



Grado en Psicología
Trabajo de fin de Grado
Curso 2021/2022
Convocatoria Junio



Modalidad: Trabajo de carácter profesional- Diseño de una propuesta de intervención

Título: Programa de intervención psicológica en duelo perinatal

Autora: Violeta Guerrero García

Tutor: Carlos Javier van-der Hofstadt Román

Elche, a 20 de mayo del 2022

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
2.1 Definiciones: El concepto de muerte perinatal.....	3
2.2 Contextualización del problema: el duelo perinatal	3
2.3 Justificación de la intervención	7
3. Diseño de la intervención	8
3.1 Participantes	8
3.2 Instrumentos	8
3.3 Procedimiento.....	9
3.4 Objetivos.....	9
3.5 Cronograma.....	11
3.6. Descripción de las sesiones.....	11
3.6.1 Fase evaluación pre-intervención.....	11
3.6.2 Fase de intervención	13
3.6.3 Fase evaluación tras intervención	18
4. Conclusiones.....	19
5. Referencias bibliográficas	20
ANEXOS	23
ANEXO I.....	23
ANEXO II.....	26
ANEXO III.....	28
ANEXO IV.....	30
ANEXO V.....	32
ANEXO VI.....	34
ANEXO VII.....	35
ANEXO VIII.....	37

1. Resumen

El duelo perinatal es una reacción de adaptación psicológica ante la muerte de un feto o neonato ya sea intraútero, durante el parto o en los primeros días de vida. La muerte de un hijo en estas condiciones supone un impacto muy importante en la vida de las personas que lo experimentan y presenta unas características diferenciales respecto a otros tipos de duelos que lo convierten de forma independiente en un duelo con alto riesgo de convertirse en patológico o complicado. Las consecuencias y comorbilidades de un duelo patológico tienen un impacto en la salud mental de los padres que puede llegar a afectar a diferentes esferas de su vida a corto y largo plazo. El presente trabajo propone el diseño de una intervención psicológica destinada a padres tras una muerte perinatal en la cual se asegure el apoyo por parte del equipo asistencial para una correcta elaboración del duelo, proporcionando estrategias y recursos con el objetivo de reducir las probabilidades de acabar presentando un duelo complicado y los problemas de salud mental asociados al mismo como la ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático.

Palabras clave: duelo perinatal, muerte perinatal, duelo complicado, intervención psicológica en crisis

Abstract

Perinatal bereavement is a psychological adaptation reaction to the death of a fetus or neonate either in utero, during delivery or in the first days of life. The death of a child under these conditions has a very important impact in life of the people who experience it and presents some differential characteristics from other types of grief that make it a grief with a high risk of becoming pathological or complicated. The consequences and comorbidities of a pathological grief have an impact on the mental health of the parents that can affect different spheres of their lives in the short and long term. This paper proposes the design of a psychological intervention for parents after a perinatal death in which the support of the health care team is ensured for a correct elaboration of grief, providing strategies and resources with the aim of reducing the probability of ending up presenting a complicated grief and the mental health problems associated with it such as anxiety, depression or post-traumatic stress disorders.

Key words: perinatal bereavement, perinatal death, complicated grief, psychological crisis intervention.

2. Introducción

2.1 Definiciones: El concepto de muerte perinatal

Según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2010) la muerte fetal o del neonato se puede clasificar según la cronología del momento en el que se produce en:

- Muerte fetal temprana: fetos de <22 semanas de gestación. Se denominan abortos.
- Muerte fetal intermedia: entre 22 y 28 semanas de gestación.
- Muerte fetal tardía: a partir de las 28SG o 1000gr de peso.
- Muerte neonatal: tras el nacimiento, que a su vez se puede subdividir en muerte neonatal precoz (fallecimiento antes de los 7 días de vida) y muerte neonatal tardía (entre el séptimo y el 28 día tras el nacimiento).

En su conjunto se considera muerte perinatal a aquella que abarca el intervalo entre las 28 semanas de gestación hasta el séptimo día postnatal cumplido. Actualmente se considera la mortalidad perinatal ampliada a aquella que incluye también los fetos de > 22 semanas de gestación.

En el presente trabajo se utilizará el término de muerte o pérdida perinatal para hacer referencia a aquellos fallecimientos ocurridos a partir de la semana 22 de embarazo hasta el séptimo día postnatal.

2.2. Contextualización del problema: el duelo perinatal

En términos generales el duelo constituye una reacción de adaptación psicológica ante la pérdida de algo preciado para un individuo y vinculado a él ya sea una persona, animal, objeto, ilusiones o proyectos que se produce en unas determinadas circunstancias y se asienta en un encuadre situacional y social concreto que condiciona el proceso (Fenstermacher & Hupcey, 2013). Así, el duelo perinatal se puede definir como la experiencia de adaptación psicológica que empieza tras el fallecimiento de un feto o neonato ya sea intraútero, durante el parto o tras los primeros días de vida (DeBackere & Hill, 2008).

La pérdida perinatal presenta ciertas características diferenciales pues no solo se produce la pérdida de un ser querido, si no que conlleva asociada la pérdida de las expectativas asociadas al rol de maternidad y paternidad, de composición familiar y de proyecto de futuro (López, 2011). En muchas ocasiones estas pérdidas resultan invisibles

para los demás pues el entorno social no ha podido materializar el objeto del duelo, produciéndose de esta manera lo que se conocen como duelos desautorizados (Hendrickson , 2009). El duelo desautorizado es aquel en el cual una pérdida no es reconocida, apoyada ni permitida a nivel social, por tanto no se produce una validación de la tristeza, vacío y desesperanza asociadas al proceso de duelo (Doka, 1989).

Se ha visto que las actividades que permiten a los progenitores establecer un vínculo con el bebé fallecido pueden ayudar en la creación de la identidad del mismo y en el procesamiento del duelo, de hecho existe consenso en las guías clínicas sobre la importancia de elaboración de rituales de despedida y de recuerdos materiales como fotos, huellas, ropa u otros objetos simbólicos (Gold, Dalton , & Schwenk, 2007).

La muerte de un hijo durante el embarazo, el parto o el postparto inmediato puede llegar a ser una experiencia traumática para los padres y las familias y tener efectos devastadores en su salud mental (Scott, 2011). De hecho se considera que el proceso de pérdida perinatal puede desencadenar por sí solo comorbilidades psicopatológicas o producir una recurrencia o exacerbación de patología mental preexistente (Farralles, Cacciatore, Jonas-Simpson, Dharamsi, & Klein, 2020). Las patologías más frecuentemente asociadas con el proceso de la muerte perinatal son la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Armstrong, 2004; Hutt, 2005).

Además de los efectos en la salud mental tiene consecuencias en otras esferas como la económica y la social que puede tener un impacto no solo en el momento en torno al fallecimiento si no a largo plazo, pudiendo afectar también a futuros embarazos con mayores tasas durante el mismo de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, asociado a su vez a peor cuidado perinatal, prematuridad, comportamientos de riesgo en los progenitores y problemas de falta de apego con el siguiente recién nacido (Vignato, Georges, Bush, & Conelly , 2017). Por tanto resulta muy relevante el correcto manejo del proceso de duelo para evitar efectos en embarazos futuros pues se calcula que de las pacientes que han sufrido una pérdida perinatal el 50-80% conciben una nueva gestación (Hutt, y otros, 2017) .

