



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

**INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN EL DUELO
PERINATAL. PROPUESTA DE
PLAN DE CUIDADOS**

Paula Arthaud Manzanera

Tutora: María Simarro Grande

Cotutora: Inmaculada Fernández Alonso

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme y ayudarme con este proyecto de principio a fin.

A mis tutoras por su tiempo y su esfuerzo.

A todas las mujeres que sufren un duelo perinatal, por enseñarme a reconocer su importancia y motivarme para aportar mi granito de arena y dar visibilidad a este proceso.

RESUMEN

El duelo perinatal se define como el proceso de adaptación fisiológica de los padres y el entorno familiar frente a la pérdida de su bebé, ya sea en el embarazo, o durante los primeros días de vida del mismo.

Este fenómeno de aceptación tras la muerte de un hijo genera en quien lo sufre una serie de consecuencias físicas, emocionales y psicológicas. Además, pueden producirse algunas complicaciones, como el desarrollo de un duelo patológico o trastornos psiquiátricos.

El objetivo de este trabajo es describir el proceso de duelo y cómo afecta a quienes lo viven, así como identificar las intervenciones de enfermería más adecuadas y elaborar un plan de cuidados que permita satisfacer las necesidades de la mujer tras la pérdida perinatal.

Para la consecución de estos objetivos se ha desarrollado una base teórica a partir de una búsqueda bibliográfica, además de la formulación del plan de cuidados de enfermería mediante la nomenclatura NANDA, NOC y NIC.

A pesar de que el duelo perinatal es considerado como un proceso fisiológico, genera un gran impacto en la vida de la mujer, así como en su entorno familiar. Es por esto que la intervención de enfermería se vuelve fundamental en el transcurso del duelo. Asimismo, la falta de formación y la incertidumbre que genera el abordar esta situación en las enfermeras, pone de manifiesto la necesidad de crear un plan de cuidados estandarizado que sirva como guía para una correcta actuación.

Palabras clave: duelo perinatal, madre, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Perinatal bereavement is defined as the process of physiological adaptation of parents and the family environment when faced with the loss of their baby either in pregnancy, or during the first days of their life.

This phenomenon of acceptance after the death of a child generates in those who suffer from it a series of physical, emotional and psychological consequences. Furthermore, some complications may occur, such as the development of pathological bereavement or psychiatric disorders.

The aim of this work is to describe the grieving process and how it affects those who endure it, as well as to identify the most appropriate nursing interventions and develop a care plan to meet woman's needs after perinatal loss.

For the achievement of these objectives, a theoretical basis has been developed from a bibliographic review, in addition to the formulation of the nursing care plan through the NANDA, NOC and NIC nomenclature.

Although perinatal bereavement is regarded as a physiological process, it has a great impact on women's lives as well as on their family environment. That is why nursing intervention becomes fundamental during the course of grief. Moreover, the lack of training and the uncertainty when addressing this situation in nursing professionals, highlights the need to create a standardized care plan that serves as a guide to proper action.

Keywords: perinatal bereavement, mother, nursing care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGÍA	5
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1 EL EMBARAZO Y LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO	8
4.2 PÉRDIDA PERINATAL Y TERMINOLOGÍA ASOCIADA	9
4.2.1 Éxitus o muerte fetal	10
4.2.2 Éxitus o muerte neonatal	11
4.2.3 Otras pérdidas que pueden originar un proceso de duelo	12
4.3 EL DUELO PERINATAL	13
4.3.1 Definición	13
4.3.2 Modelos psicológicos y teorías sobre el duelo	13
4.3.3 Duración en el tiempo	15
4.3.4 Síntomas y signos	15
4.4 TIPOS DE DUELO	16
4.5 COMPLICACIONES	16
4.6 VIVENCIA DEL DUELO EN LA MUJER Y EL ENTORNO FAMILIAR	18
4.6.1 El duelo perinatal en la madre	18
4.6.2 El duelo perinatal en el padre	19
4.6.3 Las consecuencias del duelo en la pareja	19
4.6.4 El duelo en los hermanos	20
4.7 ATENCIÓN SANITARIA DE ENFERMERÍA EN EL DUELO PERINATAL	20
4.7.1 La evolución de las creencias y los cuidados tras la muerte perinatal y el duelo	20
4.7.2 Perspectivas de los profesionales sanitarios	21
4.7.3 Cuidados y contacto postmortem	21
4.7.4 Seguimiento del duelo perinatal tras la pérdida.	23
5. PLAN DE CUIDADOS	25
6. DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29
9. ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Palabras clave utilizadas en la terminología de MeSH, DeCS y EMTREE.....	5
--	---

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de evolución de la tasa de mortalidad perinatal en España desde 1975.....	2
--	---

Figura 2. Terminología del desarrollo intrauterino y periodos embriológicos.....	9
---	---

Figura 3. Terminología de mortalidad perinatal.....	12
--	----

INDICE DE ANEXOS

Anexo I. Síntomas y reacciones del duelo perinatal normal.....	32
---	----

Anexo II. Escala de duelo perinatal en su versión en español.....	33
--	----

Anexo III. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del trastorno por duelo complejo prolongado.....	36
--	----

Anexo IV. Planificación de la atención sanitaria de enfermería en el seguimiento del duelo perinatal.....	37
--	----

Anexo V. Plan de cuidados de enfermería para la mujer en duelo perinatal mediante NANDA, NOC y NIC.	36
---	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

NANDA: North American Diagnosis Association.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

NIC: Nursing Interventions Classification.

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La pérdida de un hijo, tanto durante la gestación, como en el momento del parto o después de este, supone uno de los eventos más dolorosos e impactantes que una persona puede experimentar.

En el transcurso del embarazo se genera un vínculo físico y emocional entre la madre y el feto que permite que este proceso sea óptimo y beneficioso para ambos. Este fenómeno de apego materno-fetal fue definido por la enfermera Mecca Cranley en 1981, como el conjunto de comportamientos de filiación y de interacción de la mujer con el bebé que va a nacer. Posteriormente, en 1997, Condon y Corkindale identifican el vínculo como un lazo emocional que se forma entre la embarazada y su hijo no nacido. En el desarrollo de esta unión, intervienen varios factores como el estado psicológico de la gestante, la percepción de los movimientos fetales o los avances tecnológicos, que hacen posible una conexión más cercana entre madre e hijo. Además, este vínculo entre ambos permanece una vez finaliza la gestación y comienza la vida extrauterina ⁽¹⁾.

Las pérdidas o muertes perinatales son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el número de muertes de fetos nacidos con un peso igual o superior a 500 g o después de 22 semanas completas de gestación, si no se poseen datos exactos sobre el peso, más las muertes neonatales durante los siete primeros días después del nacimiento. La prevalencia de este suceso continúa siendo elevada en la actualidad, alcanzándose una cifra de 5 millones de defunciones perinatales a nivel mundial cada año, según datos aportados por la OMS ^(2,3).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2019 la tasa de mortalidad perinatal alcanzó una cifra de 4,37 a nivel nacional en ambos sexos, constituyendo el dato más actual. Si se realiza una comparación con años anteriores, se puede observar un notable descenso de la mortalidad con respecto al presente, siendo la tasa de 5,37 en el año 1999 o de 20,91 en 1975. Castilla y León es la séptima comunidad autónoma con mayor número de defunciones perinatales, con una tasa de 5,63. Este número ha aumentado en comparación con 2016 cuando la tasa alcanzó unos valores de 4,48. Valladolid, por su parte, se sitúa en cuarta posición con respecto a las 8 provincias restantes de la comunidad, con una tasa de 5,45 ⁽⁴⁾.

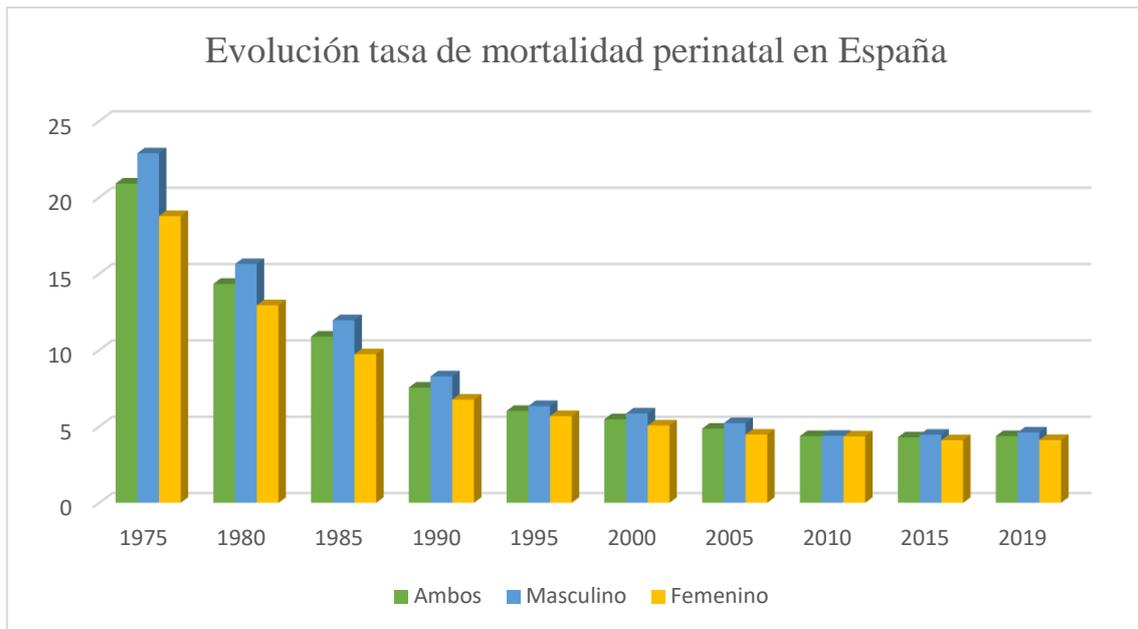


Figura 1. Gráfico de evolución de la tasa de mortalidad perinatal en España desde 1975. Fuente: elaboración propia a partir de (4).

