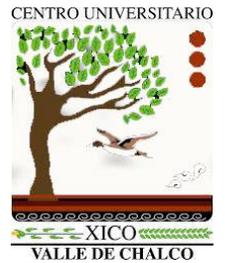




UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México
C.U. VALLE DE CHALCO



VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA TÈCNICA “INICIO DEL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES CON PÈRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN”

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A

ROCÍO JUÁREZ RODRÍGUEZ

TUTOR ACADÉMICO

DR. EN C.S. IHOSVANY BASSET MACHADO

TUTOR ADJUNTO

DR. EN C.S. RAFAEL ANTONIO ESTÈVEZ RAMOS

TUTOR ADJUNTO

DR. EN S.P. JULIO FLORES VILLEGAS

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO NOVIEMBRE 2018.



Valle de Chalco Solidaridad, Edo de Méx. a martes, 30 de octubre de 2018

MTRO. JUAN MANUEL SÁNCHEZ SOTO
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA ENFERMERÍA PERINATAL
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO.

P R E S E N T E.

Por este medio le comunico a usted que la comisión revisora designada para realizar Trabajo terminal de grado denominada: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA TÉCNICA "INICIO DEL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES CON PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN", como parte de los requisitos para obtener el grado académico de Maestría en **Enfermería Perinatal** presenta **Rocío Juárez Rodríguez**, con número de cuenta **1630661** para sustentar el acto de evaluación de grado, ha dictaminado que dicho trabajo reúne las características de contenido para proceder a la impresión del mismo

A T E N T A M E N T E

Tutor adjunto

Tutor Académico

Tutor Adjunto

**Dr. Julio Flores
Villegas**

**Dr. Ihosvany Basset
Machado**

**Dr. Rafael Antonio
Estévez Ramos**





Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México martes, 30 de octubre de 2018

Rocío Juárez Rodríguez
CANDIDATO A GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO

Presente

De acuerdo con el Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México y habiendo cumplido con todas las indicaciones que la Comisión Revisora realizó con respecto a su **Trabajo Terminal de Grado** titulado **VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA TÉCNICA “INICIO DEL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES CON PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN”** la Coordinación de la Maestría en **Enfermería Perinatal** del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco concede la autorización para que proceda a la impresión de la misma.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi especial consideración y estima.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
“2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”

MTRO. JUAN MANUEL SÁNCHEZ SOTO
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA ENFERMERÍA PERINATAL
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM
VALLE DE CHALCO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN





CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

Asunto: Tesis

JEI/639/17

25 de Octubre de 2017

L.E.O. Rocío Juárez Rodríguez
Enfermera Especialista
Presente

En **respuesta** a su solicitud para **recabar información**, en esta Unidad Hospitalaria, la cual **servirá** para su **tesis**; le comunicamos que **no existe inconveniente**; para la realización de esta actividad.

Se le **sugiere se coordine** con su servidor; traiga consigo el material que considere necesario para la realización del mismo; se le **exhorta a no dar mal uso de la información obtenida (recuerde que es confidencial)**; así mismo se le **requiere un ejemplar** de la misma ya concluida.

Sin más por el momento le envió un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Fernando Fernández Pérez
Jefe Enseñanza e Investigación
Secretario Técnico del Comité de Bioética

Ccp.- Dirección.- para su superior conocimiento.- presente
Subdirección Médica.- mismo fin.- presente



SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General Iztapalapa
"Dr. Juan Ramón de la Fuente"
Jefatura de Enseñanza e Investigación

Av. Ermita Iztapalapa N° 3918, Col. Citlali, C.P. 09660
Del. Iztapalapa, Tel. 58047000
df.gob.mx
salud.df.gob.mx

DEDICATORIAS

Nada en mi vida sería posible sin mi Dios, gracias por permitirme llegar a este camino, permíteme seguir adelante a pesar de los tropiezos.

Hasta el cielo va un agradecimiento para ti *Ramón* que me dejaste lo mejor de tu vida, en esos seres hermosos que me llaman Mamá, siempre estarás en mi corazón.

Con la mitad de mi corazón un agradecimiento infinito a ti *Mafe* por permitirme guiarte en este camino, por ayudarme siempre que lo necesito y, sobre todo porque a pesar de que hemos pasado momentos difíciles tu sonrisa siempre me impulsa a seguir adelante.

La otra mitad de mi corazón para ti *Diana* quien día a día me enseñas que todo se puede lograr con esfuerzo y dedicación, gracias por ser parte de mi vida y sobre todo gracias porque sé que a pesar de las circunstancias siempre estarás ahí para apoyarme.

¡LAS AMO MIS BEBÉS!

A mis *Padres* quiénes a pesar de todo me han brindado su apoyo en esta trayectoria.

A mis *hermanos, sobrinos y cuñados*, quiénes siempre me han apoyado.

Dicen que el universo confabula para poner en nuestro camino, a seres que nos ayudan a trascender en esta vida y sin duda yo lo he encontrado en ti, mi amigo de locuras con quien me atrevo a ser... Gracias *Cornelio Cante* por estar justo cuando te necesito, mi vida no sería lo mismo sin ti.

Existe un gran ser humano que siempre ha estado ahí para apoyarme a cumplir mis ideales en lo académico, profesional y personal, sin duda es el ángel más grande que el universo me envió. Gracias Dr. *Fernando Fernández Pérez*

No acabaría de mencionar a las personas que han estado conmigo en momentos difíciles, a todos ellos: ¡Mil Gracias!

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco muy en especial a las pacientes que me han permitido aplicar la técnica de inicio de proceso de duelo, que aún con su dolor han accedido a platicar conmigo y a las que espero hayan logrado un duelo fisiológico, que es el principal objetivo de la misma.

No existen palabras para agradecer a todas las personas que han pasado por mi vida, algunas se han ido, otras han trascendido pero la mayoría se han quedado conmigo, de las cuales he aprendido y lo mejor de todo es que he evolucionado para bien.

Agradezco a todos mis tutores, amigos incondicionales:

Al Dr. Ihosvany Basset Machado quien me ha brindado su amistad, paciencia y apoyo en los momentos de dolor, quien cuando lo requería abría sus brazos para abrazarme y apoyarme en él, y quien ha sido pieza fundamental en el avance de este trabajo.

Al Dr. Rafael Antonio Estévez Ramos, quien sin ser mi tutor directo me ayudó a avanzar enormemente con el trabajo.

A Juan Manuel Sánchez Soto, amigo querido y respetado, quien siempre creyó en mí y quien siempre me ha apoyado con este trabajo y en los aspectos personales.

A Cristy Pérez Guerrero, quien me ha adoptado como amiga y quien también me apoyó en todo lo que requerí en los momentos difíciles vividos estando en Camagüey, Cuba.

No puedo dejar de mencionar a Alain Gordo Sifuentes, maestro y amigo muy querido.

A la maestra Angye Monroy Martínez quien desde que la conocí me ha brindado su amistad incondicional y quien me ha regalado importantes aportaciones para la culminación de este trabajo.

Y por último pero no menos importante a todos esos ángeles de blanco, compañeras mías quienes han participado directa e indirectamente en la realización de éste trabajo, a mis jefas Zita y Estelita, a mis grandes amigas Irene y Guille, gracias por siempre creer en mí.

Validación por Juicio de Expertos
de la Técnica “Inicio del Proceso
de Duelo en Pacientes con Pérdida
del Producto de la Concepción”

INDICE

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agradecimientos 		
I. INTRODUCCIÓN		2
II. ESTADO DEL ARTE		
<ul style="list-style-type: none"> - Metodología Delphi 		4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características básicas y posibilidades para la investigación 		5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventajas y desventajas 		6
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principales ventajas sobre otras técnicas 		6
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección de expertos 		7
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clasificación del método Delphi 		7
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo se aplica? 		8
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cierre o resultados 		10
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confiabilidad y validez del instrumento de evaluación 		11
<ul style="list-style-type: none"> - Técnica 		13
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida 		14
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la infancia 		15
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la adolescencia 		18
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la edad adulta 		19
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la adultez temprana o adulto 		19
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la edad adulta o intermedia 		20
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas en la edad adulta o tardía 		21
<ul style="list-style-type: none"> - Duelo 		21
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fases del duelo según Elizabeth Kübler Ross 		21
<ul style="list-style-type: none"> - Muerte fetal 		24
<ul style="list-style-type: none"> - Ritos y mitos en torno a la muerte 		30
<ul style="list-style-type: none"> - Algunos apoyos con respecto al manejo del duelo 		33
<ul style="list-style-type: none"> - La reacción del padre ante la pérdida 		34
<ul style="list-style-type: none"> - El comportamiento del personal de salud 		36
<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes 		39
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emociones positivas 		41
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros recursos 		43
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		45
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcance 		
IV. JUSTIFICACIÓN		47
V. OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo General 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos Específicos 		50
VI. METODOLOGÍA		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de investigación 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de estudio 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universo 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muestreo 		51
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muestra 		52

▪ Criterios de inclusión de expertos	52
▪ Criterios de exclusión de expertos	52
▪ Criterios de eliminación de expertos	52
▪ Recolección de datos	52
▪ Aspectos éticos	52
▪ Recolección de datos	52
▪ Análisis y procesamiento de los resultados	54
VII. RESULTADOS	55
VIII. DISCUSIÓN	85
IX. CONCLUSIONES	89
ANEXOS	91
X. BIBLIOGRAFÍA	96



INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge de la necesidad de validar una técnica que he llamado *“Inicio Del Proceso De Duelo En Pacientes Con Pérdida Del Producto De La Concepción”* la cual diseñé hace algunos años y he aplicado a pacientes que ingresan al servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de puerperio fisiológico más óbito, es decir, que llegan al hospital con un embarazo de término refiriendo no percibir los movimientos de su bebé y/o al ser atendidas se encuentran con la noticia de que su producto ha muerto, motivo por el cual considero necesario difundir entre el personal de enfermería esta técnica y que se capacite para que pueda aplicarla en el puerperio inmediato, beneficiando con ello a la paciente a quien se le apoyará aun estando hospitalizada y lo más importante, sin generar gastos adicionales ni consultas subsecuentes, otorgándole la oportunidad de iniciar un proceso de duelo fisiológico.

El profesional de enfermería cuenta con los conocimientos científicos necesarios para brindarle atención a la paciente, pero en muchas ocasiones no se atreve, porque no cuenta con las herramientas necesarias para brindarle atención en el aspecto emocional o como menciona Pastor en su artículo *“la vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud”* (Pastor Montero & Romero Sánchez, 2011) que el personal de salud aprenda a desenvolverse en estas situaciones, saber, escuchar, estar y comprender la pena ajena, en este sentido, se debe reconocer que la intervención hospitalaria es muy corta y en ocasiones solo da espacio para prestar “primeros auxilios psicológicos” en algunos casos, pero que no eliminaran el sentimiento por la pérdida. Los padres nunca olvidarán ese apoyo otorgado por el personal de salud durante ese difícil momento.

La paciente requiere procesar lo que está sintiendo, se encuentra sin respuestas que justifiquen su pérdida... ¿Por qué? ¿Qué hice mal? ¿Qué sucedió? Son algunos de los cuestionamientos que se hacen y que en la mayoría



de las ocasiones no poseen una respuesta que satisfaga su necesidad, lo que suele en algunos casos, complicarse con depresión.

Estas mujeres, aparte de sufrir el dolor por la pérdida de su hijo, se enfrentan a la ausencia de explicaciones por lo que sucedió, sienten culpa por no haber protegido a ese producto, aunado a que no se cuenta con infraestructura hospitalaria adecuada para atenderlas en un cubículo donde no escuchen llorar a los bebés que han tenido la oportunidad de nacer.

La técnica de *“Inicio Del Proceso De Duelo En Pacientes Con Pérdida Del Producto De La Concepción”* Ofrece a la paciente que acaba de sufrir la muerte de su producto, ya sea de un embarazo de término o uno mayor a 22 semanas, un apoyo para iniciar su duelo fisiológico y se aplica de preferencia en las primeras horas posteriores al deceso, no requiere realizar inversiones económicas que afectarían aún más a la paciente y a su familia, debido a que es la misma enfermera capacitada quien podrá brindar la atención.

Mucho se habla de las principales causas de muerte de estos productos ante parto, en su mayoría son debidas a: enfermedad hipertensiva en el embarazo por disminución de la perfusión sanguínea útero placentario: al provocar hipoxia; Infecciones como: sífilis, toxoplasmosis y citomegalovirus; trastornos relacionados con el crecimiento fetal: embarazos gemelares y malformaciones congénitas. (Camacho, 2012).

A nivel mundial se habla de que existen aproximadamente 6.3 muertes perinatales por cada 1000 embarazos. Estadísticas en México mencionan que la muerte perinatal es de 8.2% en 1000 embarazos. (World Bank Group, 2015).

La idea de aplicar esta técnica en el hospital, es precisamente, disminuir el riesgo de incrementar la morbilidad en la paciente en el puerperio inmediato, mediano y tardío, y evitar el riesgo de que llegue a un proceso de depresión, que impida incluso un futuro embarazo.



ESTADO DEL ARTE.

Metodología Delphi

Esta metodología vio la luz por primera vez en el año de 1963, en este año, dos matemáticos norteamericanos llamados Norman Dalkey y Olaf Hermes, quienes iniciaron el primer estudio Delphi titulado: *An experimental application of the Delphi method to the use of experts* con el fin de llegar a un consenso entre 7 expertos sobre un tema político militar, a partir de ahí se dio un incremento de su uso alcanzando cifras mayores a mil investigaciones publicadas en los años 70 sobre todo en las áreas de la salud, educación y administración (Mercedes Reguant-Alvarez, 2016). El nombre Delphi fue escogido para hacer mención a la Ciudad antigua de Grecia, Delfos

El método Delphi es una técnica que permite obtener la opinión de un grupo de expertos, es considerado un método de recogida de información. Esta técnica es utilizada para investigaciones cuantitativas, se recomienda cuando no se dispone de información suficiente para tomar una decisión o se necesita tomar una decisión de común acuerdo entre dos o más partes y que son representativas de un grupo de individuos.

Este método es una técnica que sirve para obtener información basada en la consulta de expertos en un área determinada, con la finalidad de obtener la opinión consensuada con mayor fiabilidad. A estos expertos se les solicita que respondan cuestionarios de forma anónima e individual (este grupo solo es conocido por la persona que aplica los cuestionarios) tras lo cual emitirán una opinión que represente a dicho grupo. Este consenso puede llegar a ser muy fiable, debido a que al ser un grupo en el que no se crean liderazgos se amplía la libertad de opinar.

Los resultados obtenidos con esta técnica se pueden utilizar para actividades de análisis de riesgo, toma de decisiones, generación de ideas, prototipos de nuevos productos o servicios, contratación de personal especializado, adquisición de equipo tecnológico adecuado.



Características básicas y posibilidades para la investigación.

Las principales características que deben tener los estudios a realizar son:

- La información es insuficiente.
- El problema a trabajar no se puede adaptar a otra técnica analítica precisa.
- En caso de requerir más participantes expertos de los que pueden interactuar en una reunión.
- Cuando por cuestiones de coste o tiempo los expertos no se pueden reunir.
- Esta técnica es recomendable cuando no se pueden reunir a los participantes o soliciten el anonimato y para garantizar la confiabilidad de los resultados evitando confrontamientos entre los participantes por diversidad en las personalidades.

Todos estos aspectos parten del principio de que la opinión de un solo individuo no tiene la misma fiabilidad que la de un grupo en igualdad de condiciones. Por lo tanto, la definición propia de la técnica, León y Montero la definen como “Técnica de recogida de datos que se utiliza para poner de acuerdo a un grupo de expertos -dispersos geográficamente- sobre un tema de interés para el investigador. Consiste en aplicar un cuestionario repetidamente, dando a conocer a todos los expertos las respuestas de los demás en las aplicaciones anteriores e invitándoles a buscar el máximo consenso entre ellos” (Montero, 2004, p.178).

