ayuda para la recuperación física y emocional. Desde el punto de vista neurobiológico, esta opción puede tener un efecto preventivo del duelo patológico, ya que las dos hormonas implicadas en la lactogénesis y en la galactopoyesis, la oxitocina y la prolactina, son neuromoduladores. Si has tomado la decisión, podemos ofrecerte unas pautas básicas de funcionamiento del banco de leche (técnica de extracción, manipulación y conservación de la leche...) para que ellos mismos las amplíen cuando te pongas en contacto con ellos.

Autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, su salud y bienestar.

Es dedicarnos tiempo y saber reconocer nuestras necesidades físicas, mentales y emocionales.



16.7 Anexo VII: Escala de Duelo Perinatal

La Escala de Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale-PGS) es un instrumento psicométrico que se ha aplicado en numerosas investigaciones sobre pérdidas perinatales, en estudios conducidos con el propósito de evaluar la duración del duelo perinatal, el efecto de un nuevo embarazo en el transcurso del duelo y la asociación entre la intensidad del duelo y la edad gestacional. Se trata de una escala que originalmente constaba de 84 ítems, pero que, dada su longitud, fue validada y reducida a 33 ítems. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta y se distribuyen en tres subescalas:

- **Duelo activo:** reacciones normales de duelo ante una pérdida (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 19).
- **Dificultad para afrontar la pérdida:** describe el estado de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social y problemas en la relación de pareja (ítems 2, 4, 8, 11, 21, 24, 25, 26, 28, 30, 33).
- **Desesperanza:** síntomas que perduran en el tiempo y que dependen, entre otras cosas, de los recursos de afrontamiento de las mujeres que experimentan el duelo (ítems 9, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 32).

En cuanto a su corrección e interpretación, la PGS tiene un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta que oscilan desde (1) totalmente en desacuerdo hasta (5) totalmente de acuerdo. Para extraer la puntuación final en la PGS-33, se contabilizan las X de cada columna, excepto de las afirmaciones 11 y 33 que son ítems invertidos. Posteriormente se multiplican por 5 el número de "X" de la columna situada debajo de "Totalmente de acuerdo", por 4 las de "De acuerdo", por 3 las de "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", por 2 las de la columna de "En desacuerdo" y por 1 "Totalmente en desacuerdo".



Guía de atención al duelo gestacional y perinatal

Cada una de las subescalas tiene una puntuación mínima de 11 y máxima de 55. La suma de las tres subescalas oscila entre 33 y 165 puntos. Una puntuación igual o mayor que 90 indica morbilidad psiquiátrica, por lo que será ese punto de corte una de las variables a tener en cuenta para derivar a la mujer al servicio de Salud Mental.

Para cada afirmación, marque una X en la casilla que mejor indica su grado de acuerdo o desacuerdo en el momento actual.

Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me siento deprimida.					
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas.					
3. Me siento vacía.					
4. No puedo realizar las tareas cotidianas.					
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé.					
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé.					
7. Estoy asustada.					
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé.					
9. Tomo medicación para el nerviosismo.					
10. Extraño mucho a mi bebé.					
11. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé.					
12. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé.					
13. Me enojo cuando pienso en mi bebé.					
14. Llora cuando pienso en mi bebé.					
15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé.					



Cada afirmación es un pensamiento o sentimiento que algunas personas podrían tener cuando han perdido a su bebé, como es su caso. No hay respuestas acertadas o incorrectas para estas afirmaciones.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé.					
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé.					
18. Intento reír pero ya nada me parece gracioso.					
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé.					
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé.					
21. Siento que decepcioné a gente por la pérdida de mi bebé.					
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé.					
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé					
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé.					
25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez.					
26. Me siento como muerta en vida.					
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé.					
28. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos.					
29. Siento que es mejor no amar.					
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones.					
31. Me preocupa cómo será mi futuro.					
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra.					
33. Es maravilloso estar vivo.*					





Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Cuidados,
Humanización y Atención Sociosanitaria