Los factores que van a determinar el riesgo individual de un duelo complicado tienen que ver con aquellos aspectos inherentes al individuo que lo experimenta, con factores relacionados con el contexto en el cual se produce y con las características del evento en sí mismo (Huberty, Matthews, Lieferman, Hermer, & Cacciatore, 2016). Es importante identificar aquellos sujetos que presentan un riesgo basal más elevado por alguna de las

circunstancias mencionadas para saber discernir aquellos que de forma basal tienen más probabilidades de presentar complicaciones en el proceso de duelo.

Los factores de riesgo individuales para presentar duelos complicados son el sexo femenino, la nuliparidad, la falta de apoyo social percibido, la edad (inversamente proporcional al riesgo), el nivel educativo y/o socioeconómico bajo, la existencia de patología mental previa (Daugirdaitė, Van Den Akker, & Purewal, 2015).

Los factores relacionados con las características del contexto son la percepción de falta de control de la situación, la sensación de soledad, abandono o pérdida de dignidad por parte del personal sanitario, la falta de comunicación en torno al proceso, la pérdida perinatal súbita y las circunstancias traumáticas acerca de la muerte y el nacimiento (dolor en el parto, malformaciones fetales, maceración del feto) (Horsch, Jacobs, & McKenzie-McHarg, 2015).

Por otro lado, la muerte perinatal se ha descrito como un importante factor de riesgo para la ruptura de pareja que se exacerba si no se produce una adecuada gestión y comunicación durante dicho proceso (Shreffler, Hill, & Cacciatore, 2012). De hecho el apoyo percibido por la pareja tras la muerte de un ser querido se considera un factor protector para el estrés y el duelo patológico, por lo que aquellas parejas que comparten y comunican de forma adecuada sus emociones y pensamientos presentan reacciones emocionales menos intensas a largo plazo y una mayor satisfacción en su relación (Buchi, y otros, 2009). Así mismo el soporte social también tiene un papel importante en el procesamiento del duelo que ha sido demostrado en estudios cualitativos que correlacionan un adecuado soporte familiar y social con niveles más bajos de ansiedad y depresión tras una pérdida perinatal (Cacciatore, 2007).

Durante el proceso de duelo los padres suelen experimentar un amplio rango de manifestaciones que pueden ser físicas (cambios en el patrón de sueño, pérdida de apetito, quejas somáticas), conductuales (agitación, ira, llanto, cansancio, desinterés por determinadas áreas de la vida, aislamiento social), cognitivas (confusión, pensamientos obsesivos, baja autoestima, desesperanza, pérdidas de memoria, dificultad para la concentración), afectivas o emocionales (tristeza, desesperación, ansiedad, shock, culpa, hostilidad, rabia, anhedonia, soledad) y espirituales (búsqueda de sentido y trascendencia, realización de ritos religiosos, reconexión con religión y con el mundo espiritual) (Bermejo, Magaña, Villaceros, Carabias, & Serrano, 2012).

Las manifestaciones que se producen tras una pérdida de esta índole constituyen una reacción aguda reactiva a la situación y se espera que estos síntomas vayan decreciendo en intensidad tras aproximadamente seis a doce meses tras la misma (Shear, y otros, 2011).

En la mayoría de las ocasiones, si se realiza una adecuada gestión emocional tras dicho periodo se produce una clara mejoría sintomática y las personas son capaces de adaptarse de nuevo a su vida (reincorporación laboral y social). Sin embargo, en determinadas ocasiones el proceso de duelo puede resultar patológico. Un duelo patológico o complicado se puede definir en base a la intensidad de los síntomas, la duración del mismo o las consecuencias en la vida del sujeto que lo experimenta (Echeburrúa & Herrán, 2007). Así se considera patológico si:

- El individuo se siente desbordado por la situación y recurre a conductas desadaptativas para su manejo como consumo abusivo de tóxicos o psicofármacos, aislamiento social prolongado, enlentecimiento psicomotor acusado, culpa o ira exagerada, ideas o intentos de suicidio.
- Causa malestar clínicamente significativo con aparición de patología psiquiátrica, las más comunes son el trastorno de ansiedad, trastorno depresivo o trastorno de estrés postraumático.
- Supone un importante deterioro de la vida social, familiar y laboral que impide el funcionamiento del sujeto
- Duración de la reacción anormalmente larga: si tras seis meses (un año en algunas guías) el individuo no se ha recuperado lo necesario para poder reanudar sus actividades cotidianas previas y la reinserción laboral, social y familiar o si el proceso de duelo se prolonga 2-3 años tras la pérdida.

Tradicionalmente el duelo ha sido entendido como un proceso que sigue unas fases que van desde el inicio del mismo hasta la resolución. Autores como Bolwy, Parkes o Engel han definido una serie de etapas del duelo en las que se aprecian algunos elementos en común (Bowlby, 1993; Parkes & Weiss, 1983; Engel, 1964). Estas fases no son etapas fijas si no que constituyen un proceso que no se reproduce de forma exacta y que no presenta unos límites claramente establecidos, existiendo durante el mismo fluctuaciones entre ellas. Según Bolwy (Bowlby, 1993) las fases serían: embotamiento afectivo o etapa de shock (reacción inicial en la que se produce incapacidad para comprender lo sucedido, confusión, embotamiento emocional y en algunos casos negación), fase de anhelo y búsqueda (donde se toma consciencia de lo sucedido y pueden aparecer reacciones de ira

y rabia), fase de desorganización y desesperación (sentimientos de intensa tristeza, soledad, anhedonía) y fase de reorganización (reinserción emocional social y laboral).

2.3 Justificación de la intervención

Teniendo en cuenta la potencial comorbilidad asociada a procesos de pérdida perinatal es importante contemplar en la cartera de servicios hospitalarios una continuidad asistencial que garantice el cuidado de la salud mental de los padres tras una experiencia como el fallecimiento de un hijo durante la gestación o tras el nacimiento inmediato.

De forma intrínseca, los padres que han perdido un hijo se identifican dentro del grupo de alto riesgo para presentar un duelo complicado. Se calcula que un 25% de las familias presentan una prolongación e intensidad del duelo junto a otros resultados adversos psicológicos, físicos y familiares. Se ha descrito que el 10% de las mujeres que han vivido una pérdida perinatal tiene un nivel extremo de dolor que se encuadra fuera de los límites normales y que requieren tratamiento por parte de un especialista y que el 20-30% presentan alteraciones psiquiátricas en el transcurso del primer año tras la pérdida (Vargas Mendoza & Pacheco Chávez , 2011).

Uno de los factores protectores que se ha visto relacionado con el desarrollo de un duelo complicado tiene que ver con la percepción por parte de los individuos del apoyo recibido de los profesionales sanitarios tras la experiencia de pérdida perinatal (Redshaw, Rowe, & Henderson , 2014; Crawley, Lomax, & Avers, 2013).

La intervención propuesta constituye un programa de actuación en una situación de crisis aguda que pretende proporcionar herramientas de gestión emocional y de psicoeducación a los progenitores que han sufrido una pérdida con unas implicaciones tan significativas como es la pérdida perinatal. De esta manera se busca cubrir las necesidades iniciales y brindar apoyo psicológico a todos ellos, independiente de sus factores de riesgo. Esta intervención constituiría, además, un sistema de cribado de aquellos casos que requieran una atención especializada más exhaustiva por parte de los profesionales de la salud mental, creando un protocolo de derivación rápida a aquellos progenitores que así lo requieran, garantizando así el seguimiento y apoyo de forma multidisciplinar.