Todos estos datos, más allá de representar cifras numéricas aportan información relevante. En primer lugar, a nivel nacional, se aprecia un descenso de la mortalidad con respecto a finales del siglo XX. Esto quiere decir que tanto el progreso de la medicina y la ciencia, como el control más exhaustivo del embarazo, la preocupación por la salud reproductiva y la adquisición de hábitos más saludables han conseguido reducir las pérdidas perinatales. Sin embargo, los datos que se ofrecen de los últimos 5 años son muy similares a los presentes, lo cual advierte que este suceso continúa siendo común en la actualidad y, por tanto, debe ser abordado adecuadamente.

Como consecuencia del fallecimiento, se genera un proceso de duelo, una respuesta fisiológica y adaptativa a la muerte del bebé, que conlleva síntomas tanto físicos como psicológicos y emocionales. Este suceso afecta especialmente a las mujeres en todos los ámbitos de su vida, pero también a los padres, hermanos y el resto del núcleo familiar⁽⁵⁾.

El duelo normal o fisiológico transcurre a lo largo de un tiempo determinado, que no suele alargarse más de un año y a través de una serie de fases que deben ser superadas para poder conectar con el dolor de la pérdida y poder aceptarla para continuar con la vida. Sin embargo, pueden surgir algunas complicaciones como es el duelo patológico y otros trastornos psiquiátricos asociados tales como un trastorno por duelo complejo prolongado, un síndrome depresivo mayor o un trastorno por estrés postraumático

(TEPT). Algunos autores afirman que entre el 20 y el 30% de las mujeres que sufren una pérdida perinatal puede desarrollar alteraciones psiquiátricas en el primer año tras el fallecimiento ⁽⁶⁾.

La elevada prevalencia de casos de duelo perinatal, así como los efectos que produce en los padres y el riesgo de sufrir complicaciones graves que afectan a la vida diaria, ponen de manifiesto la necesidad de elaborar una herramienta que permita a los profesionales de enfermería y en especial, a las matronas, valorar el estado físico y psicológico de las víctimas de duelo perinatal y ofrecer cuidados integrales y adaptados a las necesidades de cada paciente.

El presente Trabajo de Fin de Grado surge de la necesidad de ofrecer una atención enfermera de calidad en casos de duelo perinatal a través de un plan de cuidados de enfermería, puesto que, en primera persona he podido observar el gran impacto que supone, el elevado número de mujeres que lo padecen y el miedo o la duda que experimentan los profesionales a la hora de abordar esta situación.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Elaborar un plan de cuidados dirigido a cubrir las necesidades de madres que han sufrido una pérdida perinatal y viven un proceso de duelo.

2.2 Objetivos específicos

- Desarrollar un marco teórico a partir de recursos científicos que defina el proceso de duelo, sus causas, su evolución, sus posibles complicaciones y cómo afecta a quienes lo sufren.
- Realizar una revisión de los cuidados de enfermería descritos más adecuados para madres que padecen duelo perinatal.
- Evaluar las necesidades de la paciente mediante el modelo de Virginia Henderson y formular los diagnósticos en base a aquellas que estén alteradas.
- Definir los objetivos e intervenciones de enfermería a partir de dichos diagnósticos.

3. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha desarrollado en dos partes. La primera parte la conforma el marco teórico, que consiste en una revisión sobre la bibliografía existente acerca del duelo perinatal. La segunda parte consiste en un plan de cuidados de enfermería dirigido a mujeres víctimas de duelo perinatal.

La búsqueda bibliográfica para la adquisición de los artículos científicos se ha realizado en un periodo de tiempo de 5 meses (octubre a marzo) y mediante las siguientes bases de datos: PubMed Advanced, Medline, Scielo, Scopus (editorial Elsevier) y Google académico. Asimismo, se ha hecho uso de otros recursos tales como libros de Embriología, Pediatría, Neonatología y muerte perinatal, páginas web de asociaciones como “Umamanita” y “El hueco de mi vientre” y otras bases de datos como el INE.

Para evaluar la calidad de los artículos científicos de diversas revistas se ha utilizado la herramienta: *Journal Citation Reports*.

A la hora de ejecutar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos mencionadas, ha sido necesario un lenguaje específico o Tesauro que ha permitido aumentar la precisión de la búsqueda:

- MeSH (*Medical Subject Headings*): contiene los descriptores (términos que definen el tema) para Medline y PubMed.
- DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): desarrollados a partir de los MeSH para la búsqueda en otros idiomas como el español.
- EMTREE (*Embase tree*): lenguaje diseñado por Elsevier para su base de datos Scopus. Contiene los MeSH.

Los operadores lógicos o booleanos utilizados en la búsqueda han sido “AND” y “OR”.

Tabla 1. Palabras clave utilizadas en la terminología de MeSH, DeCS y EMTREE.

Fuente: elaboración propia a partir de (7).

DeCS	MeSH	EMTREE
Duelo Perinatal	Perinatal grief	Perinatal grief
Enfermería	Nursing	Nursing

Muerte fetal	Fetal death	Fetal death
Muerte neonatal	Neonatal death	Neonatal death
Embarazo	Pregnancy	Pregnancy
Apego paternofilial	Parent-child attachment	Parent-child attachment
Vínculo	Bond	Bond
Cuidados de enfermería	Nursing care	Nursing care
Duelo patológico	Complicated grief	Complicated grief
Hermanos	Siblings	Siblings
Familia	Family	Family

Además de los descriptores y palabras clave se ha hecho uso de una serie de filtros para realizar la búsqueda de manera precisa y ágil. Se incluyeron aquellos artículos publicados en los últimos 6 años, a excepción de 3 publicaciones de 2003, 2011 y 2014 por ser de gran interés para el desarrollo del trabajo. Asimismo, se aceptaron aquellos artículos con rigor científico y escritos en inglés, francés y español. Se procuró, además, escoger aquellas publicaciones con un factor de impacto mayor a 1, según la herramienta *Journal Citation Reports*.

A continuación, se enumeran los criterios de inclusión y exclusión utilizados:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos publicados en los últimos 6 años (2015-2021). A pesar de seguir estrictamente este criterio, para la introducción del trabajo escogí tres artículos publicados en años anteriores por su alto grado de interés para el tema del estudio.
- Publicaciones en los siguientes idiomas: francés, español e inglés.
- Artículos que aportasen información relevante para el trabajo.
- Publicaciones con cierto rigor científico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos publicados antes del año 2015, a excepción de los mencionados

anteriormente.

- Artículos sin rigor científico.
- Publicaciones que no aportaron información relevante para el tema del estudio.
- Artículos disponibles en idiomas distintos al inglés, castellano o francés.
- Artículos cuyo texto completo no estaba disponible.

La segunda parte de del trabajo se centra en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería para pacientes víctimas de duelo perinatal como consecuencia de una pérdida neonatal precoz. Para su realización se ha hecho uso de la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la *North American Diagnosis Association* (NANDA) 2018-2020. Esta herramienta permite consultar, además, los resultados de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y las intervenciones de la *Nursing Interventions Classification* (NIC) y la relación entre los mismos. El acceso a este recurso ha sido posible gracias a la base de datos NNNConsult, que la Universidad de Valladolid aporta de manera gratuita y a través de internet ⁽⁸⁾.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL EMBARAZO Y LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO

El embarazo es un proceso de duración variable, que comprende normalmente 280 días o 40 semanas a partir de la fecha de última regla. Un bebé se considera a término a partir de la semana 37 y prematuro, si su nacimiento se produce antes de dicha semana. A lo largo de este periodo, la mujer experimentará una serie de cambios tanto físicos (hormonales, cardiovasculares, respiratorias...) como emocionales, e irá desarrollando un vínculo o unión con su hijo que permanecerá tras el nacimiento.

La teoría de apego de Bowlby explica cómo las personas tendemos a formar vínculos con nuestros seres queridos para satisfacer necesidades de protección y seguridad. Durante el embarazo, comienza a producirse este fenómeno de apego entre la gestante y su bebé, puesto que el interior uterino ofrece sustento, calor, sensación de bienestar y seguridad. El feto, gracias a estas condiciones, consigue desarrollarse óptimamente y tras el parto, esta unión con su madre le permite adaptarse y sobrevivir en el medio. Un ejemplo de la importancia del vínculo es el contacto piel con piel que se realiza precozmente tras el nacimiento y que fomenta la unión entre ambos que se había creado durante la gestación. Este contacto facilita que el bebé pueda reconocer la voz y el olor de su madre y favorece el inicio de la lactancia materna. Además, estudios recientes afirman que la conexión entre madre e hijo mejora la capacidad de la mujer para llevar a cabo los cuidados del recién nacido e identificar sus necesidades ⁽⁹⁾.

El desarrollo del bebé en el interior del útero puede dividirse en dos etapas principales, el periodo embrionario y el periodo fetal. En el periodo embrionario, que se inicia una vez se produce la fecundación, se configuran las estructuras anatómicas más importantes y hacia el final de este (octava semana de gestación), la mayoría de los órganos adquieren funcionalidad. A partir de la semana 6 ya es posible escuchar el latido fetal a través de una ecografía y al final de la semana 8 mediante un dispositivo Doppler. Además, los rasgos más característicos comienzan a visualizarse, como es el caso de las orejas, la boca, los ojos o los dedos de pies y manos. Sin embargo, no es hasta el periodo fetal cuando el bebé alcanzará su maduración. En esta fase, que comienza en la novena semana de gestación y se prolonga hasta el nacimiento, los órganos y sistemas adquirirán su desarrollo funcional e incluso algunos, como el aparato circulatorio o el respiratorio, sufrirán algunos cambios ^(9,10).

La percepción de los movimientos fetales juega un importante papel en el desarrollo de la conexión entre madre e hijo. La aparición de estos movimientos varía en función de la mujer y sus características, pero normalmente suelen notarse a partir de la semana 26. Además, una disminución o ausencia de los mismos puede indicar un posible sufrimiento fetal, restricción del crecimiento o una muerte intrauterina ⁽¹¹⁾.

