

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



Aplicación de la terapia EMDR en Trastorno por estrés postraumático en mujeres adultas que debieron someterse a la práctica de inducción del trabajo de parto por causa de muerte fetal intrauterina.

Trabajo Final de Carrera

Fecha de presentación: Octubre 2023

Alumna/o: Lucena Teplixke, Ana Catalina

Matrícula: 40221625

ID: 000-16-0365

Tutora: Ona Albornoz

Índice

Índice	2
Agradecimientos	3
Resumen	5
Introducción	6
Alcances y límites:	10
Antecedentes	11
Estado del arte	14
Marco teórico	16
Desarrollo metodológico	20
Capítulo I: Visibilización de las pérdidas perinatales: el duelo desautorizado.	21
Capítulo II: Trastorno por estrés post traumático.	30
Conclusiones	43
Referencias Bibliográficas	45

Agradecimientos

A mis padres especialmente que me apoyaron e impulsaron a crecer y superarme día tras día. A mis hermanos que son mi pilar fundamental. A mis tías que fueron mis segundas madres cuando estuve lejos de casa. Y especialmente a mis amigos que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A la Facultad de Humanidades y a la Universidad de Belgrano que me brindaron un ambiente de estudio único y acogedor. A mi tutora Ona Albornoz que me acompañó en este proceso con paciencia y vocación.

“Si huimos del dolor huimos también del bienestar y si huimos de la muerte huimos también de la vida”

Elizabeth Kubbler-Ross

Resumen

Las pérdidas y los duelos perinatales y más aún las psicopatologías que derivan de estas, aún son un tema tabú en nuestra sociedad actual. Con el presente trabajo pretendemos dar a luz los trastornos psicopatológicos, especialmente el trastorno por estrés postraumático que se desprenden de las pérdidas fetales intrauterinas y el posterior procedimiento de inducción de parto con el fin de la extracción del feto, tomando en consideración la aplicación de la terapia de Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares, EMDR por sus siglas en inglés, así también exponiendo la importancia del acompañamiento psicológico, empático y respetuoso, en dichas circunstancias.

Consideramos necesario reflejar el silencio que ronda a las pérdidas fetales intrauterinas y las alteraciones psicológicas en las que podría derivar, al igual que el consiguiente sentimiento de expropiación del rol materno, así como también los desmedidos efectos psicológicos que puede conllevar transitar un duelo en silencio y experimentarlo como desautorizado.

Palabras clave: “muerte fetal intrauterina”, “trastorno por estrés postraumático”, “beneficios de la terapia EMDR en el TEPT”, “TEPT por pérdida perinatal”, “duelo perinatal”, “violencia obstétrica”.

Introducción

Presentación del tema

Según la OMS (como se citó en Redondo De Oro, Gómez Villa, Barrio García y Alvis Estrada, 2016) la muerte fetal intrauterina es:

La muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios. (p. 188)

Diversos autores (Tinedo, Santander, Alonso, Herrera, Colombo y Díaz, 2016), sostienen que esta puede ser temprana, intermedia y tardía dependiendo de las semanas de gestación y el peso fetal. Entendemos entonces que se considera temprana entre las 9 y las 19 semanas o con peso fetal de hasta 499 gramos, intermedia, entre las 20 y las 27 semanas o con peso entre 500 g y 999 g y tardía por encima de las 28 semanas, con pesos iguales o mayores de 1000 g.

A partir de lo planteado en el artículo “Muerte fetal”, publicado en la revista Médica Clínica de Las Condes (Tinedo et al., 2016), sabemos que es a partir de la edad gestacional que los médicos van a decidir la resolución del parto, concluyendo que la inducción del parto es la manera más aceptada y difundida. Antes de las 28 semanas, el uso de Misoprostol es una opción con buen pronóstico, luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto. De la misma manera es importante destacar que la operación cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal (2016).

Creemos que esto podría implicar un trauma en aquellas mujeres que se ven sometidas a la práctica de la inducción del parto vaginal y que tal situación podría desencadenar en un trastorno por estrés post traumático, tomando como referencia la definición de Trastorno por Estrés Postraumático propuesta por el DSM V.

El fin del presente trabajo, es investigar acerca de la influencia que tiene la inducción del trabajo de parto por causa de muerte fetal intrauterina en el desarrollo del trastorno por estrés postraumático, e investigar acerca de la aplicación de la terapia EMDR en el tratamiento de dicho trastorno.

Sabemos a partir de adentrarnos en el tema, que la terapia EMDR se ha visto ampliamente involucrada en el tratamiento de dicho trastorno, siendo objetos de estudio de dicho

enfoque modificar el almacenamiento de la información que se ha dado de manera disfuncional, para así eliminar la interpretación traumática del suceso.