Es importante señalar que lo más significativo de la técnica es su característica principal: es prospectiva, es decir, tiene la posibilidad de que se utilice para estudiar y analizar el futuro social, tecnológico y económico. (Cabero, 2014. P.5)

Es una técnica que presenta ventajas y desventajas, Cabero (2014) presenta un análisis de las mismas. (Cuadro 1)



Cuadro 1

Principales ventajas y desventajas de la Metodología Delphi

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Es una forma rápida y fácil de adquirir las opiniones de los expertos. • Si el instrumento está bien diseñado, el procedimiento requiere menos esfuerzo de los encuestados. • Puede ser un ambiente altamente motivador. • La retroalimentación sistemática puede ser novedosa e interesante. • Los procedimientos sistemáticos ofrecen objetividad de los resultados. • Existe un sentido de responsabilidad compartida entre los panelistas debido al anonimato, lo que disminuye la deseabilidad social. • La información puede ser obtenida de un grupo importante de expertos que se encuentran geográficamente muy disperso y que pueden ser diversos orígenes o viven en lugares remotos. • El investigador tiene una mayor capacidad para centrar la atención del grupo sobre un tema de interés. • Aumenta las aportaciones de razón. • Es un medio relativamente barato para la recogida de opiniones de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El análisis inductivo de las respuestas al cuestionario inicial puede llevar a problemas en la interpretación. • Falta de confiabilidad en el acuerdo de consensuado de los miembros del panel. • La naturaleza indemostrable del Delphi condiciona su utilidad en cuanto a la influencia de acontecimientos imprevistos, como los descubrimientos científicos, la política y los acontecimientos en la naturaleza. • La motivación de los miembros del panel para participar en el proceso y el mantenimiento del interés en cada ronda de preguntas posteriores. • El tiempo de inversión en la preparación y ejecución de las rondas de preguntas cuando se utiliza el método convencional (por ej., correo postal), los métodos de entrega del cuestionario y las dificultades en la digitalización del mismo cuando se utiliza una vía de administración online

Fuente: Mercedes Reguant-Alvarez (2016)



Principales ventajas sobre otras técnicas.

Esta metodología presenta ventajas y desventajas como cualquier técnica, para ello es necesario:

- Se pueden realizar diversas rondas de aplicación de cuestionares para obtener una mayor fiabilidad.
- Se evita que las opiniones de los demás participantes influyan al ser un instrumento que se responde en forma anónima.
- Los participantes presentan su punto de vista y no el de la Institución en la cual laboran.

Selección de expertos.

Cabero (2004) señala que existen dos tipos de expertos y los denomina: Especialistas y afectados. Los especialistas son los que poseen un conocimiento científico y experiencia sobre el tema de estudio, mientras que los afectados son los que se encuentran involucrados de alguna forma en el área de estudio. La selección del experto se puede apoyar en el denominado “Coeficiente de competencia experta” (Cabero, 2014. p.8).

Al finalizar la publicación es importante mencionar con claridad las características de cada uno de los expertos.

Clasificación del método Delphi

Se distinguen 4 tipos:

1. *Delphi clásico*: su objetivo principal es alcanzar la estabilidad en las respuestas.
2. *Delphi político*: buscaba la previsión de un programa de política o social generando alternativas políticas mediante el uso del diálogo público y el anonimato selectivo.



3. *Delphi decisional*: utilizado como herramienta en la toma de decisiones en cuestiones de desarrollo social donde la realidad es creada por un grupo decisor.

4. *Tipología Delphi*: reunión de expertos que se basa en la recogida de las mejores observaciones que el grupo de expertos aporte con respecto a los riesgos del entorno durante la reunión del panel de expertos a lo largo de un día.

Existe otro tipo de metodología Delphi llamado “Delphi modificado” que se realiza en dos rondas para evitar que la aplicación sea costosa y larga, y el tiempo que si se hace largo modifica los resultados, manteniendo el interés en los expertos. En esta versión los expertos no generan un tema, sino que reaccionan a él.

Se debe realizar de acuerdo con el tema que deseamos validar. Algunos puntos importantes son:

- Conocimiento y experiencia sobre el campo de estudio.
- Experiencia profesional.
- Voluntad de querer participar en el estudio.
- Disponibilidad de tiempo.
- Compromiso con la participación.
- Años de experiencia en el campo de estudio.
- Capacidad de comunicación efectiva.

¿Cómo se aplica?

Fase previa o de definición

Se delimita el objetivo de estudio y el instrumento por utilizar debe cumplir con aspectos formales básicos:

- Claridad en la elaboración de preguntas.
- Adaptación del lenguaje de acuerdo a las características del grupo.



- Cualidades técnicas: validez y fiabilidad.

Conformación del grupo de informantes

La cantidad de participantes debe ser un mínimo de 7 expertos y un máximo de 30.

Se seleccionan los expertos a quienes se consultarán, ellos deben poseer determinadas cualidades:

- Voluntad de participar.
- Compromiso con la actividad.
- Disponibilidad de tiempo.
- Conocedoras del tema o personas directamente implicadas.
- Deben conocer bien el problema planteado.
- Capacidad de comunicación.

Se establece la metodología que se seguirá y se les comunica a los participantes en forma individual.

Fase de ejecución

Se entrega a los participantes el cuestionario.

Los expertos responden.

Se realiza la primera revisión de resultados y se analizan.

Se concluye.

Segunda ronda de cuestionarios

De acuerdo con el análisis realizado en la primera aplicación se genera otro cuestionario con nuevas preguntas.

- Se entrega el cuestionario corregido y estructurado en base a la información generada y deben incluir una síntesis de lo expresado por el grupo.
- Los expertos realizan una segunda revisión.
- Si confirman o cambian su decisión inicial deben dar explicación del porqué y pueden debatir los argumentos de los demás expertos.



- Nuevamente se analizan los resultados.
- Este proceso puede repetirse las veces necesarias con la finalidad de obtener un resultado fiable.
 - Todo ello con la finalidad de consolidar el pensamiento del grupo e informar a todos los participantes de la información obtenida
 - En caso de utilizar este método para tratar un problema único y bien definido el resultado se puede resumir fácilmente.
 - Cuando se utiliza para estudiar o priorizar inquietudes o sospechas, podrían aplicarse varias rondas, por lo cual el resultado puede extenderse bastante pudiendo incluso ser necesario algún tipo de análisis post-Delphi con alguna otra técnica.

Cierre o resultados.

Se debe dar por concluida la consulta cuando se ha conseguido el grado de consenso entre las opiniones de los participantes, enseguida y con la información obtenida el aplicador debe realizar un informe final con las soluciones al problema planteado.

Tras cada ronda se debe realizar un análisis estadístico, con el fin de analizar el momento en que el objeto de estudio es alcanzado.

Los principales datos estadísticos utilizados en el estudio serán medidas de tendencia central y dispersión:

- Media.
- Mediana.
- Moda.

Estas indican una tendencia central de la distribución o conjunto de respuestas de expertos

- Máximo.
- Mínimo.

Estas indican las respuestas extremas.

- Desviación típica.



- Cuartiles

Estas indican el grado de dispersión en las respuestas, el rango intercuartílico (Q3-Q1) que es donde se situará la mitad central de las respuestas que se han obtenido.

Se debe considerar que al ser elegidos los expertos seguramente tendrán interés de conocer el resultado, por lo tanto, debe entregarse una copia del informe final y una carta de agradecimiento.

Confiabilidad y validez del instrumento de evaluación

Algunos conceptos importantes para entender la confiabilidad y validez en el instrumento de evaluación son:

Medir: Significa asignar números, símbolos o valores a las propiedades de objetos de acuerdo con ciertas reglas.

Instrumento de medición: es el recurso que se utiliza para registrar la información que se quiere obtener.

Confiabilidad: Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, es decir, que su aplicación repetida a la misma situación produce resultados iguales.

Medida de estabilidad: Un mismo instrumento de medición se aplica dos más veces a un mismo grupo de personas después de cierto tiempo.

Método de formas alternativas o paralelas: Aquí no se administra el mismo tipo de instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de este.

Método de mitades partidas: se necesita solo una aplicación, el total de ítems se divide en dos partes y se comparan los resultados.

Validez: Grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir.

Validez de contenido: Es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.

Validez de criterio: Se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.



Validez de constructo: Debe explicar el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés.

De acuerdo con lo anterior la metodología Delphi evalúa la confiabilidad como el cuadro 2:

Cuadro 2

Índice de confiabilidad de acuerdo al criterio Alfa de Cronbach

Puntaje Cronbach	Confiabilidad
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,0	Confiabilidad perfecta

Fuente: Mercedes Reguant- Alvarez (2016)



TÉCNICA

La palabra técnica proviene del griego Τέχνη tékhné arte, oficio) y se define como un conjunto de instrumentos y medios a través de los cuales se efectuará un método, tiene como principal objetivo obtener un resultado determinado y efectivo, en los campos de las ciencias, tecnología, arte, deporte, educación o cualquier otra actividad que involucre al ser humano. Así mismo es el conjunto de procedimientos que se usan para una actividad determinada y que por lo general se adquieren por medio de práctica requiriendo para su aplicación de habilidades manuales e intelectuales.

Se define como concepto universal del procedimiento que se va a realizar para ejecutar una determinada tarea. En el uso de esta se van a emplear diversas herramientas con el fin de concretar los objetivos de la responsabilidad adquirida.

La técnica es necesaria en el proceso de investigación, debido a que integra la estructura por medio de la cual se organizará la información

La técnica no puede considerarse una ciencia o parte de ella, en vista de que las técnicas se generalizan para todo campo en el que sea necesario aplicar un procedimiento. Cada técnica debe adaptarse a la situación concreta.

Surgen de la necesidad de modificar su entorno y adaptarlo a sus necesidades específicas y son transmisibles de un individuo a otro, aunque corren el riesgo de ser modificadas.

Las llamadas técnicas de investigación consisten en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.



PÉRDIDA

La palabra pérdida (deriva del griego *perdita*) se emplea para nombrar a la falta o ausencia de algo que se tenía.

Elizabeth Kübler Ross, pionera de la tanatología a nivel mundial define la pérdida en su libro “Sobre la muerte y los moribundos” como cualquier pérdida significativa (empleo, ingresos, libertad), la muerte de un ser querido, un divorcio, entre otros y menciona 5 fases del proceso de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

El DSM-IV-TR define la pérdida como una reacción a la muerte de una persona querida, en la que los individuos afligidos presentan síntomas característicos de una depresión mayor: insomnio, anorexia, pérdida de peso y tristeza (López García, 2010)

Hablar de pérdida es hablar de carecer o privarse de algo, la simple palabra se utiliza para mencionar la falta o ausencia de algo que se tenía. Cuando una persona dispone de alguna cosa y la llega a perder se menciona que sufrió una pérdida. Para que se pueda decir que se perdió algo primero hay que poseerlo en físico o de forma simbólica. Hay quienes comentan que no se puede perder aquello que nunca se tuvo. Entre sus acepciones se encuentran:

1. Acto de perder.
2. Daño sufrido en algo o en alguien.
3. Pérdida de una cosa que se tenía o poseía por extravío.

Durante la vida del ser humano en general se sufren diversos tipos de pérdidas, son eventos inevitables, existen diversos tipos de pérdidas:

- 1) Físicas: ser querido, bien material, una parte del cuerpo.
- 2) Simbólicas: relaciones de trabajo, nivel socioeconómico o estatus, algo deseado que no se llega a tener.
- 3) Marchante sin decir adiós: Personas en coma, enfermos de Alzheimer.



- 4) Desde la Infancia: ilusiones, amigos, mascotas, familiares.
- 5) Adulthood. Pérdida de la juventud, la muerte de la generación que me precede.
- 6) Vejez: la pérdida de independencia, muerte de contemporáneos que me hacen pensar en mi propia muerte.
- 7) La que a cada uno le duele: sobre lo que se tenía apego o dependencia.
- 8) En determinado momento no es lo que se pierda, sino lo que su existencia representaba en la vida de cada quién.

Pérdidas en la infancia

Durante la infancia se viven pérdidas que creemos o vemos como naturales porque entendemos que son procesos lógicos del proceso de vida que nos ayudarán a crecer. Durante el nacimiento se tienen pérdidas importantes: el inicio del trabajo de parto en el cual el producto debe realizar maniobras para atravesar el canal del parto, la contractilidad uterina, lo que hace que en determinado momento descienda su frecuencia cardiaca, pero sobre todo la pérdida del ambiente en el cual ha crecido y se ha desarrollado, donde para realizar todos sus procesos metabólicos contaba con ayuda por parte de su madre, para salir a un ambiente en el que tendrá que realizar todas estas funciones por sí mismo. Seguridad y confort son sin lugar a duda sus primeras pérdidas.

Posterior al nacimiento y hasta los 12 años, la teoría de Jean Piaget habla de que el niño construye activamente el conocimiento del ambiente, usando lo que ya han aprendido e interpretan nuevos objetos y hechos, organizan el conocimiento del mundo a través de esquemas: operaciones mentales y representaciones simbólicas (lenguaje). Habla de 4 etapas del desarrollo cognitivo a través de dos conceptos importantes: Asimilación y acomodación.



Etapas Sensorio motriz

Esta tiene lugar entre el nacimiento y los dos años, en ella los niños aprenden a manipular objetos, aunque no pueden entender la permanencia de estos objetos si no están dentro del alcance de sus sentidos. Una vez que un objeto desaparece de la vista del niño no puede entender que todavía existe. Uno de los mayores logros de esta etapa es obtener la habilidad de mantener una imagen mental del objeto (o persona) sin percibirlo. Ello incluye la capacidad de entender que cuando la madre sale de la habitación, regresará, lo cual aumenta su sensación de seguridad.

En esta etapa las principales pérdidas estarán basadas en objetos e imágenes: juguetes, ropa o cobijas que representan algo importante para él, algo que le otorga seguridad, protección y lo más importante la figura materna que al no verla a simple vista o cuando ella se ausenta la siente como perdida y mayor a 8 meses siente que es abandonado por ella.

Etapas pre operacional

Inicia cuando se ha comprendido la permanencia del objeto. Transcurre desde los dos hasta los 7 años. En este periodo los niños aprenden como interactuar con su ambiente mediante el uso de palabras y de imágenes mentales. Esta etapa está marcada por el egocentrismo.

El juego en esta etapa representa un factor preponderante para su aprendizaje, inicia con secuencias simples de conducta usando objetos reales. La etapa de preescolar es la etapa de juego simbólico. A los 4 años el niño puede inventar su propia utilería, crear un guión y representar diversos papeles sociales. Es también la edad en que construye el amigo secreto. En general el juego simbólico se inspira en hechos reales de su propia vida, lo cual es beneficioso para él ya que favorece el desarrollo del lenguaje, las habilidades cognitivas y sociales, así como a entender y elaborar su mundo, el cual representa mediante el juego. Es importante estar atento a las representaciones que realizan pues son situaciones que forman parte de hechos, vivencias de su entorno (casa y



escuela), la relación que tienen con sus padres, hermanos y familia, estilo de vida.

Aunado a todo lo anterior el niño también es capaz de representar el mundo a través de pinturas o imágenes mentales, los expertos han llamado “lenguaje silencioso”.

En esta etapa las pérdidas y los cambios importantes de su crecimiento son: dejar la seguridad que le proporciona su madre al incluirse en ambientes externos (escuelas, guarderías), pérdida de algunas personas que haya conocido en esta etapa (por ejemplo, al cambiar de escuela). En esta etapa la pérdida de familiares cercanos o la mascota son importantes, se deben manejar con información adecuada debido a que en la mayoría de las familias se intenta suplir lo perdido.

Etapas de las operaciones concretas

Esta etapa tiene lugar entre los 7 y 12 años, está marcada por una disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad de centrarse en más de un aspecto.

Al realizar la transición del kínder a la escuela primaria los padres les dicen que ya son mayores, y aunque se sienten orgullosos de ese logro también sienten angustia por tener que realizar actividades en ausencia de sus padres. En esta etapa es importante hablar con la verdad al niño sobre lo que sucede a su alrededor. Si muere alguien cercano a su entorno evitar decir frases como “se ha ido” “nos ha dejado” ya que esto podría generar confusión y sentimientos de abandono, enojo o ira que en determinado momento causará culpa al creer que se fue porque él hizo algo malo.

Si ellos son los que padecen alguna enfermedad terminal también se les debe hablar con la verdad, con amor y compartir sus temores.

Al fin de esta etapa se debe agregar la pérdida de ilusiones por obtener algunos beneficios como es el caso de la llegada de Santa Claus y los Reyes Magos, la recompensa que dejará el ratón de los dientes.



Etapa postoperacional

Es la 4ª y última etapa va de los 11 a los doce años, lo que implica la pre adolescencia y se tiene un pensamiento más abstracto. Aquí se inicia con los cambios físicos, es un periodo difícil debido a que no son niños ni son adolescentes, lo cual genera inestabilidad, tienen la necesidad de pertenecer a un grupo y es por ello por lo que requieren la presencia de un líder que en ocasiones es negativo. Surgen preocupaciones de acuerdo con el sexo, si son mujeres les preocupa el crecimiento de los senos, los rasgos en su cara, el aumento de peso, lo que trae conflictos en su persona. En los hombres el engrosamiento de su voz, el crecimiento del bigote, cambios hormonales. En general las pérdidas van acorde con la transición a la adolescencia y los cambios físicos y psicológicos que surgen en esta etapa.