Tras el nacimiento, que tendrá lugar una vez transcurridas entre 37 y 42 semanas de embarazo, el feto comenzará su etapa en el exterior del útero materno y recibirá el nombre de neonato o recién nacido. La fase neonatal se prolongará hasta los 28 primeros días de vida.

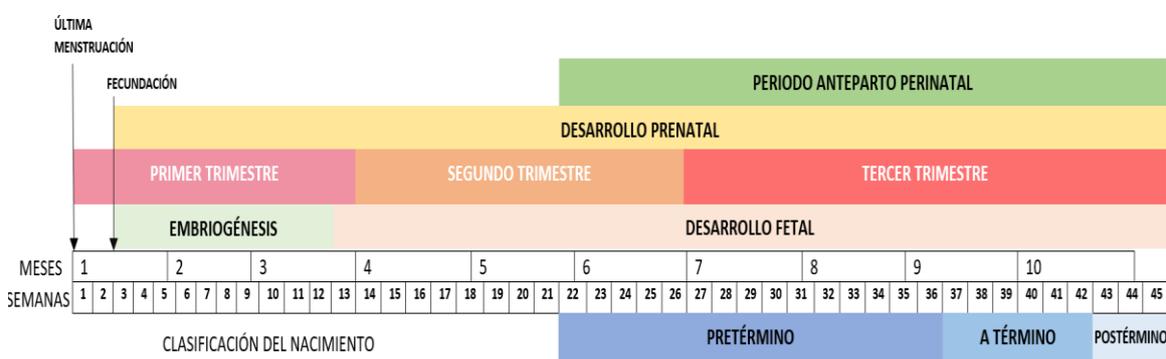


Figura 2. Terminología del desarrollo intrauterino y periodos embriológicos. Fuente: elaboración propia a partir de (10).

4.2 PÉRDIDA PERINATAL Y TERMINOLOGÍA ASOCIADA

La OMS define el periodo perinatal como aquel que comienza a partir de las 22 semanas de gestación (154 días) y se extiende hasta los 7 primeros días completos tras el nacimiento. Por lo tanto, dentro de este término se incluye parte del estadio fetal y parte del neonatal ⁽¹²⁾.

En cuanto a la mortalidad perinatal existen varias definiciones aceptadas por la OMS que varían en función de las semanas de gestación y el peso al nacer. La primera, describe este parámetro como el número de muertes de fetos nacidos con un peso igual o superior a 1000 g o tras 28 semanas completas de gestación, si no se conoce el peso exacto, más las muertes neonatales durante los siete primeros días después del nacimiento (periodo neonatal precoz). También se da por válida aquella que describe la mortalidad perinatal como el número de muertes de fetos nacidos con un peso igual o superior a 500 g o después de 22 semanas completas de gestación, en el caso de que no se sepa con certeza

el peso, más las muertes neonatales durante los siete primeros días después del nacimiento (periodo neonatal precoz). Esta en concreto, es la más actualizada y la que va a ser utilizada para el desarrollo de este trabajo. Otras definiciones, sin embargo, incluyen todas las muertes neonatales hasta los 28 días de vida, es decir, el periodo neonatal tardío, por lo que son consideradas como una definición ampliada⁽³⁾.

Por tanto, dentro del concepto de muerte perinatal que se ha utilizado para este trabajo, se incluyen las muertes fetales intrauterinas, a partir de la semana 22 de gestación, más las muertes neonatales precoces, conceptos que se desarrollan a continuación.

4.2.1 Éxitus o muerte fetal

Se define como la ausencia de signos de vitalidad fetal a partir de las 22 semanas de gestación o en aquel feto de más de 500 gramos de peso si no se dispone de la edad gestacional exacta⁽¹³⁾.

En España, según el INE, en el año 2019 la mortalidad fetal alcanzó cifras de 3,11, lo que representa algo más de 3 casos de defunciones fetales por cada 1000 nacimientos. La principal causa de muerte fetal es la hipoxia intrauterina, es decir, la falta de oxígeno dentro del vientre materno, que puede producirse en la mayoría de los casos por un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, aunque también por una compresión umbilical o una insuficiencia placentaria. Las anomalías congénitas juegan además, un importante papel en las defunciones fetales puesto que generan una serie de alteraciones estructurales y funcionales en el feto que impiden la viabilidad del mismo. Algunas condiciones maternas tales como infecciones, diabetes gestacional, obesidad y trastornos hipertensivos como la preeclampsia o el Síndrome HELLP (hemólisis y elevación de las enzimas hepáticas maternas junto con una disminución del recuento plaquetario) constituyen importantes factores de riesgo asociados a las muertes fetales. Estas complicaciones mencionadas suelen provocar una interrupción involuntaria de la gestación y una muerte intrauterina. También puede ocurrir que la continuidad del embarazo suponga un grave riesgo para la salud materna y el feto siga viviendo en ese momento, pero no tenga esperanza de vida fuera del útero, de manera que se tenga que llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo por motivos médicos^(14,15).

Dentro del término de muerte fetal podemos encontrar cuatro tipos⁽¹³⁾:

- Pérdida fetal temprana: se produce entre la semana 22 y la 27 más 6 días.

- Pérdida fetal tardía: se produce entre la semana 28 y la 36 más 6 días.
- Pérdida fetal a término: se produce a partir de la semana 37, cuando el feto se considera a término.
- Pérdida fetal posttérmino: se produce a partir de las 42 semanas y hasta el nacimiento, cuando el feto se considera posttérmino.

4.2.2 Éxitus o muerte neonatal

La muerte neonatal es aquella que tiene lugar durante los primeros 28 días de vida. Constituye el 72% de todas las muertes infantiles según el Departamento Chileno de Estadísticas e Información de salud. La OMS confirma que tres cuartas partes del total de muertes neonatales se producen durante la primera semana de vida (periodo neonatal precoz). Asimismo, La Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido, afirma que, en el año 2018, 1 de cada 370 bebés nacidos murieron durante el periodo neonatal precoz. En España, la tasa de mortalidad neonatal (defunciones durante los 28 primeros días de vida) del INE fue de 1,84 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en el año 2019. El mismo año y según la misma fuente, la tasa de mortalidad neonatal precoz o temprana (7 primeros días de vida) fue de 1,27 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en 2019 (3,16,17,18,19).

Las causas principales de muerte neonatal, que explican el 80% de las mismas a nivel mundial, son la prematuridad, siendo esta la más prevalente, el bajo peso fetal y las infecciones y complicaciones en el nacimiento como la asfixia o el trauma durante el parto, según datos de la OMS. Algunos factores maternos como la hipertensión durante el embarazo, la diabetes o la edad explican también estas defunciones. Otras causas derivadas de la atención sanitaria, como un mal control gestacional o la realización de una cesárea están a su vez relacionados con las muertes neonatales ⁽¹⁶⁾.

Dentro del término de muerte neonatal, podemos distinguir dos tipos de fallecimientos en función de los periodos neonatales ⁽¹³⁾:

- Muerte neonatal precoz o temprana: se produce durante el periodo neonatal temprano que se inicia en día 1 de vida (24 horas después del nacimiento) y se extiende hasta los 7 primeros días de vida.
- Muerte neonatal tardía: tiene lugar entre los 7 y los 28 días de vida.

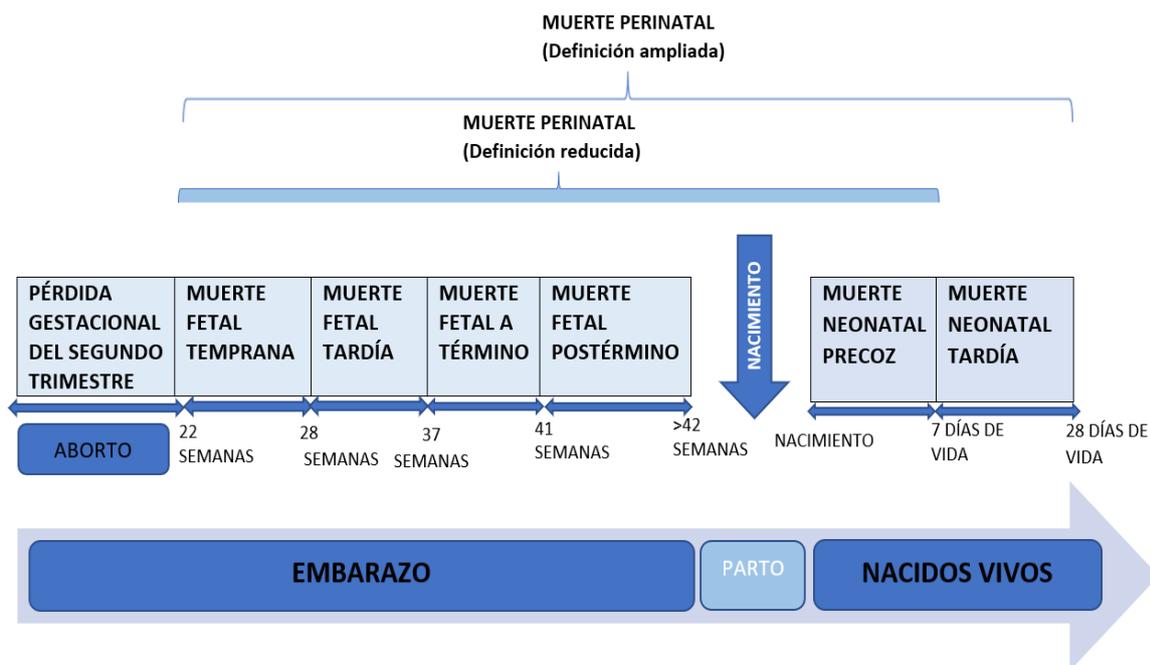


Figura 3. Terminología de mortalidad perinatal. Fuente: elaboración propia a partir de (3,13).