3. Diseño de la intervención

3.1 Participantes

La intervención descrita está dirigida a progenitores que hayan experimentado una muerte perinatal. Podrán participar tanto ambas partes de la pareja como únicamente una de las partes (ej. madres solteras, padre o madre de forma individual).

Criterios de inclusión

- Progenitores mayores de edad que hayan experimentado una muerte fetal intrauterina a partir de la semana 22 de gestación.
- Progenitores mayores de edad que hayan experimentado una muerte fetal intraparto.
- Progenitores mayores de edad cuyo recién nacido haya fallecido en los primeros siete días de vida.
- Progenitores con gestaciones múltiples que hayan experimentado la pérdida de uno o más hijos durante el embarazo tardío, parto o puerperio.

Criterios de exclusión

- Progenitores menores de edad.
- Incapacidad de comunicación en lengua Castellana o Valenciana.
- Progenitores con retraso mental moderado a grave.

3.2 Instrumentos

Se hará uso de las siguientes escalas de evaluación:

- Escala de Duelo Perinatal (PSG: Perinatal Grief Scale) (*Anexo I*): es un instrumento especialmente diseñado para evaluar el proceso de duelo perinatal que ha sido recomendada por la American Psychological association (APA) en el manual de investigación del duelo (Stroebe, Stroebe , Hansson, & Schyt, 2001). Se trata de un cuestionario auto administrado en escala tipo Likert que consta de 33 ítems, cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta. Los ítems se distribuyen en tres subescalas que son:
 - a) Duelo activo: reacciones presentes normales de duelo.
 - b) Dificultad para afrontar la pérdida: síntomas depresivos, sentimientos de culpa, falta de apoyo social, problemas en la relación de pareja.
 - c) Desesperanza: síntomas que perduran en el tiempo.

Cada una de las subescalas tiene un puntaje entre 11 y 55. La suma de las tres subescalas puede oscilar entre 33 y 165 puntos, siendo un puntaje superior o igual

a 90 indicativo de morbilidad psiquiátrica/psicopatológica severa (Mota, Calleja, Aldana, Gómez, & Sánchez, 2011).

- Inventario de duelo complicado o Escala de Prigerson (IDC) (Anexo II): Elaborada por Prigerson y traducida al español, es un instrumento de evaluación para medir la existencia de duelo complicado y permite diferenciarlo del proceso de duelo normal. Consta de 19 ítems con cinco categorías tipo Likert que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual). Para su valoración se sumarán los puntos de cada ítem pudiendo obtener una puntuación entre 0 y 76. A partir de 25 se considera la existencia de duelo complicado. Resulta un elemento de cribado que permite diferenciar entre un proceso de adaptación normal de uno patológico (Limonero García, Lacasta, García, Maté, & Prigerson, 2009).
- Cuestionario de evaluación del programa de elaboración propia (Anexo III): se trata de cuestionario creado con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción de los progenitores con el programa de intervención una vez finalizado el mismo en cuanto a contenido, duración, temporalización. Se incluye un espacio para posibles propuestas de mejora.

3.3 Procedimiento

La presente intervención se ha diseñado para ser aplicada en el ámbito hospitalario a nivel de consultas externas con una posterioridad estipulada al evento de pérdida gestacional. Por tanto está enmarcada en las competencias del profesional de la psicología hospitalaria.

Se llevará a cabo la intervención mediante 6 sesiones que pueden ser individuales o de pareja según la circunstancia y/o preferencia de los progenitores que han sufrido la pérdida. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos y una periodicidad mensual.

3.4 Objetivos

Objetivo general

- Evitar la comorbilidad asociada a procesos de duelo patológico en padres o parejas que han vivido una muerte perinatal

Objetivos específicos

- Realizar seguimiento del proceso de duelo perinatal desde el ámbito sanitario tras una pérdida perinatal.
- Identificar factores de riesgo inherentes al individuo, contexto social o características de la muerte perinatal para la complicación del proceso de duelo.
- Realizar contención emocional ante la situación de crisis vivida.
- Ofrecer información sobre el proceso de duelo perinatal y sus diferentes fases.
- Informar sobre las manifestaciones más comunes que pueden darse en el proceso de duelo perinatal.
- Analizar las emociones vividas y reconocer las manifestaciones del duelo que se encuentran presentes a nivel individual.
- Potenciar los recursos y capacidades de gestión emocional de los progenitores ante situaciones de crisis.
- Evaluar el soporte familiar y social existente en los individuos tras la pérdida perinatal.
- Evaluar el impacto de la pérdida en las relaciones sociales y de pareja.
- Facilitar la comunicación a nivel de pareja sobre aspectos relacionados con el proceso de duelo.
- Proporcionar herramientas de comunicación asertiva con el entorno social en cuanto a la pérdida gestacional.
- Proporcionar herramientas a los padres para la elaboración del duelo.
- Ayudar a los progenitores en la elaboración de cajas de recuerdo y rituales de despedida.
- Evaluar posibles conductas disfuncionales que estén dificultando el proceso de duelo y proponer soluciones para las mismas.
- Evaluar la reinserción laboral y social tras la muerte perinatal.
- Proporcionar herramientas para la reinserción laboral y social tras la pérdida perinatal.
- Preparar a las familias y ofrecer recursos de expresión y ventilación emocional en fechas señaladas como aniversarios a largo plazo una vez elaborado el duelo.
- Ofrecer pautas sobre nuevas gestaciones tras la pérdida perinatal.
- Identificar posibles síntomas de alarma o existencia de duelos complicados que indiquen la necesidad de derivación para intervención psicoterapéutica o psiquiátrica más estrecha en unidades especializadas así como establecer dichos circuitos de actuación multidisciplinar.

3.5 Cronograma

Los sanitarios, ya sean ginecólogos, obstetras, pediatras o matronas serán los encargados de ofrecer el programa a las pacientes y de realizar la interconsulta a la unidad de psicología hospitalaria donde se realizará el programa. Los pacientes serán contactados para establecer la fecha de la primera sesión y se dejará un teléfono de contacto en caso de no recibir la cita en un plazo de dos semanas. Se entregará junto al documento médico de alta hospitalaria un documento informativo sobre el programa como se detalla en el *Anexo IV* donde se contemplan los signos de alarma que deben tener en cuenta para buscar atención inmediata, así como una serie de recursos de los que pueden hacer uso en los primeros momentos tras la pérdida (libros, páginas webs, foros de padres).

La primera sesión será realizada aproximadamente un mes después de la finalización a nivel médico del proceso de pérdida perinatal, ya sea tras el alta hospitalaria post parto o tras la muerte del neonato. Este primer contacto constituye una sesión de evaluación inicial preintervención.

La segunda sesión se realizará un mes después de la primera una vez pasado el estado de shock inicial y constituirá el inicio de la intervención terapéutica. A partir de esta sesión se realizarán de forma mensual tres sesiones más. La última sesión del programa se realizará a los 6 meses de la pérdida perinatal y constituirá una evaluación post intervención y de cribaje de aquellos casos que requieran una derivación a una unidad especializada para realizar tratamiento psicoterapéutico o farmacológico pertinente.

3.6. Descripción de las sesiones

3.6.1 Fase evaluación pre-intervención

Sesión 1: Evaluación inicial de factores de riesgo y estado psicológico de los progenitores tras la pérdida perinatal

Objetivos

- Identificar factores de riesgo inherentes al individuo, contexto social o características de la muerte perinatal para la complicación del proceso de duelo.
- Identificar posibles síntomas de alarma que indiquen la necesidad de derivación para intervención psicoterapéutica o psiquiátrica más estrecha en unidades especializadas.