Pérdidas en la adolescencia

Este periodo va de los 12 a los 14 años y termina entre los 18 a 20 años. Se caracteriza porque pueden discutir complejos problemas como: igualdad de derechos, sociopolítica, igualdad y justicia, pero son incapaces de responsabilizarse en tareas domésticas. Esta etapa aun es más compleja debido a que existen infinidad de cambios físicos y psicológicos que generan incertidumbre y desesperación incluso algunos cambios pueden ser desagradables. Este periodo es donde se define la autonomía y la independencia de los individuos.

La pérdida de las amistades, de relaciones sentimentales, el término de la educación secundaria y vocacional, cambio de residencia, separación de los padres y la muerte de un ser querido, constituyen pérdidas que alteran su ritmo de vida y que afectan su comportamiento.

Para el adolescente, la muerte es algo que nunca creído vivir a corto plazo y mucho menos dentro de su entorno. Cuando ello sucede se auto cuestiona y puede realizar una reflexión sobre su vida y la muerte, en algunos casos puede crear sentimientos hostiles hacia la vida o crear en su mente conceptos erróneos.



Aquí cuestiona porque está viviendo eso, que existe después de la muerte, cual es la razón de ser y existir, cuestiona la existencia de un ser superior.

Si en este periodo ocurre la pérdida de algún familiar cercano (familiar o amistad) produce vacío en él, inseguridad, inestabilidad y rebeldía en ocasiones. Si no cuenta con adecuado apoyo puede tener comportamientos diferentes a los habituales con tal de evadir esa realidad, aunque en realidad lo que quiere dar a entender es que requiere atención de parte de sus seres queridos.

Viorst (1999) menciona que esta etapa es en la que se experimenta un duelo intenso y desconocido para el adolescente, aprende el significado de lo pasajero y siente tristeza y añoranza por la niñez perdida, los sueños, ilusiones, amores, es decir, vive varios duelos sin saberlo.

Pérdidas en la edad adulta

En la mayoría de las culturas se considera adulto a la persona que ha cumplido 18 años. El adolescente en esta etapa ha sufrido diversas pérdidas la más importante la niñez, crecer quiere decir renunciar a los sueños de la infancia. Intenta encontrar su lugar en el mundo, adquirir inteligencia y capacidades para conseguir lo que se desea dentro de límites establecidos en la realidad.

Esta etapa va de los 18 años 60 años y se divide para su estudio en:

- Edad adulta temprana (20 a 40 años)
- Edad adulta intermedia (de los 40 a los 65 años)
- Edad adulta tardía (después de los 65 años)

Se alcanza la plenitud del desarrollo en las esferas biológica, psíquica y social. Se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter. Es un periodo extenso dentro del ciclo de la vida.

Adulthood temprana o adulto joven (de los 20 a los 40 años)

Se caracteriza por el potencial para el desarrollo intelectual, emocional y físico. Se encuentra con todo el potencial de salud, energía y fuerza lo que implica un buen funcionamiento sensorio motor.

E. Erickson menciona que el adulto joven enfrenta la intimidad contra el aislamiento en donde su gran tarea es: ser capaz de comprometerse con otro.



Esta etapa se vive de forma muy especial, participan en actividades sociales, se ingresa en el campo profesional, sus principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente, estabilidad en pareja y consolidar los roles sociales y profesionales. Por lo tanto, también existe gran cantidad de pérdidas, que se relacionan con aspectos del desarrollo. En el caso de las mujeres existen presiones sociales: la vida en pareja, los hijos, elegir entre dedicarse al hogar o la profesión elegida, la constante preocupación por su cuerpo e imagen, lo cual genera incertidumbre, pérdidas y duelos.

Las principales pérdidas pueden ser: dejar la casa de los padres hacia un ambiente que quizá le provoque inseguridad, en el caso del joven que se une en matrimonio implica un cambio de rol, un nuevo proyecto de vida, dejar costumbres y adaptarse a otras, si cambia de país el perder sus tradiciones y adaptarse a otras ajenas a él.

En el caso de la mujer que se embaraza también existen pérdidas: la pérdida de la figura al presentarse cambios físicos en su organismo, la pérdida de independencia pues el recién nacido requiere de sus cuidados, cambios de hábitos. En caso de que el embarazo no llegue a buen fin o se presente un aborto la pérdida de la seguridad en sí misma porque piensa que no es “buena” para formar una vida.

Si con los años se divorcia, existe dolor por la pérdida, otro cambio radical de vida, ausencia física de la pareja, pérdida o alejamiento de las amistades, miedo al futuro en soledad, en caso de que hayan procreado hijos la responsabilidad de la educación y el apoyo emocional a ellos que también sufren el cambio de vida y la pérdida de la familia, y en el caso de la mujer que no trabaja y depende de la economía del esposo la pérdida del nivel socioeconómico.

Edad adulta intermedia

Esta etapa va de los 40 a los 65 años, tiempo en el que existen diversos cambios físicos: el pelo se vuelve cano o se pierde, aparecen arrugas en la cara, aumento de peso la pérdida de la fertilidad por lo tanto la llegada de la menopausia o andropausia. Se presentan enfermedades que se veían venir pero que no se les



dio importancia y que pueden crear afectaciones que pongan en riesgo la independencia. Los hijos han crecido y desean formar su propia familia o simplemente independizarse de los padres, el llamado “nido vacío”. En el ámbito laboral llega el tiempo de la jubilación. Muerte de los padres o de familiares cercanos, pérdida de la libido lo cual disminuye los encuentros sexuales. En el caso de la pérdida de la pareja se pierde el rol social, se interrumpe un proyecto de vida en común en el caso de los hombres el sobrellevar un hogar se complica aunado a la educación de los hijos.

Edad adulta tardía

Esta etapa se inicia a los 65 años, es la etapa de la senectud, aquí se marca la pérdida en forma gradual de las funciones vitales, existen cambios en sus habilidades cognoscitivas, pierde la facilidad del manejo de sus propias finanzas, al irse debilitando sus funciones sensoriales pierden la habilidad de conducir un automotor, requieren apoyo para realizar determinadas tareas como el baño, salir de compras o el simple hecho de salir sin perderse.



DUELO

El término “*duelo*” proviene del latín *dolus* (dolor) y se define como una respuesta emocional y natural a la pérdida de alguien (una persona de su entorno) o de algo (bienes materiales) su elaboración es un proceso doloroso, largo y lento, ello dependerá de la situación que cada persona viva y con qué recursos cuente para elaborarlo. Esto significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, hace valorar su importancia, se dice que se finaliza cuando se es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o menor dolor, cuando se aprende a vivir sin lo que ya no se tiene, cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se puede invertir toda esa energía en el presente y en el entorno. El duelo es un proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

N Negación

Es una reacción producida al lado del embotamiento emocional o cognitivo, permite amortiguar el dolor sentido ante la noticia.

I Ira

La negación se sustituye por sentimientos de rabia y resentimiento, surge la pregunta: ¿Por qué? Es una fase difícil para quien la afronta debido a que la persona que la siente presenta culpa, envidia por quien no sufre este dolor o vergüenza por esos sentimientos.

N Negociación

Es difícil afrontar la realidad para quien lo vive, se encuentra enojado con la gente y con Dios (aunque por ello se siente castigado) es por ello que surge la necesidad de negociar o llegar a un acuerdo con una fuerza superior para regresar el tiempo o simplemente superar la vivencia que ha causado dolor.

D Depresión

Esta etapa se caracteriza por sentir una profunda tristeza, tiende a bajar de peso. La persona que lo siente no es capaz de asimilar cuando las personas cercanas le sugieren vivir la experiencia como algo positivo, y tampoco es recomendable, ya que demuestra que no debería pensar en su duelo, situación que prologaría el tiempo de recuperación.



A Aceptación

La persona que ha pasado por las etapas anteriores en las que se ha permitido expresar sus sentimientos puede sentir tranquilidad, no se debe confundir con una felicidad plena, pero si existen sentimientos de paz. Si en un inicio no se sentía capaz de estar sola, en esta etapa puede sentirse bien y tranquila, no se tiene necesidad de hablar del propio dolor, puede incluso hablar de su pérdida sin soltar una sola lágrima.

Algunos autores hablan de una fase o etapa de esperanza que es la que sostiene en pie, otorga fortaleza al pensar que se puede encontrarse mejor, aquí se puede promover el deseo de que todo el dolor pasado tenga sentido, se tiene la percepción de que todo lo vivido tenga sentido y sea trascendental, lo cual es fundamental para buscar y encontrar una misión que alimente esta esperanza.

En la mayoría de las ocasiones, la muerte fetal tiende a infravalorarse, aunado a la negación del duelo ligado a estas muertes.



Muerte fetal

La OMS define muerte fetal como el evento que ocurre antes de la expulsión o extracción del producto de la concepción que luego de nacer no respira ni muestra evidencia alguna de vida, como latidos cardiacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios. Cualquiera que haya sido la duración de la gestación. Según la edad gestacional debe ser a partir de las 22 semanas de gestación o peso al momento del nacimiento mayor de 500 gr. La muerte del feto entonces significa “*que este no respira ni da signos de vida, movimiento o frecuencia cardiaca*”.

La NOM-007-SSA2-2016 no define como tal el término *muerte fetal*, en su lugar define *Nacido muerto* a “la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.”

Los factores relacionados con estas muertes se clasifican en:

Condiciones maternas (modificables y no modificables)

- Diabetes
- Hipo o hipertiroidismo
- Hipertensión arterial primaria
- Lupus eritematoso sistémico
- Colestasis
- Uso indebido de drogas

Condiciones fetales

- Anomalías congénitas
- Infecciones
- Isoinmunización
- Hemorragia feto-materna
- Transfusión de feto a feto
- Retraso del crecimiento intrauterino



Del cordón umbilical

- Prolapso
- Nudo o constricción
- Inserción velamentosa

De la placenta

- Abruptio placentae
- Placenta previa
- Vasa previa
- Insuficiencia placentaria
- Del líquido amniótico
- Corioamnionitis
- Oligohidramnios
- Polihidramnios

Del útero

- Ruptura
- Anomalías uterinas
- Intraparto
- Asfixia
- Traumatismo en el parto

Trauma

- Externo
- Iatrogenia

Debido a que no hay datos clínicos precisos de muerte fetal algunos factores relevantes para su diagnóstico son:

Datos de sospecha:

- Desaparición de movimientos fetales
- Ausencia de foco audible de latido cardiaco fetal
- Líquido amniótico meconial



- Si han pasado varios días: ausencia de crecimiento uterino
- *De certeza:*
- Ecografía. La muerte fetal se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, demostrándose la ausencia de actividad cardiaca durante al menos dos minutos.
- Signos radiológicos: pueden ser de sospecha y certeza.

La atención de la mujer diagnosticada con muerte fetal debe evaluarse de acuerdo con las condiciones de la madre, debido a que constituye un acontecimiento traumático para todo su entorno (esposo o pareja, familia y sociedad) que debe ser abordado de forma integral, con calidad, calidez y eficiencia. El apoyo y la comprensión por parte del equipo de salud que provee la atención pueden ser de vital importancia para que la evolución del duelo sea favorable, previniendo la patología psicosocial derivada del mismo. Se debe utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos médicos que confundirían a la pareja.

Son muchas familias que han sufrido la pérdida del producto de la concepción, pero no existe un registro adecuado de estas muertes y sus causas, en la mayoría de los casos ni la madre ni la familia, reciben apoyo y no se han analizado aún medidas para solucionar esta situación (Salud, 2010).

Algunas estrategias para reducir la ansiedad de la madre y el padre en su caso son:

- Permitirle a la pareja un tiempo a solas con el cuerpo del niño, para que se despidan de él, siempre con el apoyo del profesional de la salud.
- Proporcionar información honesta y comprensible, debido a que la pareja en ese momento no entiende lo que está sucediendo.
- Proporcionar soporte emocional durante el parto, en la sala de recuperación, en hospitalización y a su egreso.
- Contribuir en la medida de lo posible al esclarecimiento de las causas de la muerte.



- Facilitar la realización de ritos o rituales que prefiera la familia y respetar sus creencias.

En México la guía de Práctica clínica de CENETEC (Salud, 2010) define la muerte fetal como un síndrome y refiere que es la que se presenta a partir de la semana 22 de gestación en ausencia de trabajo de parto, no hay una cantidad exacta registrada debido a que existen subregistros o en determinado momento estos casos no son registrados.

El objetivo de la Guía de Práctica Clínica es brindar recomendaciones y estandarizar acciones que se realicen a nivel Nacional con la finalidad de:

- Incrementar medidas de prevención de muerte fetal.
- Contribuir a disminuir el número de muertes fetales.
- Mejorar el diagnóstico oportuno de muerte fetal.
- Contar con las herramientas necesarias para la toma de decisiones en el cuidado obstétrico apropiado de acuerdo con evaluación del riesgo.
 - Apoyar al médico en la toma de decisiones en el tratamiento y manejo obstétrico de la muerte fetal.
 - Ayudar al médico a entender, comprender y manejar el aspecto psicosocial en la muerte fetal.
 - Identificar el riesgo de muerte fetal en futuros embarazos.

Todo lo anterior para favorecer la mejoría en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Hasta hace unas décadas se creía que, para la madre, la pérdida de un hijo antes del nacimiento era menos dolorosa que la pérdida de una persona adulta cercana. En ocasiones se menciona que la muerte de un hijo puede crear una respuesta más dolorosa en la madre que la muerte de algún familiar adulto, debido a que existen aspectos significativos en este proceso de duelo:



- 1) Aumento de la sensación de no vivir en la realidad, debido a que no tiene la experiencia de vida con su bebé, sino por los lazos afectivos que ha creado desde que conoció de su embarazo, en el cual forjó esperanzas e imágenes de su vida al conocerlo, ello aunado a la tensión física y mental que ocasiona el trabajo de parto.
- 2) Disminuye su autoestima al percibir incapacidad física para lograr un nacimiento saludable sobre todo cuando este producto presenta malformaciones congénitas o problemas genéticos (D.S., 2009).

Cuando una mujer queda embarazada, pone en ello todas sus energías, vive este momento con ilusión y en determinado tiempo incertidumbre por el futuro, pero aun con ello cuando se inicia la percepción de los movimientos del feto se experimenta vitalidad y alegría, la futura madre quisiera que el mundo sea participe de su felicidad, algunos autores lo han llamado “creación del vínculo afectivo” (Mazur, 2009) cuando tiene lugar la concepción, los padres dirigen sus pensamientos de forma natural hacia el futuro bebé, incluso cuando este embarazo no es programado, los futuros padres se adaptan a la nueva situación.

Es por ello que la pérdida del producto de la gestación en cualquier etapa del embarazo es una situación que para cualquier mujer que lo vive, pone en riesgo la adaptación posterior a su vida diaria, es decir, cambios en su vida familiar, social y personal. Todo ello aunado a que, de acuerdo con aspectos culturales en la mayoría de las religiones no se realiza un ritual funerario y se les concede escasa atención a las pérdidas perinatales, éste en ocasiones es sepultado o incinerado sin la presencia de la madre y no existen rituales concretos que le permitan a la madre despedirse de su hijo. (Clark, 2006) (D.S., 2009)

Según Strobe M Shunt (2009) la muerte del feto desencadena diversas situaciones que funcionan como estresores. Las que se mencionan son: no tener en brazos al bebé ansiado, el momento esperado de convertirse en padres, el rol de la madre si es el primer hijo, la composición familiar como lo habían imaginado,



el derecho a mencionar a ese hijo en ciertos lugares, el contacto y la posibilidad de crear recuerdos.

L. Kowalsky (D.S., 2009) habla de que se deben considerar pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo e inducido, a la muerte del prematuro, al feto muerto intraútero o intraparto, también a los nacidos con malformaciones congénitas y a los cedidos en adopción, pero para los fines de esta validación sólo se habla de muerte del feto intraútero e intraparto (mortinato)

Turton, Hughes y Evans (2002) han descrito la muerte perinatal como una experiencia traumática que disminuye la capacidad de reflexión emocional en la madre. Serrano y Lima (2006) mencionan que esta experiencia puede desencadenar en determinado momento, síntomas de depresión, ansiedad y baja autoestima.

Otro aspecto importante es que, derivado de los avances en la ciencia, desde los primeros meses de la gestación, los futuros padres pueden conocer por ultrasonido a su hijo, y pueden sentir un gran apego hacia él, otorgándole identidad propia. Éste apego implica que los padres brinden identidad propia al feto, lo cual provoca que, en algún momento de la gestación, si ese producto muere, no sea considerado sólo un feto, sino un ser humano que ha perdido la vida.