Podemos decir que el trauma y el posterior desarrollo de un trastorno por estrés postraumático ante la exposición a esta situación, fueron variables poco reconocidas en el ámbito de la salud. Tal como lo menciona Burne (1968), como se citó en “Plan de mejora en la pérdida y el duelo perinatal” (Tella Barrado, 2021):

... fue a finales de la década de 1960 cuando el duelo y la pérdida perinatal empezaron a adquirir cierta relevancia en la práctica clínica con la publicación del artículo “Los efectos psicológicos del mortinato sobre las mujeres y sus médicos. (p. 10)

Es por esto que resulta atractiva esta investigación, ya que podría abrir las puertas a concientizar sobre la importancia de un acompañamiento multidisciplinario a mujeres que deben someterse a la inducción de parto vaginal por muerte fetal intrauterina.

Problema de investigación

La pérdida fetal intrauterina es una aproximación inesperada a la muerte para ambos padres. Como se sostiene en “Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal”, de la revista Scielo (Fernández-Alcántara, Cruz-Quintana, Pérez-Marfil & Robles-Ortega, 2012), “algunos de los efectos psicológicos que se han descubierto en las madres son: tristeza, irritabilidad, culpabilidad, síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, depresión, culpa, y preocupación en los siguientes embarazos (parr. 7)

Es por esto que, considerando la etapa del desarrollo en la que se da la pérdida, es decir en la etapa perinatal, a pesar de establecer relaciones emocionales durante el embarazo, los padres no logran crear recuerdos sólidos del niño. Sumado a lo anterior mencionado, muchas mujeres no creen tener derecho de vivir el duelo. Como afirma López (2011), como se citó en “Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado” (Martos-Lopez, Sanchez-Guisado & Guedes-Arbelo, 2016):

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten

desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante"... y tener otro hijo. (p. 302)

Considerando entonces que según el criterio A de Trastorno por Estrés Postraumático en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013), se incluye:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).
- (p. 271-280, 2013)

En concordancia con lo dicho anteriormente, creemos que la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina puede considerarse un acontecimiento traumático en la vida de la mujer adulta que debe someterse a la misma, de manera tal que dicho trauma pudiera devenir en un trastorno por estrés postraumático. Como se menciona en Muñoz, (s.f.):

Existen pocas investigaciones que se hayan centrado en evaluar la sintomatología de estrés postraumático en las madres después de una muerte fetal. No obstante, Diamond y Diamond (2016) sugieren en su revisión que entre el 10% y el 25 % de las mujeres cumplen con los criterios de TEPT durante el mes posterior a la pérdida. Las investigaciones ponen en relieve que la muerte gestacional está envuelta en aspectos potencialmente traumáticos, que se suman a la vulnerabilidad propia de un embarazo normal. (p. 244)

Por lo tanto, se evidencia la falta de investigaciones acerca de TEPT perinatal.

Preguntas de investigación

A partir de lo anteriormente planteado, surgen las siguientes preguntas: ¿De qué manera la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina en mujeres adultas puede devenir en un trastorno por estrés postraumático? ¿Cómo se da el proceso de acompañamiento psicológico en mujeres adultas que se sometieron a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina? ¿De qué manera se aplican las técnicas de la terapia EMDR en mujeres adultas que se sometieron a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina?

Relevancia de la temática

La pérdida fetal intrauterina puede surgir a partir de múltiples factores y a pesar de hacer un seguimiento detallado y correcto del embarazo. Ante esto, las mujeres posiblemente deban someterse a la inducción de un parto vaginal. Este hecho, donde existe una aproximación inesperada a la muerte y donde se ven desintegrados deseos e ilusiones y se ven frustrados los deseos de maternidad, efectivamente puede devenir en uno de los sucesos más traumáticos en la vida de la misma, así generando una dificultad a la hora de procesar y elaborar la pérdida. El nacimiento de un niño y el deseo de la maternidad tiene relevancia en distintos factores de la vida de la persona gestante, incluidos el emocional y el psicológico. Inevitablemente este hecho va a incidir en múltiples aspectos de la vida de la mujer y va a implicar un reordenamiento del futuro que se vio frustrado. No debemos perder de vista que muchas veces se podría caer en un mutismo en torno a la pérdida, donde no hay lugar para poner en palabras y gestionar las emociones que se están atravesando.

El presente trabajo tiene como relevancia aportar un análisis del trastorno por estrés postraumático en mujeres que debieron someterse a la práctica de la inducción del parto por muerte fetal intrauterina, y los efectos terapéuticos que la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular, más conocida por sus siglas en inglés como EMDR, puede brindarle a dichas mujeres, con el fin de acompañar y apuntalar a una mejora en la calidad de vida de las mismas. Asimismo, esperamos visibilizar la importancia del acompañamiento psicológico en estos casos, apuntando a que en el sistema de salud se le dé la importancia meritoria al rol del psicólogo.

Objetivo General

- Investigar el abordaje de la terapia EMDR para el Trastorno por estrés postraumático en mujeres adultas que debieron someterse a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina.

Objetivos Específicos

- Indagar acerca del proceso de acompañamiento psicológico en mujeres adultas que se sometieron a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina.
- Estudiar las técnicas de la terapia EMDR en el tratamiento de estrés posttraumático en mujeres adultas que debieron someterse a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina.
- Indagar acerca de la violencia obstétrica presente alrededor de la pérdida fetal intrauterina.