- Evaluar el estado inicial en el proceso de duelo perinatal tras la pérdida previo a la intervención.
- Realizar contención emocional ante la situación de crisis vivida.

Contenidos

- Presentación del programa de intervención.
- Evaluación del contexto en el que se ha producido la pérdida perinatal.
- Evaluación de los factores de riesgo inherentes a los individuos que han sufrido la pérdida.
- Evaluación de los recursos individuales de gestión emocional y apoyo socio familiar en situaciones de estrés agudo y crisis.
- Contención emocional inicial.

Duración: 60 minutos

Instrumentos

- Entrevista semiestructurada de evaluación (*Anexo V*)
- Escala de Duelo perinatal en su versión corta: PGS (Perinatal Grief Scale) y tabla de corrección de puntuaciones (*Anexo I*).

Metodología

En la primera sesión se realizará la presentación del programa así como del terapeuta que lo llevará a cabo. Se realizará en un clima de confianza con el objetivo de establecer un correcto vínculo terapéutico.

En un primer momento es importante obtener información sobre cómo ha sucedido el proceso de muerte perinatal, conocer las características individuales de cada miembro de la pareja (en caso que decidan acudir ambos) o de uno de ellos si la terapia es individual, así como los factores de riesgo que presentan para desarrollar un duelo patológico. Para ello se hará uso de la entrevista semiestructurada de evaluación del *Anexo V*.

Posteriormente se administrará la Escala de Duelo Perinatal en su versión corta (*Anexo I*). Si la puntuación obtenida en esta escala supera los 90 puntos o en caso de detectar algún síntoma de alarma será necesario derivar a los progenitores mediante un circuito rápido de atención especializada como se describe en el *Anexo VI*.

Es importante la contención emocional de los progenitores en la primera toma de contacto, validar sus emociones y dar espacio para la expresión de preocupaciones, emociones e ideas.

3.6.2 Fase de intervención

Se realizarán cuatro sesiones, en cada una se reservará un espacio para la libre expresión emocional de los progenitores tras lo cual se trabajarán diferentes aspectos en referencia al proceso de duelo perinatal.

Sesión 2: Las fases del duelo y sus manifestaciones

Objetivos

- Ofrecer información sobre el proceso de duelo perinatal y sus diferentes fases
- Informar sobre las manifestaciones más comunes que pueden darse en el proceso de duelo perinatal.
- Analizar las emociones vividas y reconocer las manifestaciones del duelo que se encuentran presentes a nivel individual.
- Potenciar los recursos y capacidades de gestión emocional de los progenitores ante situaciones de crisis.

Contenidos

- Información sobre resultados en la escala de Duelo perinatal.
- Explicación de las diferentes fases del proceso de duelo.
- Información sobre las manifestaciones del duelo en las diferentes esferas vitales: física, conductual, cognitiva, afectiva y espiritual.
- Análisis individual de las manifestaciones del duelo y las emociones experimentadas.

Duración: 60 minutos

Metodología

En primer lugar se dará un espacio para la libre expresión emocional y escucha activa. A continuación se explicarán los resultados obtenidos en la escala de duelo perinatal y su significación a nivel clínico haciendo referencia al proceso de duelo activo, la dificultad para afrontar la pérdida y la desesperanza detectadas según el cuestionario.

Posteriormente se explicará según lo redactado en el *Anexo VII* en qué consiste el duelo, cuáles son las fases más comunes por las que las personas dolientes pasan tras la pérdida haciendo hincapié en que se trata de patrones generales, que existe variabilidad interindividual y que en la mayoría de ocasiones no se pueden fijar unos límites nítidos ni se puede predecir el final del mismo. Así mismo se informará a los progenitores sobre las manifestaciones del duelo en los diferentes ámbitos de la vida como aquellas consecuencias físicas, conductuales, cognitivas, afectivas y espirituales que se pueden presentar. Se realizará un análisis individual de la situación actual del duelo, enumerando aquellos síntomas presentados en cada uno de los progenitores y sus consecuencias en su vida cotidiana así como las fases vividas hasta el momento en relación al duelo. Así mismo se buscarán propuestas de intervención con aquellas manifestaciones que supongan una fuente de malestar importante ofreciéndose recursos para el manejo de las mismas.

Sesión 3: Expresión emocional y de necesidades entre la pareja y con el entorno social.

Objetivos

- Evaluar el soporte familiar y social existente en los individuos tras la pérdida perinatal.
- Evaluar el impacto de la pérdida en las relaciones sociales y de pareja.
- Facilitar la comunicación a nivel de pareja sobre aspectos relacionados con el proceso de duelo.
- Proporcionar herramientas de comunicación asertiva con el entorno social en cuanto a la pérdida gestacional.

Contenidos

- Análisis individual del apoyo familiar y social percibido tras la muerte perinatal.
- Análisis del estado de la relación de pareja tras la pérdida.
- Herramientas para mejorar la comunicación en la pareja.
- Estrategias de comunicación asertiva con el entorno social tras la pérdida.

Duración: 60 minutos

Metodología

Al inicio de la sesión se dará espacio para la libre expresión emocional para obtener una idea global de cómo se encuentran los progenitores.

Después deberá explorarse cómo ha afectado el fallecimiento y el proceso posterior en la relación de pareja. En caso de que acudan ambas partes de la pareja se realizará un ejercicio como se contempla en el Anexo VIII donde cada uno de ellos debe reforzar las conductas que cree que le están ayudando en el proceso de duelo y aquellas que cree que le están afectando negativamente así como posibles soluciones a las mismas. Se recomendará la creación de un espacio semanal íntimo en la pareja para la comunicación donde se expresen necesidades, estados de ánimo, pensamientos y se puedan compartir las vivencias. En caso de tratarse de una madre soltera se puede realizar el mismo ejercicio pero con la persona de apoyo principal (familiar o amigo).

Posteriormente se realizará una anamnesis sobre el apoyo percibido a nivel familiar y por parte del entorno tras el proceso de pérdida. Se recapitulará como se contempla en el Anexo VIII sobre las conductas y actitudes de familiares y amigos tras la pérdida, las necesidades que han sido cubiertas y las que no. En ocasiones las personas del entorno no saben cómo ayudar a las personas dolientes, por lo que se trabajará sobre técnicas de comunicación asertiva para que los padres puedan manifestar posibles necesidades de apoyo, comunicación, ayuda en actividades de la vida diaria, cuidado de los otros hijos, espacio para estar a solas, realización de rituales de despedida, etc.

Sesión 4: Rituales de despedida.

Objetivos

- Proporcionar herramientas a los padres para la elaboración del duelo.
- Ayudar a los progenitores en la elaboración de cajas de recuerdo y rituales de despedida.
- Evaluar posibles conductas disfuncionales que estén dificultando el proceso de duelo.

Contenidos

- Análisis de los rituales de despedida llevados a cabo hasta la fecha.
- Análisis de conductas disfuncionales.
- Elaboración de la caja de recuerdos.
- Elaboración de carta de despedida.
- Planificación de rituales de despedida.

Duración: 60 minutos

Metodología

Al inicio de la sesión se dará espacio para la libre expresión emocional para obtener una idea global de cómo se encuentran los progenitores.