Ritos y mitos en torno a la muerte

En la mayoría de las mujeres en cualquier cultura el ser madre representa una realización, tanto personal como social, y en el caso de que este embarazo no llegara a culminarse, pudiera provocar alteraciones emocionales leves hasta llegar a una alteración emocional severa que derive en depresión. Las actitudes que se toman en torno al proceso de duelo perinatal varían de acuerdo con diversos factores, uno de ellos es la cultura, su nivel socioeconómico, la religión y el entorno en el que viven. (Espinosa, 2013)

Durante un estudio realizado en una comunidad católica de Ecuador, personas no católicas comentan a la paciente en duelo que no deben preocuparse “Ya tienes otros hijos”, “vas a tener otros hijos” o algunas otras como “el tiempo lo cura todo” lo que genera incomodidad en ellas y su familia. (Espinosa, 2013)

En una sociedad hindú de clase media se observaron reacciones muy intensas en torno a su duelo, ya que sus familias las “culpaban” por no tener un bebé.

En México, en algunas ocasiones no se lleva a cabo un ritual funerario del producto, sobre todo por políticas hospitalarias, donde se pide al familiar que sepulte al bebé y entregue la hoja donde se verifica que ha sido sepultado para otorgar el alta de la madre, situación que evita que la madre pueda despedirse de él.

Colín (2005) realizó una investigación en Malinalco, Estado de México, observando con asombro que se tienen la creencias de que la madre no debe llorar por su hijo porque si esto sucede la virgen no lo recibe “*si te duele entregármelo no lo recibo*” en este sentido se cree que la virgen es una madre sustituta y “celestial” además de que es “la madre de ambos”, motivo por el cual es difícil oponerse a entregarlo y aún más, debe alegrarse por ello, aunque si realizan un ritual que comprende: el velorio, la despedida y procesión al panteón.



El velorio es alegre, realizan cantos y juegos alrededor del cuerpo del niño que se encuentra colocado en una mesa, se cree que estos juegos alegrarán al angelito, lo cual ayuda a los padres a sobrellevar la noche.

Al día siguiente la despedida del niño de la casa es triste. Los que cargan al niño también son niños, y se inicia el recorrido cantando una canción ritual llamada *“te vas ángel mío”*:

*“Te vas ángel mío,
ya vas a partir,
dejando mi alma herida
y un corazón a sufrir.*

*Te vas y me dejas,
un inmenso dolor,
recuerdo inolvidable,
me ha quedado de tu amor”*

La letra, según los pobladores, contribuye a remover el dolor. El rito funerario concluye con el entierro de la cruz/sombra que se levanta y lleva al panteón a los 9 días.

Otra creencia por la cual no realizan rituales en torno a la muerte del bebé es porque no “ha llegado a la edad del juicio, no es un pecador, por lo cual irá directo al paraíso, lo que en vez de provocar tristeza debe provocar regocijo”. (Colín, 2005)

Cada mujer es diferente, así como también es diferente el apego que ha tenido con respecto a su hijo no nacido sin dejar de lado la forma en que afrontará el duelo, cuando se produce una pérdida perinatal, se dice que la vida y la muerte caminan juntas, nadie se encuentra preparado para afrontarlo y por ello no es fácil estandarizar lo que se diga o se haga al respecto. Tampoco existen rituales religiosos en los que faciliten y reconforten a los padres, la familia trata de evadir



el tema por no saber cómo reaccionar o por temor a provocar más daño que beneficio, y por ello los padres viven su dolor en soledad, más aún cuando la madre lo vive sola.

El duelo perinatal tiene algunas características que lo diferencian de otras pérdidas: la cercanía entre el nacimiento y la muerte, la edad de la madre (en algunos casos adolescentes) y lo inesperado del suceso. Tras la pérdida la madre en duelo experimenta incredulidad ante la noticia es difícil de entender para ella, presenta por tanto inestabilidad emocional debido a que se encuentra en un oleaje de sentimientos: negación y dolor, y posterior a ello incapacidad para realizar sus actividades con normalidad los días posteriores. Sienten añoranza, irritabilidad, sentimientos de culpa. Algunas refieren creer escuchar el llanto de su bebé e incluso seguir sintiendo sus movimientos en su vientre.

Los días posteriores puede existir desorientación y desorganización en su vida cotidiana aunado a sensación de vacío y desamparo, esta situación se exagera cuando las personas en su entorno vieron a la mujer embarazada y desconocen la muerte del bebé, y preguntan el sexo o como se encuentra.

Ronald Knapp (2003) distingue el duelo hacia los hijos de la siguiente manera:

- Promesa de no olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que lo olviden
- Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo
- Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida.
- Cambio de los valores de la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles.
- Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros.



Algunos apoyos con respecto al manejo del duelo

En el año 2000, Ritsher y Neugenbauern construyeron la **Bereavement Grief Scale** (PBGS), en un principio su diseño tuvo como finalidad apoyar a las mujeres que habían tenido un aborto. Finalmente se utilizó para evaluar la sintomatología propia del duelo y el anhelo por el producto fallecido, así mismo se ha utilizado en estudios con el propósito de evaluar de evaluar la duración del duelo perinatal.

Como respuesta a su aplicación, en Suecia (Adolfsson, A & Larsson) la tradujeron a su idioma y como cuenta con un alto índice de confiabilidad ha servido para detectar a las mujeres en riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo y que requieran un mayor apoyo psicológico.

El Instituto Nacional de Perinatología realizó la validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional, escala que únicamente mide el grado de duelo emocional, no así el tratamiento para iniciar el duelo (Basándose en una interpretación propia de la **Bereavement Grief Scale** (PBGS), Para realizarla incluyeron mujeres que hubieran experimentado una o más pérdidas perinatales a lo largo de su vida reproductiva, que tuvieran como mínimo estudios de primaria, que no estuvieran embarazadas al momento del estudio y no contaran con un diagnóstico psiquiátrico (en base al DSM-IV)

Las personas encargadas de aplicar esta entrevista fueron psicólogos especializados en el área. El instrumento de evaluación era una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas dividida en: historia de vida, dinámica familiar, relación de pareja y en su caso sintomatología presente.

Como resultado de esta validación se dieron cuenta que permite detectar a aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo, no así para iniciar el duelo, motivo de este trabajo.



La reacción del padre ante la pérdida

La mayoría de las revisiones involucra solo el dolor de la madre. Contrario a lo que se piensa el duelo de los familiares cercanos merece especial consideración.

Es importante señalar que tanto la madre como el padre desarrollan un apego diferente hacia el producto, en el caso de la madre su apego aparece mucho antes de confirmar el embarazo debido a que fantasea con la maternidad incrementándose cuando ya embarazada empieza a sentir movilidad fetal.

El apego del padre es más “intelectual” que emocional o físico, se puede hacer notar cuando acude al ultrasonido y puede ver la forma del bebé e incluso el sexo.

Cuando se ha perdido al producto de esa gestación el padre puede preguntarse cuál es el motivo de lo ocurrido, como debe consolar o apoyar a la pareja y quizá se preguntará si podrán tener otro hijo en el futuro, se le exige que apoye a la madre, que realice los trámites necesarios para preparar el entierro del bebé y que sea él quien informe a la familia de lo ocurrido, es decir, su propio duelo se minimiza ante la necesidad de brindarle apoyo a su esposa, creando en él sentimientos de enojo hacia el personal de salud a quien responsabiliza de la muerte del bebé, situación que lo obliga a volcarse hacia su trabajo, llevando su pena en secreto, no tiene el apoyo necesario pues él es el único que puede responder cuando se le pregunta por el estado de la madre, nadie repara en él, se siente incómodo cuando se le pregunta por sus sentimientos y evita confrontar sus emociones, no busca apoyo.

Se puede sentir incómodo de pedir a su esposa continuar con su vida sexual debido a que puede culpabilizarlo de insensible, y todo ello lleva de la mano hacia conflictos de pareja que de no resolverse acaban separándolos.

En el caso de los hermanos, si existieran, pueden verse olvidados, aunque todo depende de la edad, personalidad y cultura. Pueden sentirse culpables por haber rivalizado en determinado momento al sentirse desplazados ante el amor y la preferencia de los padres, es necesario responder honestamente a sus preguntas y hacerle saber así mismo que no son responsables de la muerte del



producto, así como involucrarlos en los rituales de despedida del bebé, si aún son pequeños, pueden despedirse mediante dibujos.

Cada persona es diferente, como lo es también su apego con el no nacido, y su manera de afrontar la pérdida. En el caso de los abuelos, también sufren la pérdida, del producto de la concepción y por ver sufrir al hijo o hija padres del mismo, lo cual los hace desear sustituir su vida por la del bebé que empieza a vivir. Una forma de apoyarlos es permitirles involucrarse en las actividades de la familia, cuidar de los otros nietos, realizar labores domésticas.

Es importante y hasta indispensable que los padres conozcan las causas por las que murió su producto si esta pérdida fue espontánea, así como reconocer las probabilidades de que ello vuelva a suceder en embarazos posteriores, en este sentido se pueden realizar estudios complementarios de tipo genético para diagnosticar la causa y vivir un nuevo embarazo con tranquilidad.

Aunque se suele recomendar un mínimo de un año para un nuevo embarazo solo los padres podrán decidir el momento en el que se sientan preparados para ello.



El comportamiento del personal de salud

Es importante que el personal de salud aprenda a desenvolverse en estas situaciones, saber escuchar, estar y comprender la pena ajena, aunque se debe reconocer que la intervención hospitalaria es muy corta y en ocasiones solo da espacio para prestar “primeros auxilios psicológicos” en algunos casos, pero que no eliminaran el sentimiento por la pérdida, los padres nunca olvidarán ese apoyo otorgado por el personal de salud durante ese difícil momento. (Pastor Montero & Romero Sánchez, 2011)

La falta de conocimiento y de recursos para enfrentar la pérdida y el duelo perinatal hace que, en el ámbito hospitalario, se adopten medidas poco adecuadas, generando situaciones de ansiedad que en ocasiones compromete la competencia profesional, es por ello de vital importancia promover programas de formación para adquirir conocimientos y destrezas sobre el duelo perinatal y brindar atención de calidad que disminuya los riesgos de presentar depresión.

Abordar la pérdida perinatal es una labor delicada, pues no deja indiferentes a los profesionales de salud, que en ocasiones no saben cómo comportarse, o como acompañar y cuidar a la mujer cuando ha sufrido una pérdida.

Aún con estas carencias o temores, los profesionales de la salud son el primer contacto para acompañar a la madre o a la familia, es necesario prepararlos para ello. Para ello se presentan algunas recomendaciones:

- Presentarse ante la madre y su familia, es una forma de acercarse.
- Escucharlos, les ayuda a saber que no se encuentran solos con su dolor.
- Darles tiempo para ayudarles a entender su proceso.
- Hablar con ellos sin juzgar.
- Apoyar sus decisiones con respeto.
- Apoyarles acompañándolos si requieren ver al feto.



- Mostrar empatía ante su dolor, si los padres desean llorar se debe permitir.
- Comunicarse con honestidad.
- No minimizar la pérdida, ninguna persona se reemplaza por otra.
- Se puede realizar contacto físico, ayuda más que hablarles.

La actitud y empatía influyen en que el proceso de duelo se lleve de forma natural y fisiológica (Martin, 2008)

En el año 2011 en España, se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en un hospital (Pastor Montero & Romero Sánchez, 2011) que habla de la experiencia vivida por los profesionales de salud en situaciones de duelo perinatal en el cual aplicaron 19 entrevistas, dividido en 3 rubros:

- La práctica asistencial: en este rubro la tendencia que tuvieron al responder la entrevista es que se centran en los cuidados físicos haciendo de lado la situación emocional, poniendo en marcha mecanismos de defensa, reaccionando de manera distante, negando la gravedad de la pérdida, no siendo con ello conscientes de que una actitud profesional inadecuada puede repercutir directamente en una inadecuada evolución del duelo.
- Sentimientos que despierta la pérdida perinatal: estas situaciones generan en el profesional de salud un gran impacto emocional ya que no solo tienen que enfrentarse a sus propios sentimientos sino también a los de los padres, por lo cual evitan la confrontación.
- Significado y creencias sobre la pérdida y el duelo perinatal: en este rubro los entrevistados coincidieron en que el duelo perinatal es un proceso que los padres realizan para superar la pérdida. Es un proceso natural necesario y que los padres lo deben vivir de acuerdo con la edad gestacional y su propia personalidad.



Como análisis final los autores reconocen que la labor a realizar por el profesional de salud debe ser por medio de un equipo multidisciplinario, que debe acompañar de forma que no se improvise, sino que debe darse una capacitación específica.

Mejías Paneque (2012) hace un análisis del apoyo al duelo en los momentos posteriores a la pérdida desde un punto de vista psicológico y menciona que el personal de salud puede presentar dos conductas diferentes:

- 1) Conducta de evitación, en la cual solo se acerca a la paciente limitándose a su actividad, no apoya a la paciente y evita a toda costa tener un vínculo emocional con ella.
- 2) Conducta de sobre implicación, en la cual puede llegar a sentir el mismo dolor de la paciente y adoptar actitudes paternalistas. Lo cual, lejos de ayudar a la paciente la hace dependiente al personal de salud.

Para el personal de salud es difícil en algunos casos ser testigos de la ocurrencia de muerte perinatal, influye en su estado emocional, ello se debe en parte que no ha recibido la preparación necesaria para enfrentar el proceso de muerte, algunos lo manifiestan con tristeza y frustración. Es muy importante apoyar a los padres acompañándolos y tratándolos con respeto, ello incluye preguntarles si desean recibir apoyo emocional o espiritual en caso de contar con el profesional adecuado para otorgarla.



Estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes

Es un proceso de acciones que preparan a las personas a reaccionar y responder ante situaciones adversas. (Orozco, 2013)

Se conocen 2 tipos de estrategias:

- a) Estrategias de resolución de problemas: Están dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- b) Estrategias de regulación emocional: Son métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Escala de modos de afrontamiento

Ella nos ayuda a evaluar una serie de pensamientos y acciones que se trabajan para manejar situaciones estresantes (López, 2000) cubre 8 estrategias diversas, las dos primeras de resolución de problemas, las cinco siguientes son estrategias de regulación emocional y la última trabaja en ambas áreas.

- 1) Confrontación: Realiza acciones arriesgadas y directas intentos para solucionar la situación.
- 2) Planificación: analizar y realizar estrategias para darle solución al problema.
- 3) Distanciamiento: Realiza intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a él mismo.
- 4) Autocontrol: Realiza esfuerzos para controlar sus sentimientos y respuestas emocionales.
- 5) Aceptación de responsabilidad: Reconocer su propio actuar en el origen del problema.
- 6) Escape-Evitación: desviar la atención del problema de forma consciente, pero sin avance.
- 7) Reevaluación positiva: tratar de entender si existieron algunos aspectos positivos que deja esta situación.
- 8) Búsqueda de apoyo social: Buscar en su entorno alguna persona que le brinde apoyo.



Factores modulares

En el afrontamiento existen factores externos (apoyo de su entorno) e internos (recursos personales) que pueden hacerlo más fácil o difícil de modular, en forma favorable o desfavorable el impacto del estresor (López, 2000)

Estilos de afrontamiento:

Son formas en las que cada individuo responde ante las situaciones que generan estrés. En estos estilos se encuentran los siguientes:

- Personas evitadoras y personas confrontativas: en el estilo evitativo la persona evita a toda costa enfrentar la situación, pues sabe que inevitablemente volverá a sentir ansiedad o angustia. En el confrontativo la persona enfrenta la situación, aunque ello cause ansiedad o temor, pero busca recursos que le den seguridad.
- Catarsis: expresar su propio sentimiento o estado emocional de forma intensa o exacerbada, el hablar o comunicar sus propias preocupaciones según algunos autores tiene el efecto de disminuir problemas a futuro.
- Uso de estrategias múltiples: no todas las personas recurren siempre a los mismos recursos de afrontamiento.

Recursos o apoyos para superar los estresores:

Entre los recursos usados para sobrellevar una situación de pérdida o duelo se encuentran los apoyos sociales, donde la familia o personas de su entorno tienen gran importancia, pues el simple hecho de abrazar o escuchar a la persona le proporcionará tranquilidad con el efecto de disminuir la tensión existente y evitar enfermedades. Otros recursos son los económicos que, aunque no resuelven como tal el problema, si ayudan a amortiguar los efectos de la situación.

Los animales domésticos también pueden ser un elemento importante en la red de apoyo debido a que las emociones que siente la persona al abrazar o cuidar a una mascota ayuda a disminuir el estrés y aumentar emociones positivas.