Alcances y límites:

En el presente trabajo se investigará acerca de la relación entre la pérdida perinatal, y el posible desarrollo de un trastorno por estrés post traumático ante dicho acontecimiento. De la misma manera, nos centraremos en las técnicas de la terapia EMDR aplicadas en el tratamiento de dicho trastorno y el acompañamiento a la mujer que se encuentra transitando dicha pérdida. Para ello, se tomarán en cuenta diversos autores, haciendo mayor hincapié en Shapiro (2004).

Con respecto al trastorno por estrés post traumático, nos basaremos en los lineamientos planteados por el DSM V, por lo cual dejaremos de lado los criterios diagnósticos del mismo planteados en otros manuales diagnósticos como ser las versiones anteriores del DSM o cualquiera de las versiones del CIE.

Con respecto a la pérdida fetal intrauterina tomaremos en cuenta la definición planteada por la OMS para considerarla como tal, excluyendo así las terminologías que se utilizan en el ámbito de la medicina y cualquier otra terminología utilizada para referirse a dicho concepto.

En relación al duelo perinatal, entendemos, respetamos y consideramos los grandes aportes planteados a lo largo de la historia por el psicoanálisis sobre el duelo y más específicamente el duelo perinatal, sin embargo, estos no serán tomados en cuenta para este trabajo ya que se abordará, incluyendo diversos autores, estudios de caso, investigaciones y publicaciones diversas, principalmente los aportes de la psicología perinatal, aportes de autores como Kubler Ross (2009) y Robert Niemeyer (2002). También se utilizan con frecuencia a lo largo del presente trabajo los aportes del curso “Cuidado del duelo perinatal” (2022), brindado por Lazo Natal y la “Formación en salud mental perinatal” (2023), dictada por el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, los cuales proponen un acercamiento a brindar un espacio respetuoso

y empático dentro de esta situación que ya de por sí es difícil de transitar y elaborar para las madres.

Si bien entendemos que en el proceso y la elaboración de la pérdida perinatal se ven íntimamente involucrados asuntos de la psicología sistémica, el psicoanálisis y la terapia cognitiva conductual, ya que es de suma relevancia la participación de la pareja, la red de apoyo y los sucesos personales pasados que la situación despierta en las mujeres, optamos por no adentrarnos en estos espacios, así focalizando nuestro interés en el proceso de pérdida, elaboración e integración de la misma específicamente desde la terapia EMDR.

Se indagará el estudio de las técnicas de la terapia EMDR para el tratamiento de TEPT únicamente en mujeres adultas que se sometieron a la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina. Por lo que en el presente trabajo no se verán incluidas la manera de abordar tales situaciones en el caso de embarazos adolescentes, en el caso de cesaria para extracción del feto, ni en el caso de abortos tanto espontáneos como inducidos.

De la misma manera, en el presente trabajo no abordaremos ni indagaremos acerca de las posibles causas de muertes prenatales, y tampoco acerca de la metodología médica utilizada en la inducción del trabajo de parto, ni de las varias opciones existentes de parto o extracción del bebe ante dichas pérdidas. Es decir, no nos adentraremos en los aspectos de la medicina que se ven involucrados en las pérdidas gestacionales. Dicho esto, aclaramos que no serán tomadas en el desarrollo de esta investigación perspectivas, metodologías, intervenciones, teorías, manuales y perspectivas diferentes a las propuestas en el presente apartado.

Antecedentes

En cuanto al trastorno por estrés postraumático encontramos que sus primeras menciones provienen de Hipócrates, en la Grecia clásica, el cual escribió acerca de pesadillas que surgieron en los soldados, las cuales provenían de los combates y batallas a las que solían exponerse en esa época.

Adentrándonos en una época más contemporánea, podemos vislumbrar el naciente interés por el mismo a partir de diversos autores que depositaron su atracción en las consecuencias psicológicas que podrían desplegar sujetos que se vieron expuestos a diversos sucesos traumáticos, haciendo mayor foco en las guerras que acontecían por aquellas épocas.

Siendo así Oppenheim (1884), fue uno de los primeros en interesarse por esta temática valiéndose del término de neurosis traumática propuesto por Freud, para vislumbrar las afecciones y secuelas psicológicas que emergían en sujetos expuestos a accidentes en trenes y

la exposición en la guerra. Por su parte, Vibert (1914), desarrolla el concepto de neurosis traumática en la novena edición de su Manual de Medicina Legal.

Por su parte, Meyer (1904), expone acerca de la locura traumática, considerándola un conjunto de sintomatología cognitiva que surge a partir de traumatismos craneales. Kraepelin (1918) delinea la aparición de un trastorno llamado neurastenia traumática que se manifiesta a partir de dichos traumatismos craneales.

En el mismo año Rogues de Fursac (1918), el cual fue psiquiatra de la primera guerra mundial, publica su Manual de Psiquiatría donde desarrolla el concepto de psicosis de guerra. A su vez, William Halse Rivers (1864-1922), durante la primera guerra mundial introduce un cuadro denominado "shell shock", que aparece entre sus pacientes que padecen de neurosis de guerra.