Posteriormente se evaluarán los rituales de despedida llevados a cabo hasta la fecha: incineración, entierro, misas religiosas, despedidas con la familia, etc. Se preguntará qué ha pasado con los objetos que habían sido comprados o regalados para el bebé (ropa, juguetes, cunas, carritos) así como por la habitación que se había preparado para el pequeño. Es común dichos objetos se vayan retirando de una manera paulatina y cuando ellos se vayan sintiendo preparados y se animará terminar de hacerlo de forma progresiva. En este punto se deben detectar las conductas de momificación y si los padres no han sido capaces de guardar dichos objetos o son resistentes a hacerlo explorar los motivos y ofrecer herramientas para ello.

Se propondrá la elaboración de una caja de recuerdos con fotografías o ecografías, objetos simbólicos (ropa, gorro, pulsera de nacimiento), cartas, huellas del bebé (si se han realizado) para la elaboración de duelo así como de una carta de despedida hacia el bebé fallecido.

Además se planificarán rituales de despedida que puedan ayudar en el proceso de duelo (ej: lectura de cartas en algún sitio simbólico para ellos, despedida junto a personas allegadas, misas religiosas, etc.).

Sesión 5: Convivir con la pérdida. Vuelta a la vida normal. Deseo gestacional.

Objetivos

- Evaluar la reinserción laboral y social tras la muerte perinatal.
- Proporcionar herramientas para la reinserción laboral y social tras la pérdida perinatal.
- Preparar a las familias y ofrecer recursos de expresión y ventilación emocional en fechas señaladas como aniversarios a largo plazo una vez elaborado el duelo.
- Ofrecer pautas sobre nuevas gestaciones tras la pérdida perinatal.

Contenidos

- Análisis de las consecuencias a nivel laboral y social de la pérdida perinatal y búsqueda de soluciones.
- Información sobre la posible intensificación de síntomas en fechas señaladas y elaboración de recursos para su gestión.
- Orientación sobre deseo gestacional.

Duración: 60 minutos

Metodología

Se evaluará si se ha producido una correcta reinserción a nivel laboral y social tras la pérdida. Se realizará un análisis conjunto sobre los efectos que ha tenido en el trabajo (dificultad de concentración, problemas atencionales o de memoria, aumento de fallos, incremento en los niveles de ansiedad, desmotivación) entendiendo que pueden formar parte del proceso dentro de unos límites pero intentando buscar herramientas para minimizar su impacto (ej. Realizar técnicas de relajación, mindfulness, sistematización en tareas simples, etc.). Se realizará de igual forma con la reinserción a nivel social evaluando problemas como la ansiedad o fobia social, dificultad para entablar conversaciones con los demás, conductas evitativas con amigos o familiares. Si no se ha producido la reinserción a la vida normal se explorarán los motivos y se acordarán posibles soluciones (ej. reincorporarse a media jornada, pedir ayuda con las tareas a compañeros de trabajo, realizar actividades con personas de confianza en grupos pequeños, etc.).

Por otro lado se explicará que la intensidad de las emociones debe ir decreciendo con el tiempo tras una correcta gestión del duelo, pero es normal que se produzcan momentos de recaída y aumento temporal de la intensidad de los síntomas coincidiendo con aniversarios, días señalados, festividades u otras ocasiones significativas y es importante que los padres estén preparados para ello. Se informará sobre la relevancia de conductas de ventilación y expresión emocional con las personas más allegadas cuando llegue el momento así como la realización de rituales conmemorativos si se considera necesario.

Se explorará el deseo genésico de los progenitores, recomendando posponer el embarazo de seis a doce meses o hasta la correcta elaboración del duelo. Es relevante reforzar la idea de que para volver a quedar embarazada ambos progenitores deben estar preparados psicológicamente para ello y debe ser un deseo compartido entre ambos. Hasta ese momento se deben recomendar métodos anticonceptivos y la posibilidad de consultas en planificación familiar así como de visitas preconcepcionales para la planificación de la nueva gestación y realización de un seguimiento más estrecho.

3.6.3 Fase evaluación tras intervención

Sesión 6: Sesión de evaluación post-intervención.

Objetivos

- Reevaluar el estado de los progenitores en cuanto al proceso de duelo perinatal tras la intervención.
- Detectar procesos de duelo complicado o patológico.
- Evaluar la satisfacción de los progenitores con la intervención realizada.

Contenidos

- Evaluación del estado de los progenitores en el proceso de duelo perinatal una vez realizada intervención.
- Administración de inventario de duelo complicado.
- Realización de encuesta de satisfacción con el programa de intervención.

Duración: 60 minutos

Instrumentos:

- Escala de Duelo perinatal en su versión corta: PGS (Perinatal Grief Scale) y tabla de corrección de puntuaciones (*Anexo I*).
- Inventario de Duelo Complicado o Escala de Prigerson (IDC) (*Anexo II*)
- Encuesta de satisfacción con el programa de intervención (*Anexo III*)

Metodología

En primer lugar se administrará de nuevo la Escala de Duelo perinatal (*Anexo I*) para evaluar las diferencias en las puntuaciones respecto a las obtenidas preintervención.

Posteriormente se administrará el IDC o Escala Prigerson (*Anexo II*) para realizar un cribaje de aquellos duelos complicados que precisan continuar una intervención especializada.

Se realizará un análisis conjunto sobre el proceso del duelo hasta la fecha, los aspectos que quedan por mejorar y aquellos que han ido solucionándose con la intervención y la gestión emocional. Se explorarán las manifestaciones y síntomas (trabajados en la sesión 2) que persisten una vez pasado unos meses. Se volverá a analizar si existe algún síntoma de alarma claro.

Si los progenitores presentan una puntuación >90 en la escala de duelo perinatal y/o un total de >25 puntos en el inventario de duelo complicado y/o comorbilidades importantes (presencia de síntomas de alarma, persistencia de intensidad de los síntomas, ansiedad, síntomas depresivos) se les explicará la necesidad de derivación a una unidad especializada que se realizará siguiendo el circuito del Anexo VI.

Por último se entregará a los progenitores una encuesta de satisfacción con el programa de intervención en el que exista un espacio para sugerencias y propuestas de mejora (*Anexo III*).

4. Conclusiones

La muerte perinatal no acaba cuando se termina el proceso médico al salir del hospital si no que conlleva un largo proceso de duelo para el que hay que realizar un seguimiento asistencial adecuado teniendo en cuenta el impacto en la salud mental que puede generar en las vidas de aquellos progenitores que lo experimentan. El duelo perinatal no solo conlleva un proceso de adaptación ante una pérdida de un ser querido sino que también implica en ocasiones la pérdida de un proyecto de vida como padres y como familia que resulta difícil de gestionar (Scott, 2011).

La escasez de intervenciones destinadas al cuidado y seguimiento de los padres una vez terminado el proceso asistencial inmediato pone de manifiesto la importancia de realizar un programa destinado para este fin.

Desde el presente trabajo se propone mediante una intervención breve proporcionar a los progenitores herramientas de gestión emocional y psicoeducación para facilitar el proceso de elaboración del duelo. El principal objetivo es dirigir dicho proceso detectando y reconduciendo aquellas conductas disfuncionales que entorpecen el correcto procesamiento del duelo y reforzando aquellas que suponen un beneficio para el mismo. Por tanto se realizaría una intervención para la prevención de la aparición de duelos complicados y sus comorbilidades asociadas, realizando un seguimiento y tratamiento desde un punto de vista holístico de los progenitores.