Emociones positivas. (Fredrickson, 1998)

Las emociones positivas son aquellas que llevan consigo sentimientos agradables, se valoran las situaciones que se enfrentan como de gran beneficio, tienen una duración temporal corta y movilizan recursos para su afrontamiento.

Entre ellas se encuentran:

Bienestar:

- Es el conjunto de elementos que se requieren para lograr un funcionamiento adecuado de las personas en sus diferentes roles (social, familiar y laboral) y satisfacer en determinado momento necesidades materiales. Los psicólogos consideran tres componentes de este: juicio cognitivo global que es el resultado de la satisfacción con la vida y el balance generado por la frecuencia de recibir afecto positivo y negativo.

Elevación:

- Emoción positiva en el que surge un enorme afecto por la persona y que se exagera cuando se observan actos positivos, lo cual provoca una sensación de querer ser mejor. Puede ser definido como un bumerang de actos positivos con repercusiones positivas en un entorno negativo. Lo cual mejora la calidad de vida de las personas.

Fluidez

- (Flow) es una sensación experimentada cuando la persona se encuentra totalmente entregada y comprometida a una determinada actividad que le agrada. Debido a que concentra todos los recursos a su alcance como son: pensamientos y emociones que en ocasiones lo hacen perder la noción del tiempo, conlleva con ello equilibrio que transforma su personalidad.

Resiliencia

- Es la capacidad que tiene una persona o grupo, de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro, la psicología positiva refiere que los problemas son desafíos que pueden ser



enfrentados gracias a la resiliencia. Las personas resilientes se describen como personas que pueden soportar el estrés y difícilmente caen ante la enfermedad. Son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones consideradas estresantes, lo cual es consecuencia de la interacción de diversos factores como: ambiente familiar, social y ambiental.

Humor:

- Como estado de ánimo: sentimiento de total bienestar y fortaleza personal que permite interpretar de forma positiva algunas situaciones que se presentan como amenazantes. Capacidad de experimentar o estimular la risa.

Beneficios de las emociones positivas

- Modifican nuestra forma de pensar: influyen en el razonamiento, resolución de problemas y habilidades sociales. Fortalecen ante la adversidad promoviendo la resiliencia y evitan la depresión. Otro aspecto importante es que las emociones positivas enfrentadas con alegría combatirán los efectos de emociones negativas que impidan el mejoramiento de la salud física o mental, es decir, se previenen enfermedades y reducen significativamente la ansiedad.

En resumen, se afirma que las personas que se han considerado felices enfrentan los riesgos a la salud, experimentando menor desgaste del sistema cardiovascular con lo cual gozan de mejor salud física y mental.

La psicología positiva refiere que las emociones positivas conforman una base importante que conducen a la felicidad o bienestar de las personas. Experimentar emociones positivas como la serenidad, vitalidad, entusiasmo y alegría entre otras son rasgos que distinguen a la felicidad. (Cabero Almenara & Infante Moro, 2014)



OTROS RECURSOS

En el año de 2016 en España, se realizó una búsqueda bibliográfica para establecer un programa de apoyo para los padres que han sufrido pérdida perinatal (Martinez Miguel, 2016). Este programa propone sesiones en las cuales se incluyan acciones médicas y psicosociales en las cuales se habla de realizar rituales de despedida para el no nacido pues en base a su propia experiencia los rituales en este tipo de duelo permiten a los padres expresar sus emociones. Para ello utilizan un área específica y apartada para que los padres puedan despedirse de su hijo.

Actualmente trabajan con la creación de una caja de recuerdos del bebé donde se colocan:

- Fotografías o imágenes del ultrasonido
- El cordón umbilical
- En caso de que el bebé haya nacido: pulsera de identificación, mechón de cabello, ropa etc.

Esta propuesta se llevará a cabo en diversas sesiones en donde se irán abordando diversos temas como:

- 1) Primera sesión: en donde se capacitará al personal sanitario acerca de duelo perinatal, mediante un acercamiento teórico práctico en el cual se incide sobre la importancia del apoyo psicológico a los padres
- 2) Segunda sesión: explicación al personal de los recursos que se pondrán a disposición de los padres como son la habitación de despedida y la caja de recuerdos. La habitación consiste en un espacio alejado del área de ginecoobstetricia en donde los padres se podrán despedir del bebé de una forma tranquila, sin interferencias, en un ambiente de serenidad; con luz natural y posibilidad de oscuridad, frente a un jardín o área donde se esté en contacto con la naturaleza para brindar tranquilidad a los padres, libre de ruidos y con mobiliario sencillo.
- 3) Citar a los padres tres meses posteriores a la muerte del producto, para una sesión con un experto y con un grupo de apoyo, que



consiste en padres que han pasado la misma situación con la intención de motivarlos a que cuenten sus experiencias y propiciar el diálogo de los padres que se ingresan por primera ocasión.

4) Citar a los padres nuevamente para que vean una película titulada “Return to Zero” Se trata de una película que trata la muerte de un bebé antes de nacer y como viven esta situación los padres. Posteriormente preguntar a los padres ¿qué creen que los ha ayudado en el tiempo que han vivido la pérdida?

5) Entrevista final: se llevará a cabo seis meses posteriores a la pérdida, se aplicará un cuestionario llamado Escala de Prigerson, en la cual se evaluará si tras la intervención, los padres se encuentran en situación de duelo complicado y en su caso derivarlos al psicólogo.

Como se puede observar es una intervención larga y que en México sería complicado llevar a cabo debido a que en la mayoría de los casos y de acuerdo a la ubicación geográfica no se cuenta con los recursos económicos para estar acudiendo a consultas o reuniones programadas, aunado a la falta de apego a los tratamientos.

Con respecto a la falta de apego al tratamiento se ha encontrado que lleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la morbilidad, observado de pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de tratamiento.

Otro punto en contra es que los recursos utilizados en la Institución en ocasiones son insuficientes, y no se cuenta con la infraestructura para adecuar consultorios o aulas para dar el seguimiento al proceso, proyectar películas



PLANTEAMIENTO

En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes que por diversas situaciones sufren la pérdida del producto de la gestación, estas pacientes presentan en algunos casos factores de riesgo asociados, lo que provoca que el producto de la gestación no llegue a término situación que puede llevarla incluso a padecer algunas otras patologías como depresión. Un estudio realizado en un hospital Materno Infantil del Estado de México (Trejo,2012) concluye que la muerte fetal tardía se debe en su mayoría a factores socioeconómicos y por presentar factores de riesgo asociados como sobrepeso y multiparidad y resume que a pesar de que ha disminuido la tasa de muerte fetal los últimos años aún se siguen presentando 4.5 casos en cada 1000 nacidos vivos.

En México, la Guía de Práctica Clínica (Salud, 2010) considera que el síndrome de muerte fetal es un problema de salud pública debido a que no hay cifras que definan exactamente la cantidad de estas, se dice que constituye un tercio de toda la mortalidad infantil. El porcentaje de muertes inexplicadas se encuentra en promedio en un 21 a 50% en fetos mayores de 22 semanas y un peso superior a 500 g.

El porcentaje de muertes que no tienen una explicación lógica es aproximadamente de 21 a 50%, dentro de los que se encuentran fetos con edad gestacional de 22 semanas y peso mayor a 500 g.

La OMS considera que las mujeres de medio socioeconómico bajo son las más afectadas, aproximadamente 1.2 millones de muertes fetales ocurren durante el trabajo de parto y el parto, en la mayoría de los casos se trata de fetos de término cuya madre no llevaba control prenatal.

Esta situación provocará que la madre al sentir que no cuenta con el apoyo necesario caerá en depresión, siendo una circunstancia que llevará como



consecuencia a pérdida incluso de un vínculo de pareja o pérdidas económicas debido al tratamiento.

En un estudio realizado por un grupo de asociaciones no gubernamentales (Rivera Moreno & Flores Castillo, 2015) se manifiesta que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), también que las personas que han sufrido depresión mayor alguna vez en su vida la presentan por periodos mayores a dos semanas, en una edad aproximada de 24 años.

Es por ello por lo que considero importante apoyar a las madres que involuntariamente pierden al producto de la concepción para evitar complicaciones como depresión. Por ello hago la pregunta:

¿Cuál es la validez de la técnica propuesta de inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción?

ALCANCE

- Al validar la técnica por juicio de expertos (Método Delphi) se determinará el grado de confiabilidad de la técnica propuesta, para aplicarla por el profesional de Enfermería a las pacientes en el área hospitalaria
- El siguiente trabajo será un apoyo para el profesional de Enfermería que diariamente trata con pacientes que llegan al hospital para la atención por pérdida del producto de la concepción.
- El propósito es que el profesional de Enfermería cuente con una herramienta validada por expertos y que le permita proporcionar un apoyo integral a la paciente que presenta incapacidad de recuperarse ante la pérdida, evitando con ello que presente cuadros depresivos



JUSTIFICACIÓN

El Plan Nacional de Salud (2012-2018) (SALUD, 2012) propuso que la salud de los mexicanos se diera en forma equitativa, se refiere a 6 objetivos asociados a las Metas Nacionales. Habla de un “México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.”

La presente Administración pone especial énfasis en proveer una red de protección social que garantiza el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evita que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo. Una seguridad social incluyente abate los incentivos a permanecer en la economía informal y permite a los ciudadanos enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal y la construcción de un México más productivo.

Un aspecto importante que se debe tomar en cuenta es que esta situación afecta mayormente a pacientes primigestas, pacientes con múltiples pérdidas y pacientes primigestas mayores de 35 años, que requieren contar con el apoyo necesario al momento en que esta pérdida ocurre, evitando una alteración en su estado emocional que incluso pueda llevarla a depresión pues no requerirá de apoyo en cada fase del duelo.

La técnica de inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción, tiene entre sus objetivos evitar que las pacientes que han pasado por esta situación tengan un problema de depresión, dando cumplimiento a las Metas Nacionales, donde el objetivo número 3, plantea:



“Reducir *los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida*”.

En la búsqueda bibliográfica que se llevó a cabo previo a la realización de este trabajo, no se encontró alguna herramienta similar en la cual el profesional de Enfermería trabaje de forma inmediata con la paciente. En México se realizó una adaptación de la *Bereavement Grief Scale* en el Instituto Nacional de Perinatología, ésta escala tiene como finalidad evaluar la sintomatología propia del duelo y su duración, como resultado de esta validación se dieron cuenta que permite detectar a aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de presentar complicaciones en el proceso de duelo, y al detectarlas son canalizadas con el psicólogo, lo cual en ocasiones no es conveniente para la paciente por el costo de la atención y el estigma que existe con respecto a éstos tratamientos.

En 2016 se realizó en Cataluña, España una propuesta de apoyo y seguimiento a padres en proceso de duelo perinatal, ésta propuesta consiste en citar a los padres en 4 sesiones en las cuales una enfermera capacitada en duelo con el fin de ayudarles en la elaboración de un adecuado proceso de duelo y evitar que desarrollen duelo patológico. Al concluir dicho trabajo se pudieron dar cuenta que existe falta de conocimientos y recursos de los profesionales sanitarios para hacer frente a estas situaciones, y que es necesario llevar a cabo una estrategia de mejora y prevención mediante formación y buscando nuevos recursos, motivo por el cual, al realizarlo en diversas sesiones, algunas de las parejas no regresan al tratamiento.

En las Instituciones de salud en México y debido a problemas de infraestructura no contamos con áreas de hospitalización en las cuales las pacientes en duelo puedan pasar las primeras horas del puerperio inmediato separadas de las madres que tienen en brazos a sus hijos; se tienen que instalar desafortunadamente en las áreas de gineco obstetricia, en los mismos cubículos de pacientes que tienen a su producto vivo, y que en determinado momento



lloran, provocando en la madre que ha perdido a su hijo una mayor tristeza, o en cubículos con mujeres que por propia decisión han decidido perder a su hijo, lo cual no ayuda a la madre en duelo pues aunque ambas tienen sus brazos vacíos la muerte del producto se da en situaciones diferentes ya que una decide no tener al bebé y la que decide tenerlo no lo logra.

Es necesario que la paciente exprese su dolor, lo cual hará más fácil la aceptación final, si se apoya a la paciente durante el inicio de su pérdida, se permite la comunicación verbal tan necesaria en esta etapa en la que necesita compartir sus sentimientos, llegará a una aceptación final, así mismo el transmitirle tranquilidad mediante una caricia en su mano o simplemente tomándola de ella.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Validar la técnica de inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los aspectos relevantes de técnicas tanatológicas para el afrontamiento del duelo ante la pérdida.
- Determinar la validez de contenido de la técnica de inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción.
- Describir la fiabilidad de la técnica inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción.
- Identificar el grado de satisfacción de la usuaria posterior a la aplicación de la técnica inicio del proceso de duelo.



METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Cuantitativa. (Monje Álvarez, 2011) Menciona que la investigación científica, desde el punto de vista cuantitativo, es un proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo determinados pasos, se inicia con la revisión de la literatura: que se conoce del problema, si existen aspectos no investigados y en esta primera fase de delimita y define el problema, así como los objetivos para determinar exactamente que se investigará. En segundo lugar, se definen las variables a estudiar, una vez determinadas continúa la tercera fase donde se definen puntos: *¿Cómo se investigará?* Es decir, seleccionar población y muestra, tipo de estudio, metodología de recolección de datos, procedimiento de recolección y plan de tabulación y análisis.

Una vez planteado todo lo anterior se continua con la fase de ejecución donde una vez que se recolectan los datos, se presentan, analizan e interpretan y se emiten conclusiones y recomendaciones, hasta presentar el informe final.

a. Tipo de estudio

Cuasi experimental: Es una derivación de los estudios experimentales, en los cuales la asignación de los expertos no es aleatoria.

Longitudinal: Es un tipo de diseño de investigación que consiste en estudiar y evaluar a las mismas personas por un periodo prolongado de tiempo.

Prospectivo: Es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro. (Rodríguez Gómez, 2012)

b. Universo: Personal de Salud con especialidad en tanatología

c. Muestreo:

- No probabilístico
- Por conveniencia



Los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

d. Muestra:

7 expertos

EXPERTOS

- **Criterios de Inclusión:** Médicos y enfermeras con especialidad en tanatología y experiencia en el trato con pacientes obstétricas que hayan sufrido pérdida del producto de la concepción y que estén dispuestos a responder el cuestionario.
- **Criterios de Exclusión:** Médicos y enfermeras que no quieran responder el cuestionario, personal que no tenga especialidad en tanatología y que no tengan contacto con pacientes que hayan sufrido la pérdida del producto de la concepción.
- **Criterios de Eliminación:** Médicos y enfermeras que no hayan respondido el cuestionario

ASPECTOS ÉTICOS:

- El Comité de Bioética e investigación del Hospital General Iztapalapa otorgó el permiso para aplicar el cuestionario.
- Consentimiento informado una vez que sea aplicado la técnica a la paciente.

Recolección de datos

- a) Se describió la técnica en un formato de Word 2010 “*Inicio Del Proceso De Duelo En Pacientes Con Pérdida Del Producto De La Concepción*”, el cual se distribuyó en 4 categorías de ítems:



- **Ítems de Inducción:**

Se inicia dando las indicaciones a la paciente sobre la técnica, el objetivo principal y la dinámica que se llevará a cabo, es decir, si la paciente hablará en voz alta, si se le tomará de la mano, y se apoya con elementos externos si la paciente así lo desea y el lugar es el adecuado (música, velas etc.).

- **Ítems de Retrospectiva:**

En este aspecto se va dirigiendo a la paciente haciéndola recordar lo vivido desde el momento mismo en que supo que estaba embarazada, hasta el momento en que llegó a la Institución y supo que su producto había muerto. En este momento se apoya si es necesario con kleenex o papel para que limpie sus lágrimas, pues el recordar para la paciente es un momento de dolor, se le apoya para que sienta que no está sola y continúe la dinámica.

- **Ítems de Transición:**

Aquí se solicita a la paciente que imagine que tiene entre sus manos a su bebé (se le pide que una sus manos en forma de conchita) y que le externa los sentimientos que está viviendo, si está enojada con él, si se siente culpable etc. Al finalizar se le pide que imagine que baña a su bebé con una luz blanca, el guía toma entre sus manos las manos de la paciente unidas y se dirigen hacia el corazón de la paciente, donde se le pide que imagine que su corazón se está iluminando con la entrada imaginaria del bebé en él.

- **Ítems de Satisfacción:**

Se da por finalizada la sesión y se solicita a la paciente sus sentimientos con respecto a la aplicación de la técnica. Podemos



solicitarle si se encuentra en condiciones que comparta su experiencia escribiendo en un cuaderno que será utilizado como evidencia para el personal que aplica la técnica.