Ya adentrándonos en Freud (1915) va a adentrarse en las llamadas neurosis de guerra y en las neurosis traumáticas, tomándolas de modelo para así fundar su teoría de la neurosis. Podemos afirmar entonces que no es a partir del siglo XX, con la Primera Guerra Mundial, que los estudios relacionados con las secuelas de la exposición a eventos traumáticos toman su peso y consistencia.

Dando un salto en la línea temporal, distinguiremos el origen del TEPT, a partir del artículo "The Traumatic Neuroses of War" presentado por Abraham Kardiner (1941), sobre los efectos de la exposición a los eventos traumáticos causados por la guerra, el cual tuvo una gran aprobación por la comunidad científica. En el mismo, se ahonda sobre el trauma de guerra que sufrieron los soldados durante la Primera Guerra Mundial. En 1947, publica una segunda edición en la que se incluye la Segunda Guerra Mundial.

A partir de esto, empiezan a surgir numerosos estudios acerca de la temática y su relación con los sobrevivientes del holocausto. Sin embargo, consideramos que su íntegro reconocimiento es a partir de la publicación del DSM III en 1979, en el cual, a partir de exigencias sociales debido a la época, se ve incluido. En este manual, debido a la lejanía que se genera entre la psiquiatría y el psicoanálisis, se reemplaza el término de neurosis traumática, asociado a la teoría psicoanalítica, y se lo piensa como hoy lo conocemos, Trastorno por estrés postraumático. Además, es en esta instancia, donde se inaugura la noción de que, para el desarrollo de dicho trastorno, no es condición determinante la exclusiva exposición a la guerra, sino que también se considera la exposición a diversas clases de accidentes, violencia sexual, entre otras.

Antes de llegar al Trastorno por estrés postraumático como lo conocemos hoy en día, propuesto en el DSM V, la American Psychiatric Association (2013), presentó el trastorno en

anteriores manuales y de maneras diversas. Para poder reconocer entonces las diferencias y el curso de evolución del trastorno y sus criterios diagnósticos, hasta llegar a como hoy en día lo conocemos, nos pareció sustancial conocer el recorrido de los criterios diagnósticos y las terminologías que se utilizaron para el mismo a lo largo de estos manuales, a saber, DSM I, DSM II, DSM III, DSM IV Y DSM V, dándole mayor importancia a los últimos tres.

En la serie del DSM I en relación al TEPT, se incluyó lo que se denominó en aquel entonces una gran reacción de estrés. En lo que concierne al DSM II en 1968, se incluyó la sintomatología del TEPT bajo el nombre de trastorno situacional transitorio. En el DSM III ya se incorporó la categoría de Trastorno por estrés postraumático, y se identificaron dos tipos, el TEPT agudo, en el cual los síntomas no duran más de 6 meses y el TEPT crónico, en el cual los síntomas duran 6 o más meses. En el DSM IV, publicado en 1994, se incluyó el trastorno por estrés agudo y se delimitó un nuevo criterio diagnóstico en el que se incluía la provocación de malestar social y clínicamente significativo. Por último, en la última versión del DSM, es decir el DSM V el TEPT es propuesto tal y como hoy lo conocemos.

Adentrándonos en la muerte perinatal uno de los primeros autores en incursionar sobre la temática fue Bourne (1968), quien se centró en estudiar los efectos psicológicos del mortinato en las mujeres y sus médicos. En este, menciona a la pérdida como un "no-suceso" haciendo énfasis en el silencio y la invisibilización que gira en torno a esta muerte temprana.

Posteriormente, Kennell (1970), menciona el duelo por neonatos y destaca como elementos de este la tristeza, la falta de apetito, la dificultad para dormir, la irritabilidad, la preocupación por el hijo perdido, y la incapacidad para volver a la actividad normal. Peppers y Knapp (1980), compartieron otros elementos que forman parte del proceso de elaboración de la pérdida, como ser dificultad de concentración, rabia, culpabilidad, negativa a aceptar la realidad, confusión temporal, agotamiento, falta de energía, depresión y sueños repetitivos con el bebé perdido.

Por su parte, Kirkley-Best y Kellner (1982), mencionan los errores metodológicos presentes hasta el momento en los aportes sobre la temática y plantearon que (como lo cita López García de Madinabeitia, 2011): "sin un estudio apropiado, los profesionales están destinados a seguir las modas de los libros populares sobre duelo, sin llegar a cubrir las necesidades específicas de los padres de los mortinatos" (parr.17).

Es a partir de aquí que muchos autores comienzan a cuestionar lo que gira en torno a la pérdida perinatal. Sabemos que en torno a ella gira una especie de silencio y tabú. La sociedad no suele hablar mucho sobre estas, y tampoco le da la importancia meritoria, más bien, es vista como una tramitación rápida y concisa. Esta muerte y duelo silenciado generan una enorme dificultad en los padres a la hora de la elaboración de la pérdida. Además, encontramos que hay escasez de estudios relacionados a la muerte perinatal y el duelo que esta conlleva, y una

dificultad a la hora de encontrar información válida científicamente debido al no establecimiento de terminologías y conceptos universales en el área. Poco se habla de los sentimientos de culpa y de la manera en la cual la madre cuestiona su capacidad reproductiva y su falta.