4.2.3 Otras pérdidas que pueden originar un proceso de duelo

Como se ha descrito anteriormente, las pérdidas perinatales son definidas por la OMS como aquellas ocurridas entre la semana 22 de gestación y los 7 primeros días de vida tras el nacimiento. En este trabajo la atención se ha centrado principalmente en las muertes fetales y neonatales, por ser las que más frecuentemente generan un duelo perinatal. Sin embargo, en la actualidad se considera que cualquier tipo de pérdida, desde la concepción hasta después del nacimiento puede producir un fuerte impacto en la mujer y su entorno.

Otras situaciones que pueden dar lugar a un duelo perinatal además de las muertes fetales y neonatales son las siguientes ⁽²⁰⁾:

- Embarazo ectópico: aquel que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, en las Trompas de Falopio, por ejemplo, y por tanto no tiene viabilidad.
- Aborto espontáneo: consiste en la terminación natural del embarazo antes de que el producto de la concepción llegue a ser viable. No se considera muerte fetal puesto que ocurre antes de la semana 22 y con un peso gestacional inferior a 500g.

4.3 EL DUELO PERINATAL

4.3.1 Definición

La palabra duelo se origina a partir de su versión en latín “dolus” que significa dolor y luto. El duelo perinatal es el proceso fisiológico de adaptación que vive una persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido, en este caso, un hijo, durante el periodo perinatal. Se trata de un acontecimiento que afecta al núcleo familiar y sobre todo a las mujeres en sus tres niveles de salud, biológico, psíquico y social ⁽²¹⁾.

El “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” en su 5ª edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en inglés, también conocido como DSM-5, define el duelo no complicado como aquella “reacción normal ante la muerte de un ser querido”. Este manual clasifica el duelo dentro del apartado “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” recalcando que este suceso no es un trastorno mental. El duelo perinatal, por tanto, es un proceso mediante el cual, a lo largo de un periodo de tiempo, la persona que ha sufrido la pérdida recupera gradualmente el equilibrio emocional, psicológico, comportamental, social y espiritual ^(21,22).

4.3.2 Modelos psicológicos y teorías sobre el duelo

A lo largo de la historia se han ido desarrollando diferentes modelos teóricos sobre el duelo que se definen a continuación ^(23,24):

- Teoría de Ronald Knapp sobre el duelo perinatal: distingue una serie de modalidades del duelo de los padres por sus hijos, que son: la promesa de no olvidar, el deseo de morir y estar unido a su bebé, la revitalización de las creencias religiosas, el cambio de los valores en la vida cotidiana, la mayor tolerancia al sufrimiento de otros y la sombra del duelo (no dejar de recordar la pérdida).
- Teoría de Mander: afirma que el duelo perinatal es diferente de los otros duelos debido a la proximidad entre el nacimiento y la muerte del bebé, así como lo inesperado de la situación para los padres.
- Teoría psicodinámica de Freud: se basa principalmente en la depresión y en la melancolía como síntomas principales. Asimismo, recalca la importancia de las relaciones con el resto de las personas, también llamadas objetos. Identifica el duelo como la desaparición de la unión con el objeto perdido (su hijo) y el desplazamiento de esta unión hacia otro nuevo.

- Teoría del apego de Bowlby: define el proceso de duelo como la ruptura del vínculo entre dos personas, (en este caso padres e hijo) lo cual desencadena reacciones emocionales intensas.
- Las cinco etapas del duelo según Kübler Ross: se trata de una de las teorías más utilizadas en la literatura científica. Define 5 fases o etapas que se suceden durante el proceso de aceptación de la pérdida y son las siguientes ⁽²⁵⁾:
 - 1) Negación: consiste en la incapacidad de la persona de creer o asimilar la pérdida del ser querido.
 - 2) Ira: reacción de enfado hacia la persona fallecida o hacia uno mismo.
 - 3) Negociación: esperanza de la persona de conseguir revertir el proceso de muerte mediante una estrategia o un pacto, a menudo con un ente superior como puede ser Dios.
 - 4) Depresión: aparece un sentimiento de vacío y tristeza.
 - 5) Aceptación: se asume que el ser querido se ha ido físicamente y se reconoce la realidad actual. Es lo más cercano a la curación.
- Modelo de fases de Parkes: determina 4 fases por las que pasa la persona que ha sufrido la pérdida, que son: la insensibilidad, el anhelo, la desorganización y la conducta reorganizada.
- Modelo de tareas: defendido por algunos autores como Worden o Neimeyer que resaltan la necesidad de realizar una serie de tareas (como aceptar la realidad, abrirse al dolor, o adaptarse al entorno...) por parte de la persona que sufre el proceso de duelo para poder superarlo.
- Modelo integrativo-relacional de Payás: define 4 fases por las que pasa el doliente, que son: el choque, la evitación-negación, la conexión-integración y el crecimiento-transformación. En cada fase será necesario realizar una serie de tareas para poder avanzar en su duelo. Según esta autora, aquellas personas que sufren el proceso de duelo comienzan con una fase de choque, caracterizada por reacciones somáticas intensas como rabia, culpabilidad, confusión y aturdimiento y sobre todo dolor. La superación de esta fase es importante, haciendo hincapié en los aspectos traumáticos de la pérdida para evitar el desarrollo de un duelo complicado y un TEPT. En la fase

de negación-evitación la persona tiende a no aceptar la realidad, a negar lo ocurrido y mantener la mente ocupada para evitar la sintomatología. Estas estrategias de protección deben ir disminuyendo para evitar la formación de un tipo de duelo, llamado duelo ausente, que se menciona en este trabajo más adelante. Después, a medida que transcurre el tiempo, la persona avanza hasta conseguir conectar con su dolor personal en la fase de conexión, mediante los recuerdos y la expresión de emociones. Finalmente, en la última etapa, se produce un crecimiento personal tras haber aprendido a aceptar e integrar el dolor y desarrollar estrategias para vivir la vida plenamente tras la pérdida.

4.3.3 Duración en el tiempo

La duración de los síntomas de duelo perinatal varía en función de la persona. Algunos autores como Brier o Janssen afirman que, en la mayoría de las mujeres los síntomas de duelo perinatal desaparecen entre 6 meses y un año tras la pérdida. Otros estudios relatan que el proceso de duelo desaparece entre 3 y 4 meses después de la muerte del bebé. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que algunas mujeres continúan con sintomatología hasta 1 año después, incluso algunos como Blackmore explican que la ansiedad o la depresión pueden permanecer hasta 3 años tras la muerte perinatal. Existen algunos determinantes como un estado de tristeza previo al fallecimiento, una situación socioeconómica complicada o la carencia de estrategias para afrontar las situaciones estresantes, que pueden enlentecer el proceso de superación del duelo. Actualmente, según los criterios del DSM-5, si los síntomas persisten durante un periodo superior a 1 año y siguiendo una serie de criterios diagnósticos, se podrá hablar de un trastorno por duelo prolongado o persistente ^(22,26,27).

4.3.4 Síntomas y signos

El duelo perinatal genera un impacto en el ámbito social, psíquico, físico y espiritual de la persona que lo sufre. Durante el proceso de duelo normal o fisiológico se producen una serie de síntomas y reacciones físicas, conductuales, emocionales y cognitivas, que se exponen en el Anexo I. Existen, además, varias herramientas para medir la sintomatología y el desarrollo del duelo perinatal. Una de las más utilizadas en el ámbito científico y recomendada por la *American Psychological Association* es la *Perinatal Grief Scale*, que se muestra en el Anexo II ⁽²⁰⁾.

4.4 TIPOS DE DUELO

En función de sus manifestaciones y características se pueden clasificar los tipos de duelo de la siguiente manera ⁽²¹⁾:

- **Duelo negado:** se caracteriza por la negación del fallecimiento y el estancamiento de la persona en la primera fase.
- **Duelo inhibido o reprimido:** la persona que vive este duelo es incapaz de aceptar la realidad.
- **Duelo anticipado:** se produce cuando la muerte es esperada y surge antes de que ocurra el fallecimiento. Es común que aparezca en aquellos padres que reciben la noticia de que su bebé no va a sobrevivir.
- **Duelo congelado o aplazado:** es aquel que aparece un tiempo después de la pérdida.
- **Duelo ausente:** se caracteriza por una interiorización de los sentimientos y emociones y una incapacidad para expresarlos. Va a generar una anestesia emocional o incapacidad para sentir.
- **Duelo desautorizado:** se trata de un tipo de duelo que no es aceptado, reconocido o apoyado por el entorno familiar y social de la persona que lo vive. Es el ejemplo más común en el caso de duelo perinatal. Algunas expresiones procedentes de familiares o incluso de profesionales sanitarios tales como “Ya tendrás más hijos” o “no puede dolerte tanto si casi no le has conocido”, ponen de manifiesto la realidad de la falta de apoyo y comprensión cuando se produce una muerte perinatal.

4.5 COMPLICACIONES

En ciertas ocasiones el proceso de duelo no sigue un transcurso normal o fisiológico, se vuelve disfuncional y no se resuelve correctamente. Esto se conoce como duelo complicado o patológico. Este tipo de duelo se diferencia del normal por sus características específicas y su duración, que suele ser mayor que en el duelo fisiológico. Además, la persona experimenta un dolor intenso, así como alteraciones en su estado emocional. De acuerdo con ciertas fuentes, entre el 10 y el 20% de los dolientes, desarrollan esta complicación, que suele requerir atención profesional ⁽²¹⁾.

Algunos factores que contribuyen a la aparición de un duelo complicado son el apoyo social o familiar deficiente o una situación laboral y económica difícil. Otro aspecto

estrechamente relacionado con la complicación del duelo es el tipo de muerte. Numerosas investigaciones concluyen que, el mayor grado de parentesco de la persona fallecida (en el caso del duelo perinatal, un hijo) influye negativamente en la respuesta del doliente ante la pérdida. Por lo tanto, la muerte perinatal puede generar un proceso de duelo más intenso y difícil. En el caso de la mujer, los antecedentes psiquiátricos y obstétricos (abortos y muertes neonatales anteriores) o la carencia de hijos previos, suponen igualmente un factor de riesgo para desarrollar un duelo complicado ^(26,28).