- Una pregunta abierta en la que el experto compartirá en base a su propia experiencia si considera que la técnica es adecuada y si cumple o no con las expectativas que esperaría la paciente para iniciar su duelo
- Una vez recolectadas las encuestas se procedió a determinar la confiabilidad estadística a través del programa IBM SPSS Statistics 20, con la finalidad de obtener la confiabilidad del Alfa de Cronbach.

Recursos humanos: Investigadora, profesionales encuestados, pacientes

Recursos materiales: laptop, señal de internet, impresora, tinta de impresora, discos, memorias, teléfono inteligente, hojas, lápices, plumas, carpetas

Recursos financieros: serán financiados por la investigadora.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS.

Los datos se tabularon y procesaron en el sistema IBM SPSS Statistics 20 y Excel, expresándose en estadísticas descriptivas, mostradas en cuadros y gráficas.



RESULTADOS

El instrumento de *“Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción”* (Elaboración propia, 2018). está construido bajo cuatro categorías generales, cada una de ellas cuenta con un grupo determinado de preguntas de acuerdo a lo que la paciente refiere que vivió durante el proceso, esto es, en primer lugar, se encuentran los ítems de inducción con 5 preguntas. La segunda llamada ítems de retrospectiva dividida en 17 preguntas, el tercer ítem de transición con 8 preguntas y el último ítem de satisfacción con 3 preguntas.

El resultado total del instrumento aplicado a los expertos se puede observar en la Tabla 1

Tabla 1

Nivel de fiabilidad del instrumento “inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción”

Alfa de Cronbach	No. de elementos
.867	29

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Como podemos observar en la Tabla 1, después de la aplicación del instrumento, el análisis de fiabilidad se expresa en la Tabla 1 con un nivel de confianza de .867, por lo que se considera un instrumento viable para la aplicación de la técnica “Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción”.



Los siguientes resultados corresponden a los niveles de fiabilidad de cada una de las categorías:

Tabla 2
Nivel de fiabilidad categoría de inducción, del instrumento "Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción"

Alfa de Cronbach	N de elementos
.156	5

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la categoría de inducción el nivel de fiabilidad se encuentra en la tabla 2. Esta expresa un alfa de Cronbach de .156, esta categoría está dividida en 5 preguntas (elementos) las cuales hacen referencia al preámbulo de la aplicación de la técnica, el objetivo de la técnica y la preparación emocional y física de la paciente.

Tabla 3
Nivel de fiabilidad categoría de retrospectiva, del instrumento "Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción"

Alfa de Cronbach	N de elementos
.755	17

Fuente: Elaboración Propia, 2018.

En la categoría de retrospectiva se encuentra que el índice de confiabilidad es de 0.755 (Tabla 3), en esta categoría se encuentran 17 preguntas que hacen alusión a lo vivido por la paciente desde que se enteró de su embarazo hasta el momento justo en que llegó al hospital.



Tabla 4
Nivel de fiabilidad categoría de transición, del instrumento "Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la gestación"

Alfa de Cronbach	N de elementos
.783	8

Fuente: Elaboración Propia (2018)

Se muestra la categoría de transición en la cual el índice de confiabilidad es de 0.783 (Tabla 4), consta de 8 preguntas donde se pide nuevamente a la paciente que se relaje para concluir la técnica.

Tabla 5.
Nivel de fiabilidad categoría ítems de satisfacción, del instrumento "Inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la gestación"

Alfa de Cronbach	N de elementos
.750	3

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la última categoría llamada de satisfacción, el índice de confiabilidad es de 0.750 (Tabla 5), los expertos consideran que esta categoría es importante para saber si la paciente se encuentra satisfecha con la aplicación de la técnica y si servirá para dar paso a su proceso de duelo.

Es importante señalar que la confiabilidad del instrumento en general es mayor que cada una de sus partes, por lo que se considera y recomienda que éste sea aplicado en su totalidad para apoyar a la paciente en el proceso de duelo por la pérdida del producto de la gestación

Realizando un análisis de cada una de los 29 ítems, los cuales están constituidas por 5 calificaciones que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo se realiza a continuación el análisis de cada uno de los ítems del cuestionario aplicado a los expertos de la técnica.



Tabla 6.
Ítem 1 Poner música de fondo instrumental

	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	
			válido	acumulado
De acuerdo	2	28.6	28.6	28.6
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	57.1
Totalmente de acuerdo	3	42.9	42.9	14.3
Total	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración Propia (2018)

En la primera pregunta se sugiere el uso de música de fondo instrumental, se obtuvo un 42.9% en totalmente de acuerdo, 28.6% medianamente de acuerdo al igual que en el rubro de acuerdo. (Tabla 6)

TABLA 7
Ítem2: que la paciente responda para sí misma o en voz alta.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	
			válido	acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	28.6
Totalmente de acuerdo	5	71.4	71.4	57.1
Total	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración Propia (2018)

En este segundo ítem (Tabla 7) los expertos en su mayoría consideran que es adecuado que la paciente responda para sí misma o en voz alta obteniendo en este rubro el 71.4% del porcentaje total, en los rubros medianamente de acuerdo y de acuerdo se obtuvieron porcentajes similares de 14.3%.



Tabla 8
Ítem 3 pedirle a la paciente que cierre sus ojos, que inhale y exhale para liberar tensión acumulada

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	
			válido	acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

La tabla 8 muestra que, en el tercer ítem del cuestionario, los expertos se encuentran totalmente de acuerdo con solicitar a la paciente que cierre sus ojos y exhale para liberar la tensión acumulada y una vez que se encuentre más tranquila se pueda dar inicio a la aplicación de la técnica

Tabla 9:
Ítem 4, Tomar de la mano a la paciente y pedirle que la presione cuando se encuentre lista para continuar.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	
			válido	acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

En este 4º ítem (tabla 9) Todos los expertos se encuentran totalmente de acuerdo en que la persona que esté aplicando la técnica tome de la mano a la paciente y le pida que la presione cuando se encuentre lista para continuar entre un paso y otro, ya que favorece la comunicación no verbal entre la paciente y la guía en la aplicación de la técnica.



La quinta pregunta del cuestionario da inicio a la categoría de retrospectiva (tabla 10) en general obtuvo un alfa de Cronbach de .755. A partir de esta pregunta la paciente va a revivir lo ocurrido acerca de lo que ha vivido desde el momento mismo en que se enteró de que estaba embarazada y cuáles fueron los sentimientos que tuvo con respecto a esta noticia. Los expertos consideran que es una parte medular de la misma, debido a que en algunas ocasiones las pacientes no se encuentran muy convencidas de su embarazo, incluso algunas no lo desean, pero conforme transcurre su embarazo se va dando un proceso de aceptación y al enfrentarse a la muerte del producto pueden sentir o demostrar culpa hacia esa actitud.

Tabla 10

Ítem 5. Solicitar a la paciente que realice una retrospectiva de su vivencia desde el momento mismo en que se enteró de su embarazo

	Válidos	Frecuencia	porcentaje válido	porcentaje acumulado
De acuerdo	2	28.6	28.6	28.6
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

Los expertos en su mayoría (57.1%) coinciden es que es conveniente solicitar a la paciente realizar un recordatorio de lo que sintió desde que se entera de su embarazo, el 28.6% consideran estar solo de acuerdo y el 14.3 que es lo mínimo consideran estar medianamente de acuerdo, como se muestra en la tabla 10



Tabla 11

Ítem 6. Pedirle que recuerde ¿qué sintió en el momento en que supo que estaba embarazada?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
De acuerdo	2	28.6	28.6	28.6
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En esta sexta pregunta, según lo muestra la tabla 11, La mayoría de los expertos está de acuerdo en que se le cuestione a la paciente sobre los sentimientos que tuvo al enterarse de su embarazo, debido a que su primera reacción marcará la evolución de su proceso de duelo.



Tabla 12

Ítem 7 pedirle que recuerde ¿cuál fue su reacción ante la noticia de que estaba embarazada?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En esta pregunta los expertos en su mayoría (57.1%) están de acuerdo en preguntarle a la paciente las emociones que pasaron por su mente en el momento en que confirma su embarazo, el 28.6% se encuentra medianamente de acuerdo y sólo el 14.3% está de acuerdo, esto lo muestra la tabla 12.



Tabla 13

Ítem 8. Pedirle que recuerde ¿con quién compartió esa noticia y cuál fue la reacción de la persona?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

La mayoría de los expertos (57.1%) está de acuerdo en que la paciente mencione con quien compartió esa noticia y cuál fue la reacción de esa persona ante la noticia del embarazo, pues es fundamental conocer que apoyo tiene la paciente para manejar su proceso de duelo, el 28.6% se encuentra medianamente de acuerdo y el 14.3% solo de acuerdo.



Tabla 14

Ítem 9. Pedirle que recuerde ¿Qué planes hizo con este embarazo?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

4 de los expertos correspondiente al 57.1% consideran adecuado que se le pregunte a la paciente que planes hizo al enterarse del embarazo, dos expertos (28.6%) consideran estar medianamente de acuerdo y solo uno (14.3%) se encuentra de acuerdo.



Tabla 15

Ítem 10 Solicitarle a la paciente que recuerde ¿Cómo vivió el momento en que inició con actividad uterina y se trasladó al hospital?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	3	42.9	42.9	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

Cuatro de los expertos están totalmente de acuerdo (57.1%) en preguntarle a la madre los sentimientos que tuvo en el momento en que se desencadena el trabajo de parto y que se traslada al hospital, 3 de ellos que corresponde al 42.9% se encuentran medianamente de acuerdo. (Tabla 15)



Tabla 16

Ítem 11 Pedirle que recuerde ¿Cómo se presentó ese momento y cuál fue su primer sentimiento?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 16 se observa que el 57.1% (4) de los expertos estuvieron totalmente de acuerdo en que la paciente reviva el momento en que inicia con el proceso de trabajo de parto y que vuelva a sentir la emoción vivida ante la pregunta “¿Cómo se presentó ese momento y cuál fue su primer sentimiento?”, 2 de ellos que representan el 28.6% refirieron estar medianamente de acuerdo con este planteamiento y sólo 1 (14.3%) refirió estar de acuerdo.



Tabla 17
Ítem 12 Pedirle que recuerde ¿Con quién se encontraba y cómo reaccionó esa persona?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	42.9
Totalmente de acuerdo	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

4 de los 7 expertos (57.1%) consideran adecuado que recuerde con quien se encontraba en ese momento y el apoyo que pudo recibir, dos expertos lo que equivale al 28.6% consideran estar medianamente de acuerdo y solo 1 (14.3%) se encuentra de acuerdo, todo ello se muestra en la tabla 17.



Tabla 18

Ítem 13: *Pedirle que recuerde ¿Cómo fue recibida en el hospital?*

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia (2018)

En la tabla 18 se muestra que 6 de 7 expertos, lo que corresponde al 85.7%, mencionan estar completamente de acuerdo con la pregunta ¿Cómo fue recibida en el hospital?, solo un experto (14.3%) se encuentra medianamente de acuerdo.



Tabla 19

Ítem 14. Pedirle que recuerde ¿Qué apoyo recibió en ese momento y por quién?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 19 donde se solicita pedirle a la paciente que recuerde el apoyo recibido y por quien, la mayoría de los expertos, 6 de 7 (85.7%) se encuentran totalmente de acuerdo, solo uno (14.3%) se manifiesta medianamente de acuerdo con el cuestionamiento.



Tabla 20

Ítem 15. Pedirle que recuerde ¿Cómo le dieron la noticia de que su bebé había muerto?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	28.6
Totalmente de acuerdo	5	71.4	71.4	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 20 podemos apreciar que la mayoría de los expertos se encuentran totalmente de acuerdo (71.4%) con pedirle a la paciente que recuerde ¿Cómo le dieron la noticia de que su bebé había muerto?, el 14.3% refiere estar medianamente de acuerdo, así como un experto (14.3) solo de acuerdo.



Tabla 21

Ítem 16. Solicitarle nos responda si ¿Pudo conocer a su bebé y si se despidió de él?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 21 se muestra que el 85.7%, que equivale a 6 expertos se encuentran totalmente de acuerdo en solicitar a la paciente que responda si conoció a su bebé y se pudo despedir de él, solo un experto, lo que corresponde al 14.3% se encuentra medianamente de acuerdo.



Tabla 22
Ítem 17 Pedirle que recuerde ¿Le informaron del procedimiento que le iban a realizar?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	
			válido	acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

Según lo referido en la tabla 22, el 85.7% de los expertos, lo que corresponde a 6 de 7, manifiesta estar totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente que indique si le informaron el procedimiento que le realizarían, sólo un experto (14.3%) manifiesta estar de acuerdo.



Tabla 23
Ítem 18. Pedirle que recuerde a partir del procedimiento ¿Cómo ha vivido la pérdida?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
Medianamente de acuerdo	2	28.6	28.6	28.6
Totalmente de acuerdo	5	71.4	71.4	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 23, se muestra que 5 expertos, equivalente al 71.4 se encuentran totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente que recuerde ¿cómo ha vivido su pérdida a partir de que le realizan el procedimiento?, dos de los 7 expertos (28.6%) se manifiestan medianamente de acuerdo.



Tabla 24

Ítem 19. Pedirle que recuerde ¿Qué sentimientos llegan a su mente?

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido	acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 24 encontramos que el 100% de los expertos se encuentran totalmente de acuerdo en solicitar a la paciente que recuerde ¿qué sentimientos llegan a su mente en este momento?



Tabla 25

Ítem 20. Preguntar a la paciente si quiere agregar algo más (comentario, sentimiento, enojo)

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

En el ítem 20, correspondiente a la tabla 25, el 100% de los expertos (7 de 7) refieren estar totalmente de acuerdo con preguntarle a la paciente si desea agregar algo más como un comentario, sentimiento o enojo.



La tabla 26, da inicio a la categoría ítems de transición, que es cuando se ayuda a la paciente a que cierre su círculo para dar paso a la iniciación de su duelo, no se trata de guiar a la paciente hacia que olvide, sino que pueda seguir avanzando a pesar de su pérdida, es por ello que simbólicamente se dirige la técnica hacia que imagine como su bebé permanecerá en su corazón. Esta categoría obtuvo un Alfa de Cronbach de .783.

Tabla 26

Ítem 21. Pedir a la paciente que nuevamente respira profundo y se relaje

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

El 100% de los expertos, se encuentran totalmente de acuerdo en pedir a la paciente que nuevamente respire profundo y se relaje.



Tabla 27

Ítem 22. Pedirle que imagine ¿Cómo era su bebé? Si es que no tuvo oportunidad de verlo (el color de sus ojos, cabello)

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla número 27, se observa que el 85.7%, que equivale a 6 de 7 expertos están totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente que imagine ¿Cómo era su bebé? Si es que no tuvo oportunidad de verlo (el color de sus ojos, cabello), sólo uno de los expertos (14.3%) se encuentra medianamente de acuerdo.



Tabla 28

Ítem 23. Pedirle que coloque sus manos en forma de “conchita” e imagine que tiene a su bebé entre ellas

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
De acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	28.6
Totalmente de acuerdo	5	71.4	71.4	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 28 se puede apreciar que 5 expertos de 7 (71.4%) refiere estar totalmente de acuerdo Pedirle que coloque sus manos en forma de “conchita” e imagine que tiene a su bebé entre ellas. El 14.3 manifiesta estar medianamente de acuerdo al igual que un experto (14.3%) se encuentra de acuerdo.



Tabla 29

Ítem 24. Pedirle que imagine que lo está viendo y le diga todas las palabras que no pudo decirle.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En el ítem 24 (tabla 29) donde se pide a la paciente que imagine que lo está viendo y le diga todas las palabras que no pudo decirle, 6 de los 7 expertos (85.7%) manifiestan estar totalmente de acuerdo. Solo uno (14.3%) se encuentra medianamente de acuerdo.



Tabla 30

Ítem 25. Pedirle que le pida perdón por lo que no pudo hacer, si es que siente culpa.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

El 85.7% de los expertos, lo que equivale a 6 de 7, manifiestan estar totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente que le pida perdón al bebé por lo que no pudo hacer, si es que siente culpa, como se manifiesta en la Tabla 30, en la misma se observa que solo uno de los expertos se encuentra medianamente de acuerdo, esto equivale al 14.3%.



Tabla 31

Ítem 26. Pedirle que imagine que baña al bebé con una luz blanca

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En el ítem 26 que corresponde a la tabla 31, se hace constar que el 85.7% (6 expertos) están totalmente de acuerdo en pedirle que imagine que baña al bebé con una luz blanca, solo un experto, que equivale al 14.3% se encuentra medianamente de acuerdo.