Podemos decir entonces, (como se citó en Grunblatt, 2021):

Según Doka (2002), citado por López Fuentetaja e Iriondo Villaverde (2018), puesto que no recibe ni el apoyo de la red social, ni el pertinente permiso para ser sentido y expresado, puede considerarse un «duelo desautorizado». También Payás (2010), citado por los mismos autores, expresa que la desautorización, la falta de empatía, de comprensión y apoyo en torno a la pérdida perinatal es, en sí misma, otra pérdida secundaria. (p. 11)

Estado del arte

Como bien sabemos, no es a partir de los últimos años que las pérdidas gestacionales y con ellas los duelos perinatales empezaron a tener mayor visibilización. Es a partir de los últimos años que los aspectos psicológicos involucrados en las maternidades empiezan a tener peso en nuestra profesión.

Tanto el embarazo, parto y posparto, indiferentemente de la presencia de una pérdida gestacional, implican un periodo de constantes cambios biopsicosociales. Es por ello y teniendo en cuenta la ansiedad y el estrés que ya de por sí conllevan naturalmente estos procesos, que no podemos dejar de destacar la importancia tanto del acompañamiento psicológico en las etapas anteriormente mencionadas que atraviesa una persona gestante, como la preparación y capacitación de los profesionales de la salud que se ven involucrados en dichos procesos.

Siguiendo con lo propuesto en Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales (Baró, 2022):

Un estudio llevado a cabo en Chile (Valenzuela et al., 2020), abordó el rol de los profesionales de la salud en los casos de duelo perinatal y los procesos de atención en un estudio de revisión bibliográfica, estableciendo que los profesionales tratantes cumplen un rol importante en el apoyo integral a los padres y para eso sugieren una formación tanto en grado como en posgrado. (p.21)

Bien sabemos que el Trastorno por estrés postraumático por pérdida gestacional, se ve altamente influenciado por sí el manejo del personal de salud es adecuado o no, es decir si presentan por ejemplo tacto, empatía y brindan la información adecuada, previniendo así casos

de violencia obstétrica en todas sus formas. Sostenemos esto ya que un manejo incorrecto en dichas situaciones puede generar que el suceso sea percibido de manera traumática para la madre y la familia, así siendo un factor precipitante para la aparición de un trastorno por estrés posttraumático.

Siguiendo con lo mencionado en el artículo anterior (2022):

En la misma línea, un estudio de revisión sistemática realizado por Baró (2020) destaca la importancia de prácticas humanizadas que garanticen los derechos de los pacientes y ayuden a una atención integral llevada a cabo por un equipo de salud interdisciplinario, destacando que la humanización de las prácticas contribuye a prevenir la violencia en los sistemas de salud. En este estudio se aborda la revisión de varios artículos acerca de la violencia obstétrica, necesaria erradicar para favorecer la salud perinatal. (p.22)

Siguiendo con el TEPT, actualmente se ha visto un creciente interés sobre dicha patología en en la etapa perinatal, ya que como bien hemos mencionado, el conjunto de diversos factores que se presentan en torno a las pérdidas gestacionales, podrían generar un TEPT.

Como se menciona en la Tesis Doctoral de Fernández Ordoñez (2020):

En embarazadas que sufren una pérdida gestacional se diagnostica TEPT hasta en un 25% de las mismas al mes del evento traumático (Engelhard, van den Hout, & Arntz, 2001). El reciente estudio de Horesh, Nukrian, & Bialik, (2018) revela un porcentaje de TEPT de un 33.3% tras una pérdida gestacional. Se identificó la relación entre la duración del embarazo y la gravedad del TEPT, especialmente con la reexperimentación de los síntomas. (p.66)

Resaltamos estas investigaciones y creemos relevante fomentar la investigación del TEPT en casos de pérdidas gestacionales ya que, debido a la escasa información, la sintomatología del TEPT en la clínica no suele reconocerse a tiempo y suele tratarse como sintomatología de duelo.

En cuanto al tratamiento del TEPT, consideramos que la terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR) es adecuada. Dicha terapia se basa en el inapropiado procesamiento de la información que puede presentar el sujeto en situaciones que devienen traumáticas, tal como puede ser una pérdida gestacional y todo lo que la misma conlleva. Dicha terapia ayuda al sujeto a realizar un reprocesamiento de dicha información a través de movimientos oculares, con el fin de eliminar la interpretación traumática del hecho y generarle un bienestar al mismo.