A pesar de que este término es mencionado frecuentemente en toda la literatura relacionada con la muerte y el duelo, no existe una definición como tal para el duelo patológico o complicado incluida en el DSM-5, de tal manera que no es considerado una enfermedad mental. Asimismo, sus síntomas y características a menudo pueden confundirse con los de otros trastornos como el depresivo mayor. Por esta razón, tanto el manual DSM-5 como la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 11.^a edición, sí incluyen dentro de los trastornos psiquiátricos, una afección llamada trastorno por duelo complejo prolongado o persistente (trastorno por duelo prolongado según la Clasificación Internacional de Enfermedades), que tiene unos criterios diagnósticos específicos y permite clarificar el concepto de duelo patológico ^(22,29).

Se define el trastorno por duelo complejo prolongado como la reacción persistente de dolor que sufre una persona tras el fallecimiento de un ser querido y que se caracteriza por la nostalgia y la preocupación constantes. Este trastorno va a generar, además, un deterioro de la vida personal, familiar o laboral, impidiendo la realización de algunas actividades de la vida diaria. Para el diagnóstico de este trastorno, el DSM-5 propone una serie de criterios que se exponen en el anexo III. En cuanto a su prevalencia, según el DSM-5 es de aproximadamente un 2,4-4,8% siendo más común en mujeres que en hombres. Esta alteración puede surgir a cualquier edad a partir del primer año de vida, por lo tanto, puede afectar, en el caso de las pérdidas perinatales, no solo a los padres sino también a los hermanos y demás miembros del núcleo familiar. El trastorno por duelo complejo prolongado se asocia con comportamientos perjudiciales para la salud como el consumo excesivo de alcohol o tabaco. Además, está relacionado con una disminución de la calidad de vida y un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o inmunitarias ⁽²²⁾.

Por otro lado, esta enfermedad está relacionada con otras afecciones psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor o el TEPT, que pueden presentarse por sí mismas o junto

con el trastorno por duelo prolongado. Estas alteraciones se definen a continuación ⁽²²⁾:

- **Trastorno depresivo mayor:** constituye otra de las complicaciones más frecuentes asociadas al trastorno por duelo complejo prolongado o persistente.
 - Prevalencia: según algunos estudios es de entre el 10 y el 15% de mujeres que sufren una pérdida intrauterina ⁽²⁶⁾.
 - Síntomas: estado de ánimo deprimido, disminución del interés, modificación del peso corporal de más del 5%, trastornos del patrón del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes. Estos síntomas deben estar presentes durante dos o más semanas para poder diagnosticarse este trastorno.

- **Trastorno por estrés postraumático:** puede producirse por la experiencia directa con la muerte del bebé por parte de los padres. Es común que esta alteración ocurra en los embarazos posteriores al fallecimiento.
 - Prevalencia: según los estudios, entre el 20 y el 25% de las mujeres víctimas de una pérdida perinatal que se quedaron embarazadas tras la misma, cumplieron criterios para diagnosticar un TEPT. Otros autores afirman que tras la muerte perinatal entre el 29 y 33% de las madres desarrollaron un TEPT, aunque no estuvieran embarazadas de nuevo ⁽³⁰⁾.
 - Síntomas: recuerdos y sueños angustiosos, reacciones disociativas en las que el sujeto siente que revive el suceso, malestar psicológico, reacciones fisiológicas intensas, evitación persistente de estímulos asociados al suceso, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y alteración de la alerta y la reactividad (furia, hipervigilancia, problemas de concentración y alteración del sueño, etc.). Para que este trastorno se diagnostique, según criterios del DSM-5, los síntomas deben perdurar más de un mes.

4.6 VIVENCIA DEL DUELO EN LA MUJER Y EL ENTORNO FAMILIAR

4.6.1 El duelo perinatal en la madre

La madre no sólo sufre la muerte de su bebé, sino que padece una serie de consecuencias físicas asociadas al embarazo. En el caso de las muertes fetales intrauterinas, debe hacer frente al momento del parto, una de las experiencias más intensas y dolorosas, para dar a

luz a un bebé que no va a poder vivir. Asimismo, cuando la muerte se produce en el periodo neonatal precoz, la madre ya ha tenido el primer contacto con su hijo, ha podido tocarle, amamantarlo y conectar con él, por lo que la pérdida genera un gran impacto. Además, tras el parto, el cuerpo tarda unos meses en recuperarse y volver a su estado original y la mujer sigue produciendo leche, lo cual es un recuerdo constante de la pérdida sufrida. Por lo tanto, aunque cada persona vive esta experiencia de manera subjetiva, la mujer es quien recibe el golpe tanto físico como emocional más fuerte y, por tanto, tiene un mayor riesgo de desarrollar complicaciones tales como un duelo patológico o un trastorno depresivo mayor.

4.6.2 El duelo perinatal en el padre

Al igual que ocurre con las madres, existe también un vínculo paternofamiliar entre el bebé y su padre que se va desarrollando durante el embarazo y se fomenta gracias a algunos procedimientos y actividades como la observación del feto mediante las ecografías o las clases de preparación al parto. Es por esto que, aunque no experimentan la pérdida física como las mujeres, también viven un proceso difícil y un duelo intenso por la muerte de su hijo. Sin embargo, la vivencia en el caso de los hombres es diferente.

De acuerdo con ciertos estudios sobre la masculinidad, el hombre tiende a expresar menos sus emociones que las mujeres. Además, las expectativas sociales juegan un papel importante, puesto que no se espera de ellos que lloren o muestren sus sentimientos, ya que puede mostrar debilidad. En cuanto a la salud mental, existen estudios que afirman que los varones experimentan una mayor dificultad que las mujeres a la hora de buscar o pedir ayuda profesional. Asimismo, algunos autores como Bonette y Broom afirman que muchos padres interiorizan su duelo para proteger y dar fuerza a sus parejas, lo cual puede generar un descuido de su propio bienestar. A pesar de que en los padres se produzca a veces este fenómeno de interiorización del duelo, también sufren una serie de síntomas y reacciones como consecuencia de la muerte perinatal, incluso algunos desarrollan trastornos como la depresión o la ansiedad. Por ello, el apoyo que reciban por parte de su núcleo familiar y social será fundamental. Además, deben ser incluidos en los cuidados de los profesionales sanitarios tras la pérdida ⁽¹⁷⁾.

4.6.3 Las consecuencias del duelo en la pareja

La muerte perinatal constituye uno de los principales factores de riesgo de ruptura de la relación. De acuerdo con algunos estudios, este suceso aumentó un 40% las separaciones

de los padres. El apoyo entre la pareja cuando se produce una pérdida perinatal es, por otro lado, un factor protector frente al duelo complicado y el estrés. Vivir el duelo juntos, expresar emociones y comprender el dolor del otro convierte la experiencia en algo más sencillo y es por ello que, en los cuidados y la atención a las víctimas del duelo se debe incluir tanto a las madres como a los padres o parejas ⁽³¹⁾.

4.6.4 El duelo en los hermanos

Los niños no solo deben hacer frente a su propio duelo por la muerte de su hermano, sino que, además, deben convivir con el luto de sus padres. Las relaciones con los hijos vivos existentes cambian, puesto que los padres se vuelven demasiado protectores o se aíslan, provocando un distanciamiento, lo cual genera en los niños sentimientos de culpabilidad y ansiedad y propicia un clima familiar tenso. Los síntomas que pueden desarrollar los niños que han perdido a su hermano o hermana incluyen culpa, miedo, shock o tristeza. Asimismo, el proceso de duelo puede aumentar el riesgo de depresión, ansiedad, abuso de sustancias o alteraciones de las relaciones sociales. A pesar del impacto negativo que supone, esta experiencia puede aportarles un crecimiento personal. Algunos estudios afirman que, como consecuencia del duelo familiar, los hijos mejoraron la relación con sus padres y desarrollaron cambios positivos. Por otro lado, existe certeza de que la presencia de hijos vivos reduce el riesgo de las mujeres de padecer complicaciones durante el proceso del duelo ^(26,32).

4.7 ATENCIÓN SANITARIA DE ENFERMERÍA EN EL DUELO PERINATAL

Los profesionales de enfermería se exponen en diversas ocasiones a situaciones complicadas como puede ser el fallecimiento de una persona, puesto que acompañan en todo momento al paciente y a su familia en su proceso de salud y enfermedad. En el caso de las muertes perinatales la situación es doblemente complicada. No se debe prestar cuidados únicamente al niño fallecido, sino que también se tienen que atender las necesidades de los padres, en especial de la mujer, así como del entorno familiar.

4.7.1 La evolución de las creencias y los cuidados tras la muerte perinatal y el duelo

Antiguamente, a las madres no se les permitía coger en brazos a su bebé fallecido puesto que se consideraba que de esta forma se podía prevenir el duelo al no establecer lazos entre ambos. El resultado que se obtenía era muy diferente al esperado, debido a que el

vínculo entre madre e hijo se desarrolla durante la gestación, por lo que el impacto de la pérdida era muy intenso de igual manera e incluso, el no poder despedirse de su bebé tenía peores consecuencias. Se esperaba de la mujer que superase la pérdida y se centrara en un nuevo embarazo o en los hijos ya existentes, por lo que la vivencia era silente y mucho más difícil. El apoyo social y familiar en el duelo era escaso y la atención por parte de los profesionales sanitarios inexistente, debido a que no se consideraba un problema potencial ni se tenía en cuenta el riesgo de desembocar en problemas psiquiátricos ⁽³¹⁾.

Actualmente, los cuidados se centran en la mujer, en su bienestar y en el contacto con su hijo siempre que lo precise. Se reconoce el duelo como un suceso fisiológico pero que requiere ayuda y atención y se fomenta la detección y prevención de complicaciones. Asimismo, existen numerosos recursos sociales tales como grupos de duelo y asociaciones como “Umamanita” o “El hueco de mi vientre”, que ofrecen ayuda e información a las víctimas de pérdidas perinatales.