Tabla 32

Ítem 27. Llevar sus manos hacia su corazón e imaginar que su corazón se ilumina en señal de que ahí introducirá a su bebé y permanecerá con ella siempre.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

El pedirle a la paciente que lleve sus manos hacia su corazón e imagine que este se ilumina en señal de que ahí introducirá simbólicamente a su bebé y permanecerá con ella siempre (tabla 32) el 85.7% de los expertos (6 de 7) coinciden en estar totalmente de acuerdo, solo uno (14.3%) se manifiesta medianamente de acuerdo.



Para concluir la aplicación de la técnica se evaluaron 3 preguntas que se titularon ítems de satisfacción, las cuales obtuvieron un Alfa de Cronbach de .750, aquí se solicita a la paciente que nos mencione como se siente al concluir la aplicación de la técnica, si considera que le ha servido y si desea seguir en contacto con la guía de la técnica para conocer su evolución.

Tabla 33

Ítem 28. Pedirle que externe sus sentimientos antes y después de la aplicación de la técnica.

	Válidos	Frecuencia	porcentaje	Válido acumulado
Medianamente de acuerdo	1	14.3	14.3	14.3
Totalmente de acuerdo	6	85.7	85.7	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 33 se observa que el 85.7% de los expertos se declaran totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente que externe sus sentimientos antes y después de la aplicación de la técnica, uno de los 7 manifiesta encontrarse medianamente de acuerdo con ello, lo que equivale al 14.3%.



Tabla 34

Ítem 29. *Pedirle continuar en contacto con ella para conocer su evolución*

	válidos	Frecuencia	porcentaje	válido acumulado
Totalmente de acuerdo	7	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2018)

El 100% de los expertos (7 de 7) se encuentra totalmente de acuerdo en pedirle a la paciente seguir en contacto con ella para conocer su evolución posterior a la aplicación de la técnica como se observa en la tabla 34.

En el cuestionario se incluye una pregunta abierta dirigida al experto en la cual se pregunta si considera que la técnica es adecuada o si agregaría algo más, en este rubro los expertos mencionan que consideran que la técnica es adecuada, uno de ellos menciona que, si es adecuada porque “no se da ningún apoyo emocional a las pacientes por su pérdida, así como no externalizan sus emociones y se quedan con la culpa y/o Rencores”.

Otro experto menciona “Estoy de acuerdo, siempre pidiendo permiso y respetando su voluntad de comentar lo que ella quiera”

Los demás expertos solo opinaron que es adecuada pero no manifiestan nada más.



DISCUSIÓN

La atención a la paciente con pérdida del producto de la concepción es un problema de salud pública, debido a que si la paciente no es tratada adecuadamente podrá incluso llegar a la depresión. (Salud, 2010) Por ello se hace necesario intervenir de forma oportuna, incluso antes de que la paciente sea egresada de la Institución de salud en la que fue atendida.

El programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no discriminación contra las mujeres 2013-2018 (Federación, 2013) menciona que es necesario contar con acciones que garanticen los derechos de las mujeres. En la estrategia 4.2 menciona “impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todos los ciclos de la vida” y en el rubro 4.2.8 reducir la morbilidad materna y fortalecer la atención perinatal. Es por ello importante disminuir las posibilidades de presentar depresión al realizar acciones preventivas con la aplicación de la técnica.

En 2016 en Cataluña se realizó una propuesta de programa para apoyo de los padres en duelo perinatal (Martínez Miguel, 2016) que no es muy factible de utilizar en México debido a que es un proceso de seguimiento mayor a seis meses, en el cual se va citando a los padres por la enfermera en duelo, como ellos la llaman, quien irá guiando a los padres en un proceso en el cual recordará al no nacido por medio de sesiones en las que realizará una caja de recuerdos donde se incluyan fotografías que en la mayoría de las ocasiones no se tienen, y sugiere la instalación de un lugar alejado del área de ginecoobstetricia en donde se brindará apoyo a los padres para sobrellevar la pérdida, incluso despedir al bebé ahí. Situación que se complica debido a que la mayoría de los hospitales no cuentan con infraestructura necesaria para adecuar un sitio con esas características.

La técnica “*Inicio Del Proceso De Duelo En Pacientes Con Pérdida Del Producto De La concepción*” presenta una importante aportación en el campo de la salud, debido a que no existe evidencia de otras técnicas similares De ello se



deduce que responde a la pregunta planteada: *¿Cuál es la validez de la técnica inicio del proceso de duelo en pacientes con pérdida del producto de la concepción?* Y se responde aseverando que su validez le hace posible implementarla en las unidades de salud que lo requieran, previa capacitación del profesional de enfermería que se encuentra en contacto directo con la paciente obstétrica que se encuentra en duelo, en el momento mismo en el que se plantea un futuro incierto y donde se siente culpable por no haber atendido situaciones que pudieron haber evitado esta pérdida. (Camacho, 2012).

De acuerdo a los resultados encontrados en los 29 ítems se concluye lo siguiente:

Ítems de inducción: los expertos en este rubro otorgaron un nivel de fiabilidad alfa de Cronbach de .156, razón por la cual estuvieron solo de acuerdo con el ítem 1 ya que consideran ambiguo utilizar música instrumental y que es mejor utilizar la música ambiental o con sonidos de la naturaleza. Zorzi Gatti (2007) menciona que por medio de la vibración rítmica de ondas sonoras, la música ambiental permite crear un estado receptivo a través de la relajación sensorial humana, en especial de las emociones, lo cual permite la asimilación del contenido transmitido por la música o por cualquier otro elemento próximo a ella durante la audición musical. En el resto del contenido de esta categoría (3 ítems) se encuentran totalmente de acuerdo.

En los ítems de retrospectiva, los expertos otorgaron un alfa de Cronbach de .755, en los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 17 y 18 hay una diversificación en cuanto a las respuestas pues en su mayoría se encuentran con un porcentaje de 57.1% en el rubro totalmente de acuerdo, mientras que medianamente de acuerdo predomina con 28.6%, y 14.3% solo están de acuerdo. Esta categoría como su nombre lo indica solicita a la paciente que recuerde desde el momento mismo en que se enteró de que estaba embarazada y qué reacción presentó, debido a que algunas pacientes manifiestan que la noticia las tomó por sorpresa, y tuvieron sentimientos encontrados pues por un lado les hacía feliz, pero al mismo tiempo sentían miedo por el futuro, ¿cómo iba a reaccionar su pareja? En



el caso de ser solteras ¿Cómo reaccionaría su familia? Algunas han manifestado que no deseaban estar embarazadas, pero como encontraron apoyo en sus familiares cercanos decidieron continuar con el embarazo, y al morir su producto sienten culpa por no haberlo deseado desde un inicio, lo cual entorpece el proceso de duelo.

En los ítems que solicitan que la paciente mencione su llegada al hospital (ítems 13 y 14) el 85.7% de los expertos que corresponde a 6 de 7, mencionan encontrarse totalmente de acuerdo ya que consideran importante conocer si el personal de salud tiene empatía con la paciente en ese momento, el 14.3% (1 de 7) se encuentra medianamente de acuerdo con ello.

El 100% de los expertos otorgaron el 100% a las preguntas 19 y 20 que concluyen esta fase y en las cuales se solicita a la paciente si desea agregar algo más y que sentimientos llegan en ese momento a su mente, debido a que valoran la importancia de que se tenga apertura en la técnica.

En la tercer parte del cuestionario, ítems de transición los expertos otorgaron un alfa de Cronbach de 783. En el ítem 21 están totalmente de acuerdo en que nuevamente se realice un ejercicio de relajación a la paciente, pues lo trabajado en la categoría anterior implica un desgaste emocional intenso, motivo por el cual para dar inicio a esta tercera fase es necesario que la paciente se relaje nuevamente.

En el resto de los ítems 85.7% de los expertos, lo que corresponde a 6 de 7, se encuentran totalmente de acuerdo con los aspectos que trabaja esta categoría, solo 1 de ellos (14.3%) se encuentra medianamente de acuerdo con los mismos, en éste sentido la técnica se basa más en un proceso espiritual.

Sandoval Guzmán (2014) en un estudio define el concepto de espiritualidad que impacta en variables como conducta de cuidado de la salud y calidad de vida, así como sinónimo de paz, alma, armonía, meditación y trascendencia, que es lo que se busca con la aplicación de la técnica.

Así mismo la finalidad de este rubro es que la paciente realice un ejercicio de perdón hacia su producto y principalmente hacia ella misma. Luskin (2002)



menciona en su libro “perdonar es sanar” que el perdón es una forma de práctica espiritual benéfica para la salud, que cuando perdonamos sentimos que las emociones positivas aumentan y que es más fácil sentir esperanza, seguridad e incluso felicidad. Se puede experimentar menos depresión y desesperanza. Las personas que perdonan aumentan su esperanza y aprenden a quererse más.

Luskin (2002) hace referencia a diversos estudios que hablan sobre los beneficios emocionales y físicos de practicar el perdón, uno de ellos menciona que se mejora el funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular. Otro realizado en la Universidad de Tennessee encontró que las personas que perdonaron redujeron su presión sanguínea, tensión muscular y ritmo cardíaco.

Por último se presentan los ítems de satisfacción, los cuales obtuvieron en su conjunto un alfa de Cronbach de 750. El ítem 28 donde se solicita a la paciente que mencione sus sentimientos con respecto a cómo se sintió tras la aplicación de la técnica obtuvo en su mayoría aceptación 85.7%, solo un experto estuvo medianamente de acuerdo con ello (14.3%).

El ítem 29 que menciona pedirle a la paciente continuar en contacto con ella, obtuvo el 100% estando totalmente de acuerdo. Esto para futuras investigaciones es adecuado pues se podría dar seguimiento a las pacientes para conocer si es que la técnica funcionó con ella y como ha trascendido su proceso de duelo.



CONCLUSIONES

Al finalizar el análisis de confiabilidad podemos estar seguros que la técnica propuesta cumple con los objetivos planeados en un inicio para ser validada.

Para la validación se requirió una evaluación por expertos quienes están capacitados en el área, como lo son: Formación en tanatología, experiencia de trabajo con pacientes obstétricas y que quisieran responder al cuestionario previamente elaborado por la investigadora.

Este cuestionario constó de 29 ítems, que son el desarrollo propiamente de la técnica. Se dividieron en 4 categorías generales: la primera o ítems de inducción (4), la segunda ítems de retrospectiva (16), la tercera ítems de transición (7) y por último ítems de satisfacción (2). Distribuidos en una escala tipo Likert con 5 categorías de forma ascendente iniciando con: Totalmente en desacuerdo, medianamente de acuerdo, medianamente de acuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, las cuales respondieron los expertos en una sola aplicación, siendo el alfa de Cronbach de .867.

El índice de validez otorgado por los expertos y analizados en el programa IBM SPSS Statistics 20, indican que para la metodología Delphi es de excelente confiabilidad. (Cabero Almenara & Infante Moro, 2014).

El diseño del cuestionario aplicado hace notar que las preguntas por medio de las cuales se va guiando la técnica son adecuadas, únicamente en los ítems de inducción los expertos no están totalmente de acuerdo en que sea adecuado el uso de música instrumental para ayudar a la relajación de la paciente, ellos sugieren que se debe utilizar música con sonidos ambientales, tampoco consideran que sea conveniente que la paciente elija responder para sí misma o en voz alta, pues el apoyo dependerá de lo que la paciente hable con quien la guía (α Cronbach .156)

En los ítems de retrospectiva, en los cuales se plantea a la paciente que recuerde un poco del proceso que ha vivido desde que se enteró de su embarazo hasta el momento en que terminó el procedimiento (legrado o revisión de cavidad) menos de la mitad (3 de 7) no están de totalmente de acuerdo. (α Cronbach .755)



De acuerdo a los ítems de transición la mayoría está totalmente de acuerdo con las preguntas planteadas, en este rubro se ayuda a la paciente como tal a iniciar su duelo por medio de la aceptación, sólo 1 de los 7 expertos se encuentra medianamente de acuerdo, la mayoría (6) se encuentran totalmente de acuerdo. (α Cronbach .783)

En el último aspecto a evaluar que corresponde a los ítems de satisfacción la mayoría se encuentra de acuerdo con las dos propuestas que se hacen, solo uno difiere en cuanto a que externe sus sentimientos con respecto a la aplicación de la técnica. (α Cronbach .750)

La validación por juicio de expertos ha sido un proceso favorecedor debido a que con ello se pudo validar la técnica y llevarla a las unidades hospitalarias, como parte de la tarea del profesional de enfermería en la atención de la paciente que cursa con la pérdida del producto de la gestación.

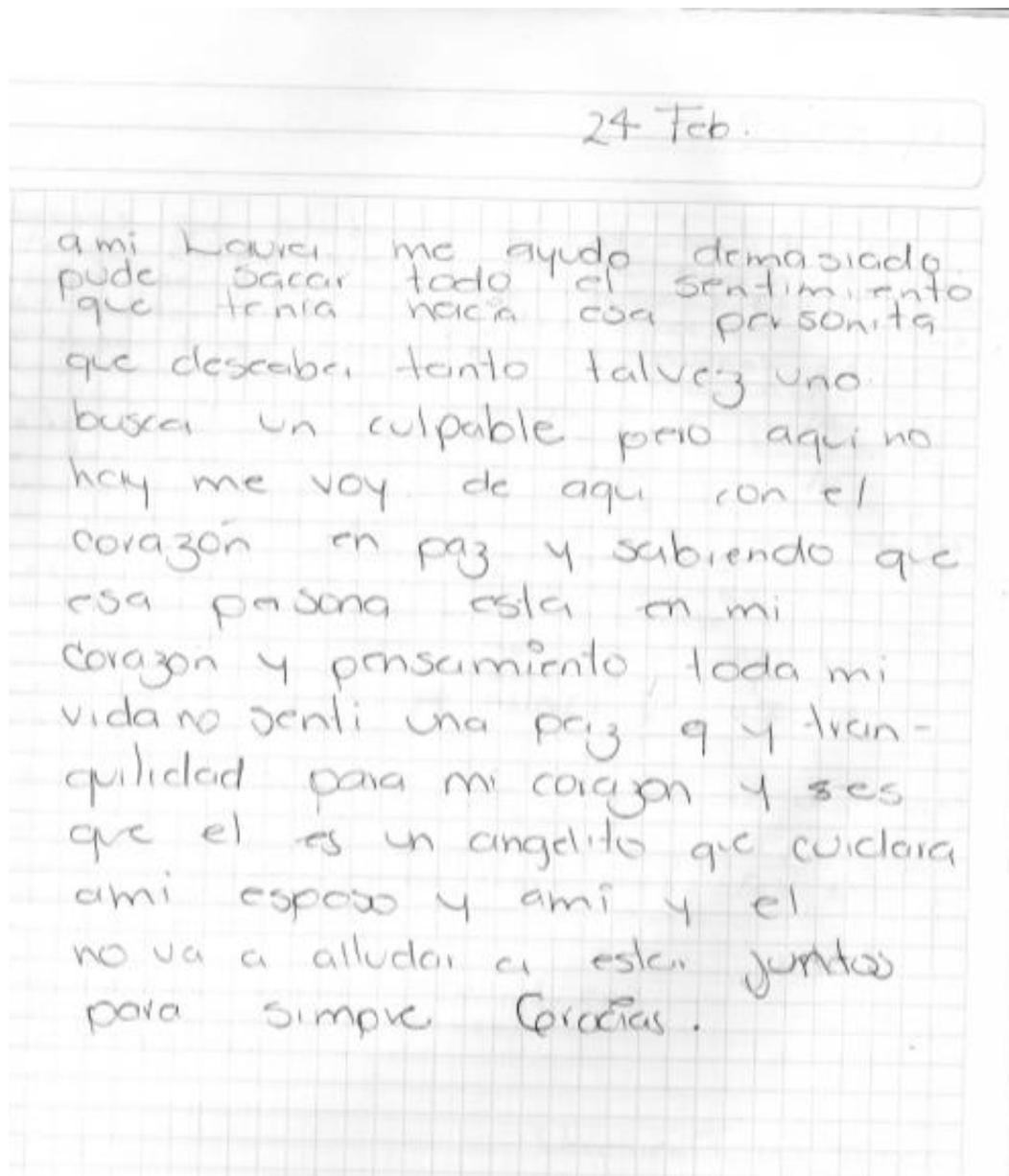
Al analizar todas las respuestas se encuentra que el cuestionario tiene un índice de confiabilidad por α Cronbach de .867, García-Bellido (2010) refiere que, a mayor valor de Alfa, mayor fiabilidad, el mayor valor teórico de Alfa es 1 por lo tanto el resultado se considera de **EXCELENTE CONFIABILIDAD**.

Es importante mencionar que durante la aplicación del cuestionario no se presentaron contratiempos que impidieran avanzar en la investigación.