Tal como se menciona en la Terapia Emdr como tratamiento para el Trastorno De Estrés Postrauma: una revisión literaria (Gómez, González, Oviedo, Ramírez Giraldo, 2015):

En el estudio realizado por Jarero, et al. (2014) se describe que la EMDR en su validez, es aceptada por La Organización Mundial de la Salud (2013) y otras entidades internacionales para el tratamiento de TEPT en cualquier etapa de la vida desde la niñez, pasando por la juventud y aún en la adultez (Bisson y Andrew, 2007). (p.57)

Por todo lo mencionado anteriormente creemos fundamental destacar la importancia sustancial del trabajo interdisciplinario en casos de pérdidas gestacionales, ya que de esta manera se pueden tratar a tiempo e incluso prevenir cualquier tipo de psicopatologías, así respetando los derechos de las mujeres durante la etapa perinatal y brindándoles un espacio seguro, de contención y respeto.

Marco teórico

En la actualidad debido a las demandas sociales se ha visto un incremento en el interés por investigar e informar acerca de las pérdidas perinatales.

Hoy vivimos en una sociedad más abierta, aunque con mucho por deconstruir aún, donde las maternidades están tomando mucha fuerza. A lo largo de la historia, las mujeres fuimos dejadas de lado, casi opacadas, nuestras responsabilidades se reducían en la reproducción y el cuidado de nuestros niños. Los procesos emocionales y cognitivos que conllevan dichas tareas jamás se pusieron a la luz, y mucho menos generaron interés.

Creemos que unos de los crecimientos más presentes en las nuevas generaciones es que la sociedad de hoy impulsa y exige ser vista y escuchada. Las maternidades lo hacen de la misma manera.

Existe una actitud colectiva de desestimar la maternidad a aquellas mujeres que sufrieron una pérdida. No se les otorga dicho rol sino hasta que el niño nace y sobrevive. En el presente trabajo de investigación queremos manifestar que consideramos madres desde el momento de la gestación, sin importar el posterior curso y desenlace de ese embarazo. Por tanto, entre las temáticas de las maternidades que hoy la sociedad exige que se visibilice es la pérdida gestacional y el posterior proceso de duelo que esta conlleva.

Desde los diversos ámbitos de la salud, se emplean diversas terminologías para hacer referencia a las pérdidas gestacionales o perinatales. De acuerdo a lo planteado en Muñoz, (s.f.) encontramos que las más mencionadas son:

Pérdida perinatal: Término general que hace referencia a la pérdida del feto durante el embarazo y del bebé durante su primer mes de vida (Diamond y Diamond, 2016).

Aborto espontáneo: Expulsión o extracción de un feto de menos de 500 gramos de peso correspondiente a veintidos semanas de gestación, o de cualquier otro producto de gestación totalmente inviable (SEGO, 2010).

Mortinato: Muerte del feto que se produce después de la vigésima semana de gestación (SEGO, 2010).

Muerte neonatal: Fallecimiento del bebé durante los primeros 28 días después de su nacimiento (Armstrong, 2002)." (P. 238)

De la misma manera, no queremos dejar de recordar el término que se utiliza en el presente trabajo "muerte fetal intrauterina" definido por la OMS (como se citó en Redondo De Oro, Gómez Villa, Barrio García y Alvis Estrada, 2016) como:

La muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios. (P. 188)

Entendemos que el periodo perinatal es todo lo que rodea el nacimiento incluso la gestación. Pero desde la medicina se usa otra nomenclatura, separando lo gestacional de lo perinatal. Es así que se entiende por muerte gestacional temprana, a la pérdida que ocurre entre el test positivo hasta la semana 22 de gestación o los 500 gr del feto. Por otro lado, la mortalidad fetal tardía, hace referencia a la pérdida que se da entre las 22 semanas y el nacimiento. La mortalidad neonatal precoz acontece desde el nacimiento hasta los 7 días de vida, y a partir de aquí hasta los 28 días del nacimiento se habla de mortalidad neonatal tardía. Siguiendo con los términos médicos, la mortalidad perinatal estaría abarcando tanto la mortalidad fetal tardía, como la mortalidad neonatal precoz.

Como bien sabemos y se ha mencionado anteriormente en reiteradas ocasiones, la pérdida fetal conlleva consecuencias psicológicas, y está asociada con diversas psicopatologías como ansiedad, depresión, estrés postraumático y duelos complicados.

Con respecto al TEPT como se menciona en Muñoz, (s.f.):

Existen pocas investigaciones que se hayan centrado en evaluar la sintomatología de estrés postraumático en las madres después de una muerte fetal. No obstante, Diamond y Diamond (2016) sugieren en su revisión que entre el 10% y el 25 % de las mujeres cumplen con los criterios de TEPT durante el mes posterior a la pérdida. Las investigaciones ponen en relieve que la muerte gestacional está envuelta en aspectos

potencialmente traumáticos, que se suman a la vulnerabilidad propia de un embarazo normal. (P. 244)

Siguiendo con la cita de Muñoz, (s.f.):

Diamond y Diamond (2016) proponen diversos factores que aumentan el riesgo de las madres de sufrir TEPT después de una pérdida fetal, estos son neuroticismo, componente ansiedad-rasgo, un locus de control externo, pocas habilidades de afrontamiento relacionadas con el momento del parto, no tener hijos previos y disponer de un bajo apoyo social. (p. 245)