4.7.2 Perspectivas de los profesionales sanitarios

Para las matronas y enfermeras de pediatría, principales encargadas de los cuidados tanto a los padres como al bebé, la atención del duelo perinatal supone un gran estrés y un reto emocional. Además, en ocasiones la muerte perinatal se entiende desde una perspectiva clínica en lugar de personal y emocional, lo cual produce un gran estrés en los padres. Por otro lado, la falta de formación de los profesionales sanitarios en relación con la actuación frente al duelo perinatal es considerable. Según los estudios, la mayoría de las matronas, médicos y enfermeras de pediatría no reciben ninguna instrucción sobre este tema. Además, dentro del total de profesionales que si obtienen esta formación, el 31% de los mismos, afirma que no es útil ni adecuada. Este hecho influye directamente en los padres que sufren la muerte de su bebé, puesto que las decisiones y actuaciones del equipo de profesionales sanitarios les afecta en gran medida ⁽³³⁾.

4.7.3 Cuidados y contacto postmortem

Tras la muerte perinatal, los padres deben tomar una serie de decisiones complicadas tales como realizar o no contacto con su hijo, fomentar la creación de recuerdos, decidir un nombre, etc. En este momento tan difícil para ellos, los profesionales de enfermería servirán de apoyo y ayuda en todo momento. El contacto postmortem o contacto con el cuerpo de su bebé, puede ocurrir en dos momentos diferentes, en función de si se trata de

una pérdida fetal o una pérdida neonatal precoz. Estas dos situaciones se exponen a continuación.

- Pérdidas fetales: se producen dentro del útero, por lo que la madre debe prepararse para el parto o la expulsión del feto. Los cuidados deben ser individualizados y adaptarse a las necesidades de cada mujer. Algunas de ellas elegirán un parto inminente, mientras que otras decidirán esperar si la situación lo permite. Entre el 80 y el 90% de las mujeres se ponen de parto de manera natural entre 1 y 2 semanas tras el diagnóstico de muerte fetal. En este caso, la matrona será la encargada de la atención a los padres y al bebé ⁽³⁴⁾.
- Pérdidas neonatales precoces: tienen lugar durante los 7 primeros días de vida del recién nacido. Pueden ocurrir tanto en el hospital (paritorio o unidad de neonatología) como en casa. En cualquiera de las dos situaciones la atención por parte de los profesionales sanitarios, y en especial, de enfermería, es imprescindible y será llevada a cabo por las matronas, las enfermeras de pediatría y enfermeras generalistas.

La mayoría de las guías de cuidado (*The perinatal Society of Australia and New Zealand, The Canadian Pediatric Society o United Nations International Children's Emergency Fund*) recomiendan seguir estas actuaciones en el momento del contacto postmortem con el bebé ⁽³⁵⁾:

- Utilizar un lenguaje sencillo y hablar de manera tranquila.
- Respeto tanto a los padres como al bebé.
- No realizar juicios.
- Atender en todo momento las necesidades y las peticiones de los padres.
- Permitir a los padres permanecer el tiempo que necesiten con su hijo.
- Cuidados al bebé: siempre que los padres lo deseen, se podrá bañar y vestir al bebé, así como llamarle por su nombre y dejar que los padres le cojan en brazos.
- Facilitar la creación de recuerdos mediante la toma de fotos, la recogida de huellas y ofreciendo a los padres las pertenencias del niño (pulsera identificativa, ropa...).

- Informar sobre la examinación postmortem, realizada por los profesionales.
- Respetar sus creencias culturales y religiosas.
- Resolver dudas y no influir en las decisiones de los padres.
- Atender a la mujer en el puerperio tanto física como emocionalmente.

4.7.4 Seguimiento del duelo perinatal tras la pérdida

El principal medio de prestación de cuidados durante el duelo es a través de la atención primaria, generalmente mediante la enfermera especialista o matrona, de manera que se pueda realizar un seguimiento del proceso del duelo de la paciente, así como de su estado tras el embarazo. También se incluirá en los cuidados al padre o la pareja si la situación lo permite. Además, el abordaje de este proceso se llevará a cabo a través de la prevención primaria (atención al duelo normal), secundaria (detección precoz del duelo complicado) y terciaria (seguimiento en el tiempo de personas con duelos crónicos y complicados) ⁽²¹⁾.

Durante la atención a la paciente se actuará siguiendo estas directrices ⁽²¹⁾:

- **Comunicación:** será la herramienta principal a través de la cual se interactuará con la paciente. Mediante la comunicación verbal (palabras) y no verbal (gestos, muecas, llanto o postura) en la entrevista con la paciente, podremos identificar su estado de ánimo, sus preocupaciones y sus necesidades. Es fundamental utilizar un lenguaje adaptado a cada persona y desarrollar ciertas habilidades como la empatía y el respeto.
- **Escucha:** se trata de otra destreza que se debe desarrollar por parte de enfermería. Durante la entrevista o la comunicación con la paciente la proporción de escucha será de un 80% y de habla un 20%. Es necesario dejar que la persona se exprese, especialmente cuando experimenta un proceso de duelo. El propósito principal será conseguir que se verbalicen o se manifiesten las preocupaciones más profundas, se reconozca la realidad y se asuma el dolor.
- **Información:** como educadoras para la salud, las enfermeras explicarán con detalle el proceso del duelo, sus causas y su evolución, haciendo hincapié en que cada duelo es distinto y subjetivo. Además, se ofrecerá información sobre páginas webs, literatura y recursos sobre el duelo, así como grupos de apoyo disponibles (“Umamanita”, o “El Hueco de mi Vientre”).

- Continuidad: existe evidencia de que, la mayoría de los padres agradecieron la atención por parte de los mismos profesionales, puesto que se sintieron más cómodos y seguros ⁽³³⁾.
- Reconexión con el dolor y el recuerdo de su hijo: se podrán utilizar objetos como ropa, fotografías y otras pertenencias que permitan recordar al bebé.
- Ayuda para paliar los síntomas físicos y emocionales: como se ha mencionado anteriormente, el proceso de duelo va a generar en la persona una serie de reacciones físicas y afectivas tales como taquicardia, presión en el pecho y falta de aire, alteración del patrón del sueño, cefalea, ira, tristeza, etc. Desde enfermería se ofrecerán soluciones posibles a estos síntomas tales como la instauración de hábitos saludables, el ejercicio, buena alimentación y sobre todo el tiempo para uno mismo. Se podrán sugerir actividades como la meditación y relajación, técnicas de expresión de sentimientos, etc.
- Detectar posibles complicaciones: como síntomas de un duelo complicado, de trastorno depresivo mayor o trastorno de estrés postraumático y derivar a la paciente a los profesionales de salud mental si es necesario.

Por otro lado, las conductas que deberán evitarse son las siguientes ⁽²¹⁾:

- Basar la interacción con el paciente en el discurso y el habla por parte de los profesionales, evitando la expresión de sentimientos y emociones y mostrando poca preocupación en el estado de la persona en duelo.
- Utilizar un lenguaje técnico e incomprensible para el paciente.
- Actuar con poca naturalidad y tener reacciones indiscretas. Por ejemplo, si una paciente comenta que a veces aun siente a su bebé dentro de ella o escucha su llanto en su cabeza no podemos alarmarnos ni mostrar que supone un problema, puesto que asustaremos a la persona. La enfermera debe reaccionar con naturalidad y demostrar que tiene interés en lo que cuenta, sin hacer juicios de valor tales como “no es normal” o “es imposible que esté ocurriendo eso”.
- Decirle a la persona que ha sufrido la pérdida lo que tiene que hacer.
- Utilizar expresiones tales como “Ya se te pasará”, “ya tendrás más hijos” o “En unos meses será como si nada hubiese pasado”. Cada persona vive el duelo de

manera subjetiva y durante un tiempo que puede variar. Además, no se puede menospreciar la pérdida, aunque el bebé solo haya vivido unas horas o unos días no significa que el dolor vaya a ser menor.

El seguimiento del duelo en atención primaria por parte de la matrona se organizará en varias citas, dependiendo de las necesidades de cada paciente. En el anexo IV se muestra un ejemplo de planificación del seguimiento de una paciente en duelo perinatal.

5. PLAN DE CUIDADOS

La población a la que va dirigido el plan de cuidados de enfermería desarrollado en este trabajo se compone de aquellas mujeres que se encuentran en proceso de duelo perinatal no patológico como consecuencia de una pérdida neonatal precoz, que se produce durante los 7 primeros días de vida del recién nacido.

Valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson

Previamente a la formulación del plan de cuidados se ha llevado a cabo una valoración de las necesidades de la paciente a partir del modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Esta teoría se basa en una perspectiva humanista y afirma que la labor de enfermería consiste en identificar y satisfacer una serie de necesidades básicas que la persona no es capaz de suplir. Dichas necesidades son: respirar normalmente, alimentación, eliminación, movimiento y postura, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, higiene corporal, evitar peligros y daños, comunicarse, creencias y valores, trabajar y realizarse y, por último, aprender y recrearse ⁽³⁶⁾.

- 1) Respiración: alterada. La paciente presenta en ocasiones presión en el pecho y sensación de falta de aire con leve hiperventilación. No requiere oxigenoterapia.
- 2) Alimentación e hidratación: alterada. La paciente refiere presentar una disminución del apetito y una pérdida de peso menor del 5%. Además, padece molestias gastrointestinales. Por otro lado, no presenta signos de deshidratación.
- 3) Eliminación: no alterada.
- 4) Movilidad: es independiente para esta actividad. Camina y mantiene el equilibrio sin ayuda.
- 5) Reposo y sueño: la paciente presenta dificultad para conciliar el sueño. Refiere

que últimamente no descansa bien.