5. Referencias bibliográficas

- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and neonatal nursing*(33), 765-773.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores del duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 88, 85-95.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Buchi, S., Morgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Glaser, A., & Fauchere, J. C. (2009). Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics*, 50(2), 123-30.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Cacciatore, J. (2007). Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega (Westport)*, 55(1), 71-90.
- Crawley, R., Lomax, S., & Avers, S. (2013). Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*(31), 195-207.
- Daugirdaitė, V., Van Den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of Pregnancy*, 14.
- DeBackere, K. J., & Hill, P. D. (2008). The Parental Experience of Pregnancy after perinatal loss. *Journal of obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*(37), 525-537.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. New York: Lexington books.
- Echeburúa, E., & Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? Análisis y modificación de conducta. *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.
- Engel, G. (1964). Grief and Grieving. *American Journal of Nursing*(64), 93-98.

- Farrales, L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., & Klein, M. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychology*, 8-18.
- Fenstermacher, K., & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal bereavement: A principle-based concept analysis. *Journal of advanced nursing*(69), 2389-2400.
- Gold, K. J., Dalton, V. K., & Schwenk, T. (2007). Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics and Gynecology*, 109(5), 1156-1166.
- Hendrickson, K. C. (2009). Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliative and supportive care*(7), 109-119.
- Horsch, A., Jacobs, I., & McKenzie-McHarg, K. (2015). Cognitive predictors of PTSD and its relationship with perinatal grief following stillbirth: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*(28), 1-8.
- Huberty, J. L., Matthews, J., Lieferman, J., Hermer, J., & Cacciatore, J. (2016). When a baby dies: A systematic review of experimental interventions for women after stillbirth. *Reproductive Sciences*, 24(7), 967-975.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*(33), 765-773.
- Hutti, M. H., Myers, J., Hall, L. A., Polivka, B. J., White, S., Hill, J., . . . Grisanti, M. M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal Psychosomatic medicine*, 101, 128-134.
- Limonero García, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de duelo complicado. *Revista medicina paliativa*, 16(5), 291-297.
- López, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70.
- Mota, C., Calleja, N., Aldana, E., Gómez, M. E., & Sánchez, M. A. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.

- Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York : Basic Books.
- Redshaw, M., Rowe, R., & Henderson , J. (2014). *Listening to Parents After Stillbirth or the Death of Their Baby After Birth*. (N. p. unit, Ed.) Oxford: University of Oxford.
- Scott, J. (2011). Stillbirths: breaking the silence of a hidden grief. *Lancet*(377), 1386-1388.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., & Duan, N. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*(28), 103-117.
- Shreffler, K., Hill, T., & Cacciatore, J. (2012). The impact of infertility, miscarriage, stillbirth, and child death on marital dissolution. *Journal of Divorce and Remarriage*(53), 91-107.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). www.sego.es.
- Stroebe, M. S., Stroebe , W., Hansson, R. O., & Schyt, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington. Washington DC: American Psychological Association.
- Vargas Mendoza, J. E., & Pacheco Chávez , A. I. (2011). Óbito fetal, distimia y reacción depresiva. *Centro regional de investigación en Psicología*, 4, 49-55.
- Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A., & Conelly , C. D. (2017). Connelly, C.D. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*(26), 3859-6868.

ANEXOS

ANEXO I

ESCALA DE DUELO PERINATAL (PSG: PERINATAL GRIEF SCALE)

Puntuaciones: 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

AFIRMACIÓN					
1. Me siento deprimida	5	4	3	2	1
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas	5	4	3	2	1
3. Me siento vacía	5	4	3	2	1
4. No puedo realizar las tareas cotidianas	5	4	3	2	1
5. Siento la necesidad de hablar de mi bebé	5	4	3	2	1
6. Me lamento por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
7. Estoy asustada	5	4	3	2	1
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé	5	4	3	2	1
9. Tomó medicación para el nerviosismo	5	4	3	2	1
10. Extraño mucho a mi bebé	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
13. Me enojo cuando pienso en mi bebé	5	4	3	2	1
14. Llora cuando pienso en mi bebé	5	4	3	2	1

15. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé	5	4	3	2	1
16. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé	5	4	3	2	1
17. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé	5	4	3	2	1
18. Intentó reír pero ya nada me parece gracioso	5	4	3	2	1
19. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé	5	4	3	2	1
20. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé	5	4	3	2	1
21. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
22. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
23. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé	5	4	3	2	1
24. Necesito justificarme ante algunas personas por la vida de mi bebé	5	4	3	2	1
25. A veces siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez	5	4	3	2	1
26. Me siento como muerta en vida	5	4	3	2	1
27. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé	5	4	3	2	1
28. Me siento apartada y sola aunque esté con amigos	5	4	3	2	1
29. Siento que es mejor no amar	5	4	3	2	1
30. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones	5	4	3	2	1
31. Me preocupa cómo será mi futuro	5	4	3	2	1
32. Una madre desolada por la pérdida de su bebé es inferior a otra	5	4	3	2	1
33. Es maravilloso estar vivo	1	2	3	4	5

SUBESCALAS Y PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE DUELO PERINATAL

TABLA DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA

Subescala 1 (Duelo activo)	Subescala 2 (Dificultad para afrontar la pérdida)	Subescala 3 (Desesperanza)
1	2	9
3	4	15
5	8	16
6	11	17
7	21	18
10	24	20
12	25	22
13	26	23
14	28	29
19	30	31
27	33	32
TOTAL 1 ____	TOTAL 2 ____	TOTAL 3 ____
PUNTUACIÓN TOTAL:		

ANEXO II

INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (IDC): ESCALA DE PRIGERSON

AFIRMACIÓN	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan	5	4	3	2	1
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida	5	4	3	2	1
4. Anhelo a la persona que murió	5	4	3	2	1
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	5	4	3	2	1
6. No puedo evitar sentirme enfadada con su muerte	5	4	3	2	1
7. No me puedo creer que haya sucedido	5	4	3	2	1
8. Me siento aturdido por lo sucedido	5	4	3	2	1
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente	5	4	3	2	1

10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban	5	4	3	2	1
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció	1	2	3	4	5
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió	5	4	3	2	1
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió	5	4	3	2	1
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	5	4	3	2	1
15. Escucho la voz o el llanto de la persona fallecida	5	4	3	2	1
16. Veo a la persona que murió delante de mí	5	4	3	2	1
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto	5	4	3	2	1
18. Siento amargura por la muerte de esa persona	5	4	3	2	1
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	5	4	3	2	1

ANEXO III

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DUELO PERINATAL

Los ítems que se presentan a continuación tratan de evaluar vuestra satisfacción con el programa de intervención para el duelo perinatal.

Puntuaciones: 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

1. Creo que la intervención me ha servido de gran ayuda	1	2	3	4	5
2. Sin la ayuda del programa no habría sabido gestionar el proceso de duelo perinatal	1	2	3	4	5
3. Se han tratado los temas que más me preocupaban tras perder a mi hijo/a	1	2	3	4	5
4. La intervención me ha proporcionado herramientas de gestión emocional	1	2	3	4	5
5. Me siento satisfecho/a con el seguimiento asistencial tras la pérdida de mi bebé	1	2	3	4	5
6. El terapeuta ha sido empático	1	2	3	4	5
7. El terapeuta ha respetado mis necesidades y problemas personales	1	2	3	4	5
8. Me siento bien atendido/a por el personal sanitario tras la muerte de mi bebé	1	2	3	4	5
9. La intervención me ha ayudado a retomar mi vida normal	1	2	3	4	5
10. La periodicidad de las sesiones me ha parecido adecuada	1	2	3	4	5
11. La duración de las sesiones me ha parecido adecuada	1	2	3	4	5

ANEXO IV

Entregar junto a recomendaciones al alta tras el proceso médico de muerte perinatal

¿EN QUE CONSISTE EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DUELO PERINATAL?