ANEXOS

Antes de que la técnica fuera validada, trabajaba con las pacientes en el servicio de gineco obstetricia previo consentimiento hablado, y estos son algunos testimonios que me hicieron favor de escribir. Algunas no se sentían capaces de escribir a pesar de que posterior a la aplicación de la técnica se sintieron mejor, pero queda en mi corazón el agradecimiento otorgado por ellas hacia mi persona, lo cual constituyó el impulso mayor para conseguir la validación de la misma.





290111

Esta es una experiencia muy extraña ya que es lo peor en mi vida, yo no sabía que estaba embarazada, llegue la mañana del 23 de enero a las 10:00 traía un dolor muy fuerte como había sentido contracciones en mi vida cuando me revisaron me dijeron que venía muerta y la cabezita de fuera, me forzaron el parto, me dolía mucho pero más me dolía que no me dejaran verlo solo me dijeron voltearse de el otro lado, y con todo el dolor, que sentía a todo lo que me estaban haciendo ya cuando voltee yo se lo habían llevado, al otro día mamá me dijo que ya lo habían cremado ella lo vio y dijo que se parecía a mi y tenía su carita muy trágica, me senti ahogada.

La experiencia con usted me ayudo a poder asimilar cosas malas que yo no había podido dividir, gracias por iluminar, por hacerme sentir calmada, relajada y con esa luz dentro de mi me senti menos presionada, y libre, una minúscula parte pero creo que fue lo que en el momento necesitaba, Dios sabe por que hace las cosas, Gracias por todo. Gracias. Hijo todo el tiempo te llevare en mi corazón y al frente de mi vida. Gracias.

FIGURA 1. Fuente archivo propio 2009 a 2011

Testimonio de una paciente a la cual se le aplicó la técnica "Inicio del Proceso de Duelo en Pacientes con Pérdida del Producto de la Concepción"



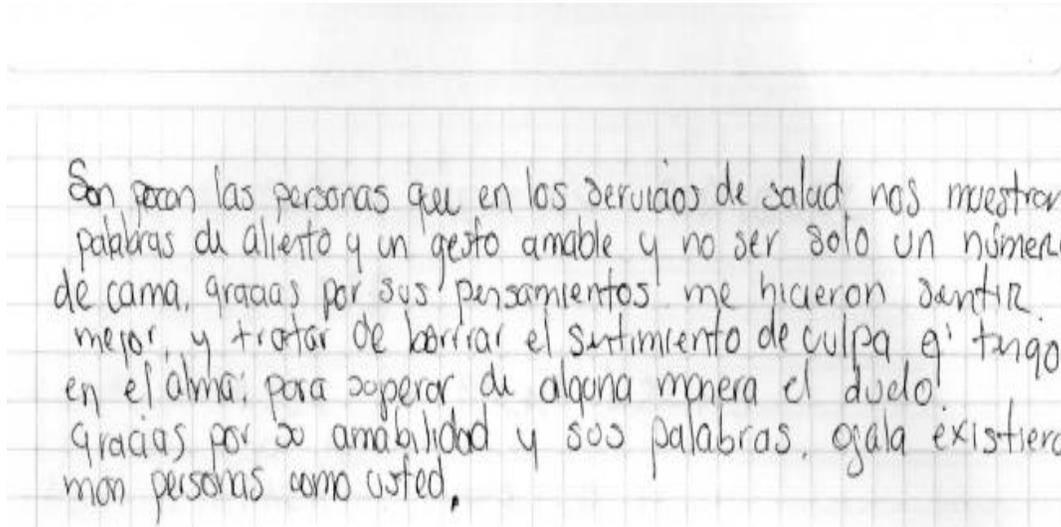
23-03-11

Gracias por ayudarme a entender que no tengo culpa alguna por la muerte de mi bebé y por preocuparse por personas como amamos nos pasa. el duelo de algo para mí en verdad anhelado. tiene razón. hacemos muchos planes. para con ellos. en mi caso era niña y se iba a llamar Ziana. y sería lo más lindo. y valioso. para mí en la vida. y en la de tus tíos. y tías. sabes. que eras. lo más anhelado por todos. a lo menos no tanto para tu papa. pero. al verte. no podría resistir. se a lo. lindo. q' eras. te agradaba. el tiempo. q' estuviste. dentro. de mi y aun. más. afuera. gracias por enseñarme. tanto. cumpliste tu misión. se q' estas en un lugar mejor. con tu hermano. y tu abuelita. se q' ella te cuidara. mejor q' yo. nunca te olvidase. **MI ANGEL DE LUZ** Te quedaras. por siempre en mi corazón.

y para usted. gracias. por interesarse en personas. como yo y ojala. pueda seguir. con estas. terapias. y pueda. promocionar. todo lo q' esta. haciendo. porque vale mucho. la pena.

FIGURA 2. Fuente archivo propio 2009 a 2011

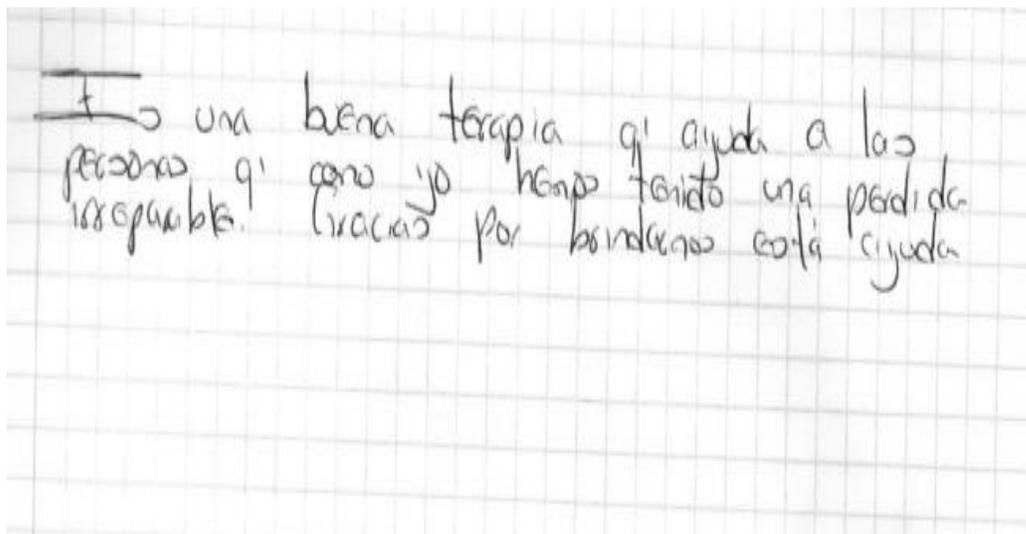
Testimonio de una paciente a la cual se le aplicó la técnica "Inicio del Proceso de Duelo en Pacientes con Pérdida del Producto de la Concepción"



Son pocas las personas que en los servicios de salud nos muestran palabras de aliento y un gesto amable y no ser solo un número de cama, gracias por sus pensamientos me hicieron sentir mejor, y tratar de borrar el sentimiento de culpa q' tengo en el alma; para superar de alguna manera el duelo. Gracias por su amabilidad y sus palabras, ojala existieran mas personas como usted,

FIGURA 3. Fuente archivo propio 2009 a 2011

Testimonio de una paciente a la cual se le aplicó la técnica “Inicio del Proceso de Duelo en Pacientes con Pérdida del Producto de la Concepción”



Fue una buena terapia q' ayudo a las personas q' como yo he mo tenido una pérdida irreparable. Gracias por brindarnos esta ayuda

FIGURA 4. Fuente archivo propio 2009 a 2011

Testimonio de una paciente a la cual se le aplicó la técnica “Inicio del Proceso de Duelo en Pacientes con Pérdida del Producto de la Concepción”

CUESTIONARIO TÉCNICA “INICIO DEL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES CON PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN” PARA VALIDACIÓN.

#FOLIO REGISTRO DE LA INVESTIGACIÓN MEFPER-0517 UAEM-2017

Agradezco el tiempo que se sirva dedicar a la respuesta de este cuestionario, le solicito responder de acuerdo a la escala tipo Likert, lo que considere que se apegue más a su propia experiencia.

ÍTEMS DE INDUCCIÓN					
	Totalmente en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Poner música de fondo relajante					
Que la paciente responda en voz alta para ayudarla e ir la guiando					
Se le pide a la paciente que cierre sus ojos, que inhale y exhale para liberar tensión acumulada					
Tomar de la mano a la paciente y pedirle que la presione cuando se encuentre lista para continuar					
ÍTEMS DE RETROSPECTIVA					
Solicitar a la paciente que realice una retrospectiva de su vivencia desde el momento mismo que se enteró de su embarazo					
Pedirle que recuerde ¿qué sintió en el momento en que supo que estaba embarazada?					
Pedirle que recuerde ¿cuál fue su reacción ante la noticia de que estaba embarazada?					
Pedirle que recuerde ¿con quién compartió esa noticia y cuál fue la reacción de la persona?					
Pedirle que recuerde ¿Qué planes hizo con este embarazo?					
solicitarle a la paciente que recuerde ¿cómo vivió el momento en que inició con actividad uterina y se trasladó al hospital?					
Pedirle que recuerde ¿cómo se presentó ese momento y cuál fue su primer sentimiento?					
Pedirle que recuerde ¿Con quién se encontraba y cómo reaccionó esa persona?					
Pedirle que recuerde ¿cómo fue recibida en el hospital?					
Pedirle que recuerde ¿Qué apoyo recibió en ese momento y por quién?					
Pedirle que recuerde ¿cómo le dieron la noticia de que su bebé había muerto?					
Solicitarle nos responda si ¿pudo conocer a su bebé y despedirse de él?					
Pedirle que recuerde ¿le informaron del procedimiento que le iban a realizar?					
Pedirle que recuerde a partir del procedimiento ¿Cómo ha vivido la pérdida?					

**CUESTIONARIO TÉCNICA “INICIO DEL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES
 CON PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN” PARA VALIDACIÓN.
 #FOLIO REGISTRO DE LA INVESTIGACIÓN MEFPER-0517 UAEM-2017**

Pedirle que recuerde ¿Qué sentimientos llegan a su mente?					
Preguntar a la paciente si quiere agregar algo más (comentario, sentimiento, enojo)					
ÍTEMS DE TRANSICIÓN					
Pedir a la paciente que nuevamente respire profundo y se relaje					
Pedirle que imagine como era su bebé si es que no tuvo oportunidad de verlo (el color de sus ojos, cabello)					
Pedirle que coloque sus manos en forma de conchita e imagine que tiene a su bebé entre sus manos					
Pedirle que imagine que lo está viendo y le diga todas las palabras que no pudo decirle.					
Pedirle que le pida perdón por lo que no pudo hacer, si es que siente culpa					
Pedirle que imagine que baña al bebé con una luz blanca					
Llevar sus manos hacia su corazón e imaginar que su corazón se ilumina en señal de que ahí introducirá a su bebé y permanecerá con ella siempre					
ÍTEMS DE SATISFACCIÓN					
Pedirle que externe sus sentimientos antes y después de la aplicación de la técnica					
Pedirle continuar en contacto con ella para conocer su evolución					

¿Considera que es necesario cambiar algún aspecto de la técnica?

¿Porque?



BIBLIOGRAFÍA

- Angel, V.-K. M. (2016). Actualización de las causas de mortalidad perinatal: *Revista Mexicana de Pediatría*, 105-107. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164a.pdf>
- Barragán estrada, A. R. (enero-junio de 2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 103-118. Recuperado el 5 de junio de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Cabero Almenara, J., & Infante Moro, A. (2014). Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *Revista electrónica de Tecnología educativa*, 1-16. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.edutec.es/revista/index.php/edutec-e/article/viewFile/187/18>
- Camacho, P. M. (2012). Infecciones perinatales: citomegalovirus, rubeola, herpes simple. *PRECOP Sociedad Colombiana de Pediatría*, 17-32. Obtenido de https://scp.com.co/precop-old/precop_files/ano12/TERCERO/infecciones_perinatales.pdf
- clínica, a. d. (2006). duelo en la pérdida gestacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 125-146.
- D.S, E. (2009). A perinatal loss folow-up guide for primary care, nurse pract. *Revista mexicana de pediatría*, 215-219.
- Delci, T. (2006). Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*, 107-118. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41070208.pdf>
- Espinosa, M. E. (2013). Las creencias religiosas y su relación con el proceso de elaboración del duelo ante muertes perinatales en familias pertenecientes a un movimiento católico. Quito, Ecuador. Recuperado el 2018, de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3933/1/UDLA-EC-TPC-2013-14%28S%29.pdf>
- Federación, D. O. (30 de agosto de 2013). *Secretaría de Gobernación*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación:



http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013

- Fredrickson, B. L. (1998). ¿de que sirven las emociones positivas? *APA Psyc NET*, 300-319. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Julian Perez Porto, a. g. (5 de junio de 2018). *Definición*. Obtenido de <https://definicion.de/>
- López, C. V. (2000). Estrategias de afrontamiento. *medición clínica en psiquiatría y psicología*, 425-432. Recuperado el 1 de junio de 2018, de file:///E:/Drive/c-vazquez-estrategias-de-afrontamiento.pdf
- Luskin, F. (2002). *Perdonar es sanar*. bogotá: Norma. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=W93dFom5KbYC&oi=fnd&pg=PR9&ots=96dc0Q2sNt&sig=us-OOHeB6ksclmk5KUBxls3BC5c#v=onepage&q&f=false>
- María Fernanda Zorzi Gatti, M. J. (2007). Música ambiental en el servicio de emergencia: percepción de los profesionales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3. doi:10.1590/S0104-1169200700300003
- Martin, M. M. (2008). Duelo materno. *Revista Mexicana de Pediatría*, 3 a 12.
- Martinez Miguel, E. (13 de Mayo de 2016). Propuesta de un programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal. Lleida, Cataluña, España. Recuperado el 17 de diciembre de 2017, de <http://docplayer.es/37530731-Propuesta-de-un-programa-de-apoyo-y-seguimiento-para-padres-en-proceso-de-duelo-perinatal.html>
- Mazur, C. T.-C.-A. (2009). vinculación afectiva prenatal. *cuadernos de bioética*, 548-550.
- Mercedes Reguant-Alvarez, M. T.-F. (2016). el método delphi. *REIRE Revista d'Innovació/Recerca en Educació*, 87-102.
- Molina, S. a. (2010). Muerte fetal anteparto ¿Es una condición prevenible? *Universitas Médica*, 59-73. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676006.pdf>
- Monje Álvarez, C. A. (2011). Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa. En M. Á. Arturo, *Metodología de la Investigación cuantitativa y*



cualitativa (pág. 217). Colombia: Programa de comunicación social y periodismo Neiva.

- Monserrat, G. V. (2010). Trastornos del Estado de ánimo en el Puerperio: factores psicosociales predisponentes. *Universidad Complutense de Madrid*, 31-38. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/12000/1/T32539.pdf>
- Montero, L. G. (2004). *Métodos de investigación en psicología y Educación*. Alicante, España: McGraw-Hill. Recuperado el 14 de Junio de 2018
- Mota Gonzalez Cecilia- Calleja Bello Nazira, A. C. (2011). Escala de Duelo Perinatal. Validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 419-428. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>
- Orozco, M. A.-C. (enero-abril de 2013). estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. (u. d. Norte, Ed.) *Psicología desde el Caribe*, 123-145. Recuperado el 13 de junio de 2018
- Patricia E. Sandoval Guzmán, N. E. (2014). Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 333- 344. doi:10:5209
- Pía, L. G. (2010). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43-70. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- Pastor Montero, S., & Romero Sánchez, J. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 1-8. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf
- República, G. d. (2013). *Gobierno de la República*. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Rivera Moreno, M., & Flores Castillo, E. (22 de Noviembre de 2015). *Depresión y trastornos emocionales*. Recuperado el 17 de diciembre de 2016, de <http://depresionytrastornosemocionalese8.blogspot.com/>
- Rodríguez Gómez, D. (2012). Metodología de la investigación. En R. G.-V. <jordi, *Metodología de la investigación* (pág. 86). México: Red tercer Milenio.



- Ross, E. K. (2002). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Lotografía Rosés S.A de C:V:.
- Salud, S. d. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único. *guía de práctica clínica*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Soto Estrada Guadalupe, M. A. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 8-22. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>
- Valencia, U. d. (s.f.). *Universidad de Valencia*. Obtenido de <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
- Viorst, J. (1999). *EL PRECIO DE LA VIDA. las pérdidas necesarias para vivir y crecer*. Argentina: Emecé Editores S.A.
- World Bank Group. (18 de enero de 2015). Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de datos banco mundial. org: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sh.dyn.nmrt>