- 6) Vestirse y desvestirse: independiente para esta tarea.
- 7) Temperatura: buen control térmico y temperatura corporal dentro de los límites.
- 8) Higiene y protección de la piel: independiente en el autocuidado.
- 9) Evitar peligros/seguridad: la paciente se muestra algo intranquila y desanimada.
- 10) Comunicación: no presenta alteraciones en el habla, pero presenta dificultad a la hora de expresar sus emociones.
- 11) Actuar según creencias y valores: presenta alteraciones como consecuencia del proceso de duelo.
- 12) Trabajar y realizarse: la paciente presenta una disminución de su rendimiento y su energía en las actividades.
- 13) Recrearse: muestra poco interés por realizar actividades recreativas o de entretenimiento personal.
- 14) Aprender: no alterada. Muestra interés en las explicaciones y presenta buena actitud.

En el anexo V se muestra una tabla con el plan de cuidados siguiendo las taxonomías NANDA (con características definitorias y factores de riesgo), NOC (con indicadores) y NIC (con actividades).

6. DISCUSIÓN

Una de las fortalezas de este trabajo es que permite resaltar la importancia de la función de la enfermera durante el duelo perinatal, quien ofrece a los padres y en especial a la mujer, atención profesional antes de la pérdida, en el momento del fallecimiento y después del mismo, cuando se desarrolla el proceso de duelo. Además, posibilita la concienciación de la población sobre la existencia del duelo perinatal y lo que supone para la persona que lo sufre. La principal dificultad a la hora de elaborar este trabajo ha sido la diferencia de opinión y de información de las fuentes bibliográficas utilizadas, puesto que cada autor presenta distintas visiones sobre el tema, y cada paciente vive el duelo de una manera, lo cual impide llegar a un consenso o aceptar un criterio único.

El duelo perinatal provoca en los padres y sobre todo en la mujer, un impacto que afecta a todos los ámbitos de su vida diaria. Además, la incidencia de este proceso de adaptación a la muerte de un hijo es elevada, con casi 5 millones de muertes perinatales al año en todo el mundo según datos de la OMS. Por estas razones, se vuelve fundamental la intervención de enfermería, que se realiza por parte de las matronas tanto en el paritorio como en el seguimiento del duelo en atención primaria y de las enfermeras de pediatría, en las unidades de neonatología.

Lo que más dificulta la labor de enfermería a la hora de abordar este proceso de duelo es la carencia de formación profesional que reciben sobre la atención del duelo perinatal, así como la falta de herramientas que puedan facilitar su trabajo. Esta situación genera en las enfermeras miedo e incertidumbre puesto que en muchas ocasiones no saben cómo tratar a la persona que sufre el duelo.

A través de este Trabajo de Fin de Grado se ofrece una propuesta de plan de cuidados dirigido a la mujer en duelo perinatal que puede servir como guía para la actuación de enfermería, de manera que puedan satisfacerse las necesidades alteradas de las pacientes mediante la formulación de diagnósticos, el establecimiento de objetivos terapéuticos y la intervención enfermera. En mi opinión, el uso de este recurso en todos los hospitales y centros de atención primaria facilitaría la unificación de los cuidados y así tanto las pacientes como su entorno, se sentirían atendidos adecuadamente. Además, se conseguiría reducir la ansiedad de las enfermeras a la hora de manejar este suceso, de forma que transmitan seguridad a los pacientes, sean capaces de coordinar sus actividades

con el resto del equipo multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, neonatólogos...) y se sientan cómodas con su trabajo.

7. CONCLUSIONES

- El duelo perinatal constituye un proceso fisiológico de adaptación tras la muerte de un bebé, ya sea en el interior del útero o tras el nacimiento. Se trata de un suceso prevalente, puesto que cada año se producen más de 5 millones de muertes perinatales en todo el mundo según la OMS. Su duración es variable y sus síntomas afectan a todos los niveles de la persona (físico, psíquico, conductual, emocional y espiritual). Además, el transcurso del duelo se resume en una serie de fases, que deben ser superadas para su correcta evolución. En algunos casos, el duelo normal puede complicarse y producir un duelo patológico, así como trastornos psiquiátricos.
- Los cuidados de enfermería en el duelo perinatal han evolucionado con respecto a épocas anteriores y se basan en la atención de las necesidades de los padres y en especial de la mujer, en dos momentos claves como son el contacto directo con la pérdida de su bebé, así como el periodo tras la muerte y el desarrollo del duelo. El seguimiento de este proceso por parte de enfermería es fundamental para servir de apoyo y acompañamiento durante el duelo normal, así como identificar posibles complicaciones y actuar en consecuencia.
- La valoración y detección de las necesidades alteradas de la mujer en duelo es elemental para poder elaborar un plan de cuidados adaptado a cada paciente y ofrecer una atención de calidad. Por ello, la formulación del plan a partir de un conjunto de diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería permite guiar y unificar la actividad para reducir la incertidumbre de los profesionales a la hora de abordar esta situación y conseguir unos resultados óptimos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz E. Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos Psicol / Psychol Writings*. 2014;8(2):14-23.
2. WHO. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. *World Heal Organ*. 2016;1-88.
3. Organización mundial de la Salud. Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Internet]. Who. 2017. 152 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1>
4. Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo.(1698) [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698>
5. Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016;16(1):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0812-y>
6. Alvarado García R. Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica México*. 2003;24(5):304-11.
7. Muñoz-Martín B. Descriptores y palabras clave. *Rev ORL*. 2016;7(3):179.
8. NNNConsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier. 2012 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda>
9. Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Hum Dev* [Internet]. 2020;142(January):104956. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
10. Webster S, De Wreede R. *Embriología. Lo esencial de un vistazo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013. 121 p.
11. Cassidy J. Disminución de movimientos fetales: factores de riesgo en la mortalidad perinatal. *Umamanita* [Internet]. 2017;(2):19-25. Disponible en: www.umamanita.es
12. OMS | Salud materna y perinatal [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/
13. Medicina Maternofetal P. Protocolo: Pérdida Gestacional De Segundo Trimestre Y Existus Fetal Pérdida Gestacional De Segundo Trimestre Y Éxitus Fetal. :1-25. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
14. De Correspondencia A, Tinedo MJ, Santander F, Alonso J, Herrera A, S C, et al. Salus Muerte fetal: caracterización epidemiológica. -Agosto [Internet]. 2016;20(2):37-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/s/v20n2/art08.pdf>

15. Tasa de Mortalidad Fetal tardía según sexo(1695) [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1695>
16. Gemita Manríquez P, Carlos Escudero O. Analysis of risk factors for neonatal death in Chile, 2010-2014. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(4):458-64.
17. Jones K, Robb M, Murphy S, Davies A. New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery.* 2019;79.
18. Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal temprana según sexo(1686) [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1686>
19. Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal según sexo(29285) [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=29285>
20. López AM, Iriondo O. Sentir y pensar el duelo perinatal : acompañamiento emocional de un grupo de padres Feeling and thinking the perinatal mourning : emotional accompaniment by a parent group. *Rev Clínica Contemp.* 2018;9(e25):1-24.
21. Jiménez FR, Román P, Díaz M del M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud, proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2017. 137 p.
22. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana, editor. 2014. 1100 p.
23. López AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2011;31(109):53-70. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
24. Llácer LA, Campos MR, Martín PB, Marín MP. Modelos Psicológicos del Duelo: Una revisión teórica. *Revistacdvs* [Internet]. 2019;12(1):65-75. Disponible en: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar>
25. Elisabeth K-R, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Editorial Luciérnaga; 2016. 235 p.
26. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Dubeau D. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017;20(5):655-62. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00737-017-0742-9.pdf>
27. Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal. *Psicothema* [Internet]. 2017;29(1):43-8. Disponible en: <http://www.psicothema.com/PDF/4361.pdf>
28. Parro-jiménez E, Morán N, Gesteira C, García-vera JSM. Duelo complicado : una revisión sistemática de la prevalencia , diagnóstico , factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *An Psicol* [Internet]. 2021;37:189-201. Disponible en:

<https://doi.org/10.6018/analesps.443271>

29. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. 2021 [citado 25 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
30. Fernández-Ordoñez E, González-Cano-Caballero M, Guerra-Marmolejo C, Fernández-Fernández E, García-Gámez M. Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: A longitudinal study protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):1-7.
31. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6).
32. Howard Sharp K, Rusell C, Keim M, Barrera M, Gilmer MJ, Akard TF, et al. Grief and Growth in Bereaved Siblings: Interactions between Different Sources of Social Support. *J Sch Psychol*. 2018;33(3):363-71.
33. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
34. Chakhtoura NA, Reddy UM. Management of stillbirth delivery. *Semin Perinatol* [Internet]. 2015;39(6):501-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2015.07.016>
35. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery* [Internet]. 2018;64(May):53-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
36. Correa M, Cortés AE, Martínez JD, Pomares MA, Ruiz E. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Editorial. Fernandez C, Torres M del M, Ruiz, editores. Editorial Universidad de Almería; 2020. 280 p.
37. Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendiri M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad [Internet]. Vol. 62, Servicio Extremeño de Salud. 2015. 1-263 p. Disponible en: https://www.elpartoeseuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
38. Mota González C, Bello NC, Calva EA, López MEG, Pichardo MAS. Escala de duelo perinatal: Validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Rev Latinoam Psicol*. 2011;43(3):419-28.

9. ANEXOS

Anexo I. Síntomas y reacciones del duelo perinatal normal. Fuente: elaboración propia a partir de (20,21).

MANIFESTACIONES	SÍNTOMAS O REACCIONES
Físicas o fisiológicas	Opresión en el pecho y falta de aire Palpitaciones Molestias gastrointestinales y boca seca Alteraciones del sueño Hipersensibilidad a los ruidos cefalea
Afectivas o emocionales	Tristeza y rabia Apatía Culpa por la pérdida, ansiedad y miedo Soledad, angustia, anhelo Impotencia Ira y frustración
Psicológicas o cognitivas	Falta de concentración, atención y memoria Confusión Alucinaciones Obsesión Sentir a la persona fallecida
Conductuales	Aislamiento y evitación sobre todo de niños y embarazadas Llanto y suspiro Hipo/hiperactividad Visitar lugares y revivir recuerdos en relación con la persona fallecida Descontrol de la vida diaria

Anexo II. Escala de duelo perinatal en su versión en español. Fuente: elaboración propia a partir de (37).