Con respecto al duelo perinatal y el duelo en general, preferimos tomar una postura en la cual dejamos de lado el duelo patológico. Sabemos que existen tantos duelos como pérdidas en el mundo, y la experiencia y el proceso de elaboración del mismo son completamente personales. Los tiempos, emociones, cogniciones y resignificaciones que en él aparecen son exclusivamente personales y todos cumplen un rol fundamental en la elaboración e integración del mismo. Si bien los duelos tanto en periodos perinatales como en cualquier etapa de nuestras vidas son procesos necesarios y adaptativos de los seres humanos, debemos considerar y tener en cuenta que pueden surgir complicaciones en ellos. Es aquí entonces que resaltamos la incidencia y complicaciones que implica silenciar estos duelos solo por el hecho de que la pérdida fue intrauterina. Debemos ser conscientes que el dolor desgarrador de la pérdida es el mismo sea cual sea la etapa vital en la que el sujeto haya estado inmerso al momento del fallecimiento.

Tomando diversos autores, según Kubler Ross (2017), existen diversas etapas de duelo, las cuales pueden no darse de manera lineal, y pueden volver de unas a otras. Estas etapas son, la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación.

Por otro lado, si bien sabemos que muchos autores hicieron largos recorridos sobre el duelo desde diversas perspectivas, uno de los autores que más aprobación recibió en nuestros días, es George Bonnano (2009), el cual habla de duelos complicados. Un duelo complicado podría definirse como “la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado de pesar sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución” (Horowitz, 1996). Estos tipos de duelos, suelen aparecer en la clínica a partir de la presencia de fenómenos, no de síntomas, que refieren un hacer, mostrar, escenificar, que se repiten en un intento por inscribir lo traumático de la pérdida. Entre éstos podemos destacar enfermedades psicosomáticas, adicciones, anorexia-bulimia, acting out, pasajes al acto.

El duelo postergado o retrasado, según este autor se refiere a un duelo que se vio interrumpido, el sujeto empezó a tramitarlo, pero luego se vio detenido. El duelo complicado o desbordado por su parte, habla de cierto desborde, puede aparecer el consumo excesivo de

sustancias por ejemplo y si no se interviene a tiempo puede derivar en la presencia de ciertas psicopatologías en el sujeto. El duelo enmascarado, es un duelo enmascarado de síntomas. Uno vuelve a tener sintomatológicamente todos los síntomas que tenía la persona que murió, ya que no hubo una tramitación simbólica al respecto. Por último, el duelo bloqueado, se muestra también con conductas de exceso. En este existe un bloqueo tanto emocional como cognitivo, es decir que el sujeto está completamente desimplicado del suceso.

En el presente trabajo elegimos tomar como marco teórico la terapia EMDR.

Ante la pérdida fetal sabemos que en la mujer surgen múltiples dudas y cuestionamientos hacia sí misma. Podemos encontrarnos en estos casos con sentimientos de culpa y autorreproches de gran intensidad. Muchas mujeres se creen culpables de la pérdida y más aún si consideramos que muchas veces no existen motivos puntuales ni lógicos de la causa de la pérdida. Sabemos que muchas veces atribuirle un motivo científicamente comprobado a la pérdida, si bien no quita el dolor, facilita el camino de la elaboración del duelo y permite construir significados simbólicos en torno a lo que acontece a nuestro alrededor. Frente a esto, la terapia EMDR procederá a variar el almacenamiento de la información que se ha dado en un primer momento de manera disfuncional, para así eliminar la interpretación traumática del suceso, permitiendo el bienestar del mismo.

Con respecto a la inducción de parto, en el presente trabajo consideramos de suma importancia motivar y promover un parto respetuoso, donde prevalezca el tacto y la sensibilidad en los profesionales de la salud que se vean involucrados en el proceso.

Ante el procedimiento médico que sigue a la pérdida, con el fin de la extracción o expulsión del bebe, nos encontramos con múltiples situaciones que podrían aumentar lo traumático de la situación, así generando cierta predisposición y vulnerabilidad al desarrollo de TEPT. Nos referimos a la violencia obstétrica, que se cita en Marcote (2017), como:

Toda conducta, acción u omisión realizada por el personal de la salud de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (P. 87)

Múltiples situaciones en torno a los procedimientos que hay que someterse tras una pérdida gestacional pueden resultar casos de violencia obstétrica, los cuales serán detallados con rigurosidad en su capítulo correspondiente, aunque no queremos dejar de mencionarlas. Dentro de estas situaciones podemos destacar, la falta de tacto y empatía de los profesionales, la poca información que se le brinda a los padres, la sobre medicalización del procedimiento, el hecho de no brindar la posibilidad de elección del desenlace, entre muchas otras.

Desarrollo metodológico

Procedimiento

En el presente trabajo se realizará una revisión bibliográfica de tipo descriptiva, mediante la cual se propone relacionar las variables entre la posibilidad de desarrollar un trastorno por estrés post traumático ante la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina. Asimismo, centraremos la atención en el tratamiento de dicho trastorno desde la terapia EMDR, siendo este uno de los marcos teóricos con mayor prevalencia a la hora de tratar este tipo de psicopatologías.