El programa de intervención para el duelo perinatal pretende ofreceros un seguimiento por parte de un psicólogo especialista en vuestro proceso de duelo tras la pérdida de vuestro hijo/a. Sabemos la importancia que tiene para vosotros el proceso por el que acabáis de pasar y lo difícil que es gestionar emocionalmente esta pérdida, por eso resulta fundamental acudir a las sesiones que forman parte de este programa donde hemos creado un espacio para compartir y elaborar con ayuda especializada el momento tan duro que acabáis de vivir.

Se realizarán seis sesiones mensuales a las cuales podéis asistir ambos miembros de la pareja o de manera individual solo uno de los padres. Estas sesiones se harán en una Consulta especializada que se encuentra en la planta X del Hospital.

Es normal que en estos momentos estéis experimentando una gran variedad de emociones y que la intensidad de las mismas os abrume, pero es importante que consultéis con un especialista de forma inmediata (llamando al teléfono xxx-xxxx-xxx) si en algún momento antes de acudir a las citas o entre las mismas presentáis uno de los siguientes síntomas:

- Incapacidad absoluta para realizar tareas de la vida diaria (comer, dormir, vestirse, mantener la higiene personal)
- Estados catatónicos (la persona se queda paralizada y es incapaz de moverse)
- Alucinaciones visuales o auditivas persistentes con poca consciencia crítica
- Alteraciones conductuales gravemente distorsionadas respecto al comportamiento de la persona previo al fallecimiento
- Ideas o pensamientos recurrentes de suicidio

Será contactado en un plazo de dos semanas para agendar la cita. En caso de no producirse dicha llamada podrá contactar en el teléfono XXX-XXX_XXX para solicitar su cita.

PRIMERA CITA SERÁ EL DÍA: ____ / ____ / ____

(HOSPITAL _____ PLANTA _____ CONSULTA _____)

RECURSOS

Existen diferentes asociaciones y plataformas que se pueden encontrar a través de internet y redes sociales que constituyen un punto de encuentro y de ventilación emocional para personas que han pasado como vosotros por una pérdida perinatal. Aquí os proponemos una serie de recursos de los que podéis hacer uso que pueden ayudaros en estos primeros momentos:

Páginas web y foros En castellano:

- <http://www.umamanita.es>
- <http://www.petitsambllum.org>
- <http://superandounaborto.foroactivo.com>
- <http://www.vivirlaperdida.com>
- <http://www.amad.es> (Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo), Madrid.
- <http://www.duelo.org> (Panamá)
- <http://www.missfoundation.org/spanish/index.html>

Páginas web y foros en inglés:

- <http://www.uk-sands.org> (Stillbirth and Neonatal Death Society)
- <http://www.aplacetoremember.com>
- <http://www.alfinlibros.com> (Librería virtual especializada el duelo)

Libros

- CARMELO, Anji. Déjame llorar & De la oruga a la mariposa. Ed. Taranná 2007.
- SHEROKEE, Isle. Brazos Vacíos. Ed. Wintergreen Press, Estados Unidos 2005.
- CLARAMUNT, M. Àngels y colaboradores. La Cuna vacía. Ed. La esfera de los libros, España 2009.
- DODGE, Nancy C. El cuento de Thumpy. Ed. Share Pregnancy & Infant Loss, 1986
- KIRK, Paul & SCHWIEBERT Pat. Cuando Hola significa Adios. Ed. Perinatal Loss, Portland, Ore 1985.
- SAVAGE, Judith. Duelo por las vidas no vividas. Ed. Luciérnaga, 1992.

ANEXO V

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA EVALUACIÓN INICIAL

Factores relacionados con el individuo

- Estado civil de la madre (en caso de terapia individual):
- Tipo de relación de pareja:
- Nº de hijos:
- Nivel académico:
- Religiosidad:
- Existencia de patología mental previa:
- Situaciones adversas que hayan acontecido en el pasado y cómo se gestionaron:

- Qué recursos individuales considera que presenta el/los individuos para la gestión de situaciones de crisis:

Factores relacionados con el contexto individual

- Situación laboral personal:
- Estabilidad laboral y económica:
- Problemas de fertilidad: uso de técnica de reproducción asistida
- Apoyo familiar:
- Apoyo social percibido
- Existencia de otros procesos concomitantes de duelo
- Existencia de otros problemas vitales importantes

Breve resumen del proceso de pérdida perinatal:

Factores relacionados con el evento de la muerte perinatal

- ¿Cómo se dio la noticia de la muerte perinatal?

- ¿Fue una noticia inesperada o existía algún tipo de patología previa que os hubiera preparado para la posibilidad de que sucediese?

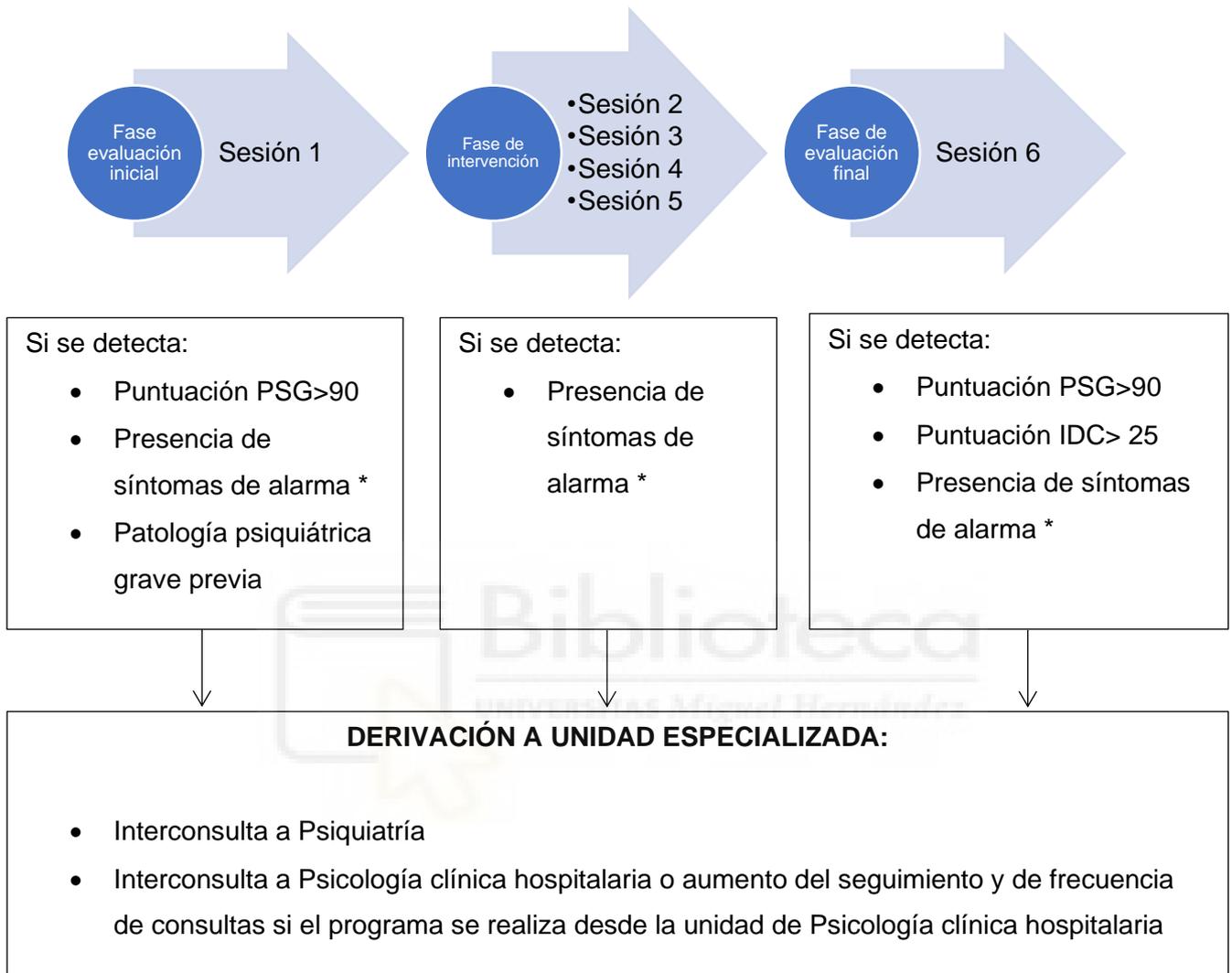
- ¿Los profesionales sanitarios explicaron de forma adecuada el proceso a seguir?