La Escala de duelo perinatal (*Perinatal Grief Scale*) fue formulada por Potvin, Lasker y Toedter en el año 1989 y su función principal es evaluar tanto la sintomatología del duelo como el anhelo por el bebé fallecido. Se trata de una escala de Likert de 33 afirmaciones con 5 opciones de respuesta cada una, donde la opción 1 se corresponde con “totalmente de acuerdo” y la 5 se corresponde con “totalmente en desacuerdo” (37,38).

Esta escala evalúa a su vez 3 subescalas de 11 ítems cada una, de la siguiente manera (37):

- Reacciones normales del duelo: evaluadas mediante los ítems nº 1,3,5,6,7,10,12,13,14 y 19.
- Dificultad para afrontar la pérdida: evaluada mediante los ítems nº 2,4,8,11,21,24,25,26,28 y 30.
- Desesperanza: indica síntomas que pueden permanecer un largo tiempo. Evaluada mediante los ítems nº 9,15,16,17,18,20,22,31 y 32.

Cada subescala posee una puntuación mínima de 11 puntos y máxima de 55 puntos. La suma de las 3 subescalas varía entre 33 y 165 puntos. Si la puntuación final es igual o mayor de 90 puntos, indicará que la paciente presenta problemas psiquiátricos y, por tanto, requiere una evaluación de los profesionales de salud mental (37).

Esta escala ha sido recomendada por la *American Psychological Association* y ha sido traducida y adaptada a numerosos idiomas. Para este trabajo se ha hecho acopio de su versión en español (38).

AFIRMACIONES		PUNTUACIÓN				
1	Me siento deprimida	1	2	3	4	5
2	Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas	1	2	3	4	5
3	Me siento vacía	1	2	3	4	5
4	No puedo realizar las tareas cotidianas	1	2	3	4	5
5	Siento la necesidad de hablar con mi bebé	1	2	3	4	5

6	Me lamento por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
7	Estoy asustada	1	2	3	4	5
8	He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
9	Tomo medicación para el nerviosismo	1	2	3	4	5
10	Echo mucho de menos a mi bebé	1	2	3	4	5
11	Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
12	Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
13	Me enfado cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
14	Lloro cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
15	Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
16	Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	1	2	3	4	5
17	Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
18	Intento reír, pero ya nada me parece gracioso	1	2	3	4	5
19	El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
20	La mejor parte de mí se perdió con mi bebé	1	2	3	4	5
21	Siento que he decepcionado a gente por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
22	Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
23	Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
24	Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5

25	A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	1	2	3	4	5
26	Me siento como muerta en vida	1	2	3	4	5
27	Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	1	2	3	4	5
28	Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos	1	2	3	4	5
29	Siento que es mejor no amar	1	2	3	4	5
30	Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	1	2	3	4	5
31	Me preocupa cómo será mi futuro	1	2	3	4	5
32	Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra	1	2	3	4	5
33	Es maravilloso estar vivo	1	2	3	4	5

Anexo III. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del trastorno por duelo complejo prolongado. Fuente: elaboración propia a partir de (22).

A	El individuo habrá experimentado la muerte de una persona con quien tenía algo en común (familiar, amigo...).
B	<p>Desde la pérdida, se produjo la aparición durante varios días de al menos 1 de los siguientes síntomas en un periodo de tiempo de más de 12 meses en adultos y más de 6 meses en niños.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhelo o añoranza persistente del fallecido. 2. Pena y malestar emocional intensos. 3. Preocupación por el fallecido. 4. Preocupación relacionada con las circunstancias de la muerte.
C	<p>Desde la pérdida, al menos 6 de los siguientes síntomas están presentes durante varios días y persisten al menos 12 meses en adultos y 6 meses en niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar reactivo a la muerte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para aceptar la muerte. 2. Anestesia emocional (no son capaces de sentir) 3. Dificultad para recordar de manera positiva al fallecido. 4. Amargura y rabia. 5. Sentimientos de culpabilidad por la muerte. 6. Evitación excesiva de recuerdos en relación con la muerte y el fallecido. • Alteración social de la identidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deseos de muerte para poder reunirse con el fallecido. 2. Soledad y aislamiento social. Dificultad para hacer planes de futuro. 3. Sentir que la vida carece de sentido. 4. Confusión acerca del papel que desempeña el individuo en la vida.

Anexo IV. Planificación de la atención sanitaria de enfermería en el seguimiento del duelo perinatal. Fuente: elaboración propia a partir de (37).

CITA 1 (1ª semana tras el alta hospitalaria)	CITA 2 (50-60 días tras la pérdida)	CITA 3 (Revisión en pacientes con sospecha de duelo disfuncional)
<p>Se valorará:</p> <p>Constantes vitales, estado del periné y del abdomen</p> <p>involución uterina, sangrado, loquios, entuertos, signos de infección, etc.</p> <p>Lactogénesis: se comprobará el estado de las mamas y se tratará el tema de la inhibición de la lactancia, así como sus consecuencias físicas y psicológicas en la mujer.</p> <p>Asimismo, se prestará atención al estado psicológico.</p>	<p>Evolución del duelo:</p> <p>Se realizará una entrevista con la paciente basada en la escucha y la expresión de emociones y estado personal.</p> <p>Se pueden utilizar herramientas como la Escala de duelo perinatal, que se expone en el Anexo II.</p>	<p>Se realizará de nuevo una valoración mediante la Escala de duelo perinatal y si el resultado indica que pueden existir problemas psiquiátricos, se derivará a salud mental.</p> <p>Asimismo, se abarcarán otros temas como la planificación familiar.</p>

Anexo V. Plan de cuidados de enfermería para la mujer en duelo perinatal mediante NANDA, NOC y NIC. Fuente: elaboración propia a partir de (8).

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
1: Respiración	[00032] Patrón respiratorio ineficaz Taquipnea Ansiedad	[1211] Nivel de ansiedad Desasosiego Inquietud Ansiedad verbalizada	[5820] Disminución de la ansiedad Explicar todas las intervenciones que se van a realizar incluidas las posibles sensaciones que se pueden experimentar. Tratar de entender la perspectiva del paciente sobre un problema estresante. Crear un ambiente que facilite la confianza.
2: comer y beber	[00102] Déficit de autocuidado en la alimentación Deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable. Ansiedad Disminución de la motivación	[1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos Ingestión alimentaria y de líquidos por vía oral	[5246] Asesoramiento nutricional Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente. Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej.; pérdida de peso).
4: Movilidad	No presenta alteraciones relevantes.		
5: Reposo/sueño	[00096] Deprivación del sueño Ansiedad Fatiga Disconfort prolongado	[0004] Sueño Horas de sueño Patrón de sueño Eficiencia del sueño	[1850] Mejorar el sueño Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
6: Vestirse	No presenta alteraciones en el autocuidado.		
7: Temperatura	No presenta alteraciones.		
8: Higiene/piel	No presenta alteraciones.		
9: Seguridad	[00060] Interrupción de los procesos familiares Cambio en el patrón de relaciones	[2602] Funcionamiento de la familia Cuida los miembros dependientes de la familia	[7100] Estimulación de la integridad familiar Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. Comprobar las relaciones familiares actuales. Facilitar la armonía entre la familia.

	Cambio en la disponibilidad para las respuestas afectivas	Se adapta a crisis inesperadas	
	[00177] Estrés por sobrecarga Estrés excesivo Tensión	[1212] Nivel de estrés Cefalea tensional Inquietud	[5230] Mejorar el afrontamiento Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
	[00193] Descuido personal Estresores	[2006] Estado de salud personal Ejecución de actividades de la vida diaria	[5510] Educación para la salud Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.
10: Comunicación	[00069] Afrontamiento ineficaz Cambio en los patrones de comunicación Capacidad de resolución de problemas insuficiente	[1302] Afrontamiento de problemas Adopta conductas para reducir el estrés	[5230] Mejorar el afrontamiento Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. Fomentar un dominio gradual de la situación. Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
	[00051] Deterioro de la comunicación verbal Alteración emocional	[0902] Comunicación Utiliza el lenguaje escrito, hablado y no verbal	[4920] Escucha activa Mostrar interés por el paciente. Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación.
11: Creencias y valores	[00136] Duelo Malestar psicológico Culpabilización sufrimiento	[1304] Resolución de la aflicción Verbaliza la realidad de la pérdida. Mantiene el entorno de vida.	[5294] Facilitar el duelo: muerte perinatal Animar a los familiares a mirar y coger al bebé siempre que quieran. Elaborar recuerdos y presentarlos a la familia antes del alta hospitalaria. Explicar las características del duelo normal y patológico, incluidos los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza. Comentar los grupos de apoyo disponibles, según corresponda.

	[00172] Riesgo de duelo complicado Muerte de persona significativa (hijo/a)	[1304] Resolución de la aflicción Resuelve sentimientos sobre la pérdida	[5270] Apoyo emocional Comentar la experiencia emocional con el paciente. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. Remitir a otros profesionales y servicios si precisa.
12: Trabajar y realizarse	[00057] Riesgo de deterioro parental. (En relación con hijos vivos existentes) Estresores	[2211] Desempeño del rol de padres	[8300] Fomentar el rol parental Escuchar los problemas y las preocupaciones de los padres sin emitir juicios. Enseñar habilidades de afrontamiento.
	[00120] Baja autoestima situacional Patrón de impotencia	[1205] Autoestima Descripción del yo Nivel de confianza	[5400] Potenciación de la autoestima Ayudar al paciente a aceptarse a sí mismo. Identificar las razones de la autocrítica o culpa. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
13: Recrearse	[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas Malestar psicológico Motivación insuficiente	[1604] Participación en actividades de ocio Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	[5360] Terapia de entretenimiento Ayudar a encontrar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas adaptadas a sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad realizada.
14: Aprender	No presenta alteraciones.		