- ¿Fue un parto vaginal o una cesárea? ¿Hubo dolor físico asociado?
- ¿Se ofreció apoyo emocional durante el proceso?
- ¿Tras el parto pudieron ver al bebé fallecido, pasar tiempo con él y despedirse?
¿Cómo fue ese momento?
- ¿Qué factores han impactado de forma positiva y de forma negativa en el proceso durante la estancia hospitalaria?
- ¿conoce el motivo de la muerte?
- ¿Se ha realizado algún tipo de despedida? Entierro, incineración, misa de funeral



ANEXO VI

ESQUEMA DE ACTUACIÓN EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN



*SÍNTOMAS DE ALARMA

- Incapacidad absoluta para realizar tareas de la vida diaria (comer, dormir, vestirse, mantener la higiene personal)
- Estados catatónicos
- Psicosis del duelo (cuadro psicótico reactivo)
- Alteraciones conductuales gravemente distorsionadas respecto al comportamiento de la persona previo al fallecimiento
- Ideas o pensamientos recurrentes de suicidio. Intentos autolíticos.

ANEXO VII

PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROCESO DE DUELO

¿Qué es el duelo?

El duelo constituye una reacción de adaptación psicológica ante la pérdida de algo preciado para un individuo y vinculado a él. En este caso el duelo se produce tras el fallecimiento de un feto o un bebé y la pérdida resulta el inicio de un proceso adaptativo para los padres que deben continuar con su vida sin su hijo.

Fases del duelo

Tradicionalmente el duelo ha sido entendido como un proceso que sigue unas fases que van desde el inicio del mismo hasta la resolución. Estas fases no son etapas fijas si no que constituyen un proceso que no se reproduce de forma exacta y que no presenta unos límites claramente establecidos, existiendo durante el mismo fluctuaciones entre ellas. Las fases serían:

1. Embotamiento afectivo o etapa de shock: se trata de una reacción inicial en la cual existe una incapacidad para comprender lo que ha sucedido y la persona se siente confusa y desorientada. La dificultad para aceptar la realidad provoca una sensación de desrealización y embotamiento emocional. En algunos casos se puede producir una fase de negación de la realidad. La persona puede funcionar como si nada hubiese sucedido o puede existir una parálisis emocional como respuesta al evento sucedido. El shock constituye un mecanismo protector que ofrece un tiempo a la persona para abordar la información recibida.
2. Fase de anhelo y búsqueda: una vez se toma conciencia de lo sucedido la persona sufre un estado de excitabilidad psicológica aumentada en la cual las emociones se experimentan de forma más intensa. La persona puede mostrarse inquieta e irritable y son normales los sentimientos de ira y rabia. En este periodo los dolientes repasan obsesivamente todos los hechos ocurridos en busca de respuestas y qué se pudo haber hecho para evitarlo, apareciendo sentimientos de culpa.
3. Fase de desorganización y desesperación: este periodo está marcado por los sentimientos depresivos y de pérdida de ilusión por la vida. Se empieza a tomar conciencia de que los planes vitales que se habían establecido con el bebé no se llevarán a cabo por lo que se experimenta una intensa tristeza. Son normales los sentimientos de intensa soledad.
4. Fase de reorganización: la persona redefine su identidad perdida y reconduce con un nuevo significado lo que supuso la pérdida. Se produce la reinserción emocional

y social al mundo cotidiano. El bebé que ha fallecido no se olvida y se pone en un lugar especial pero la energía emocional se reorienta hacia otros aspectos de la vida. (Cabodevilla, 2007)

Manifestaciones comunes

Las manifestaciones más comunes en el proceso de duelo perinatal son:

- Físicas: alteraciones en el patrón de sueño, pérdida de apetito, sensación de agotamiento, pérdida de energía, cefalea, opresión en el pecho, problemas gastrointestinales
- Conductuales: llanto, ira, cansancio, desinterés, necesidad de aislamiento social, dificultad para concentrarse, problemas de memoria y de retención de nueva información
- Cognitivas: confusión, preocupación, desinterés, pensamientos obsesivos acerca del bebé fallecido, autoestima baja, desesperanza, sensación de irrealidad y despersonalización
- Afectivas: tristeza, ansiedad, shock, culpa, desesperación, hostilidad, sensación de soledad, enfado.
- Espirituales: búsqueda de sentido, transcendencia, realización de ritos religiosos, reconexión con religión y con el mundo espiritual. (Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias, & Serrano , 2012)

ANEXO VIII

EJERCICIO PARA LA EXPRESIÓN EMOCIONAL CON LA PAREJA

Conductas de mi pareja que me han ayudado en el proceso de duelo perinatal	Conductas de mi pareja que me producen dolor o me molestan	Posibles soluciones o acciones que se pueden llevar a cabo en su lugar

EJERCICIO PARA LA EXPRESIÓN EMOCIONAL CON LA PERSONA DE APOYO

Conductas de mi persona de apoyo que me han ayudado en el proceso de duelo perinatal	Conductas de mi persona de apoyo que me producen dolor o me molestan	Posibles soluciones o acciones que se pueden llevar a cabo en su lugar

EJERCICIO PARA LA EXPRESIÓN EMOCIONAL CON EL ENTORNO SOCIAL

<p>¿Cómo intentan ayudarme las personas de mi entorno?</p>	
<p>¿Qué actitudes o conductas me ayudan o me hacen sentir bien?</p>	
<p>¿Qué actitudes o conductas me hacen sentir mal? ¿Por qué crees que las realizan? ¿Cómo puedo comunicarlo de forma asertiva?</p>	
<p>¿Qué me gustaría que hicieran por mí las personas de mi entorno? ¿Cómo puedo comunicarlo de forma asertiva?</p>	<p>Biblioteca UNIVERSITAS Miguel Hernández</p>