El trabajo marcó su interés principalmente en mujeres adultas en virtud de que los principales estudios e investigaciones existentes sobre la pérdida perinatal están dirigidos a esta población, así facilitándonos la inclusión de datos, estadísticas y fuentes verídicas y confiables.

Como hemos mencionado en reiteradas ocasiones, alrededor de la pérdida perinatal circundo durante muchos años una especie de mutismo. No fue hasta hace poco que las maternidades empezaron a exigir ser escuchadas y visibilizadas. Afortunadamente encontramos en la sociedad actual una inclinación e incluso una necesidad por visibilizar dentro de las maternidades los aspectos emocionales que estas conllevan y que por muchos años se vieron vedados. Dentro de estas temáticas, se ve incluido el proceso de duelo y las posibles psicopatologías que pueden manifestarse tras una pérdida fetal intrauterina.

Si bien el trastorno por estrés postraumático perinatal y específicamente por pérdida fetal es una temática en la que aún no hay un gran número de investigaciones, sabemos que hoy en día ha despertado el interés de muchos profesionales, por lo cual cada vez son más los estudios que se remiten a la temática.

Dicho esto, la selección del material se realizó a partir de la participación de cursos online “El cuidado del duelo perinatal” dictados por Impronta Perinatal, indagación en el manual de psicología perinatal de María de la Fe Rodríguez Muñoz, libro “Nosotras parimos: guía para un parto respetado” de Verónica Marcote, formación en psicología perinatal dictada por el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, artículos de la revista Scielo de diversa índole, blogs de internet, páginas de instagram dirigida a maternidades como Impronta perinatal, Lazo natal, Materneo, entre otras, accedimos a trabajos académicos publicados en internet sobre la temática, incursionamos en el modelo teórico de Shapiro sobre la aplicación de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular, definiciones de pérdida fetal intrauterina de la OMS, criterios diagnósticos de TEPT en el DSM V, autores como Neimeyer y Kubler Ross en cuanto al duelo, entre otros artículos científicos encontrados en el internet y citados en el apartado correspondiente a la bibliografía.

Así mismo, las palabras claves empleadas en la recolección de información fueron “muerte perinatal”, “psicología perinatal”, “violencia obstétrica”, “parto respetuoso”, “pérdida fetal”, “parto inducido”, “trastorno por estrés postraumático”, “Terapia EMDR”, “beneficios de la terapia EMDR en el TEPT”, “duelo perinatal”.

Capítulo I: Visibilización de las pérdidas perinatales: el duelo desautorizado.

En este capítulo nos dedicaremos a exponer las particularidades de los duelos en la etapa perinatal, tomando en consideración como la mayoría de las veces este es un duelo silenciado y desautorizado. El fin de este capítulo es lograr demostrar la importancia de la visibilización, y el acompañamiento, así como delimitar cuales podrían llegar a ser los factores fundamentales y necesarios en el proceso de elaboración y reconstrucción de nuevos significados tras la pérdida.

Como mencionamos a lo largo de la trayectoria de este trabajo, sabemos que el duelo perinatal es uno de los duelos más silenciados y desautorizados. Por lo general, en torno a estos duelos solemos encontrarnos con frases como “sos joven, vas a tener otros hijos”, las cuales lo único que generan es enmascarar el dolor que conllevan estas pérdidas, y son factores que predisponen a que el proceso de duelo se complique incluso pudiendo derivar en un TEPT debido a la mala elaboración del mismo.

Por lo tanto, el propósito de dicho capítulo es concientizar acerca de la importancia de dejar de tabular estos duelos, la importancia de darles el lugar emocional que merecen, así pudiendo generar un ambiente más amable para su integración.

Cuando hablamos de duelos perinatales entendemos que hay tantos duelos como pérdidas existentes. La integración de ellos va a depender de muchos factores, entre ellos destacamos lo emocional, lo económico, lo cultural, lo social.

Así como entendemos que existen diversos factores que pueden influir positivamente a la elaboración de dicho duelo, como ser el acompañamiento terapéutico en dicho momento vital, el buen abordaje de los profesionales en el área de salud encargados en cada etapa a las que deben someterse dichas mujeres, una red de contención en el ámbito familiar y social, entre otras. También consideramos que existen muchos factores de riesgo, como ser la violencia obstétrica, la desautorización de estos duelos, la nula conciencia de la importancia y el impacto emocional que estas pérdidas conllevan en la cotidianeidad de una mujer.

1.1 Pérdida fetal intrauterina y violencia obstétrica: consideraciones desde el parto y la maternidad respetadas.

En este apartado se pretende hacer un listado exhaustivo de los factores que podrían resultar problemáticos, e incluso traumáticos desde el pre parto, el durante la inducción del parto

por pérdida fetal y el pos parto en el área de salud. Para ello, tomaremos una postura basada en el parto respetado.

Tal como se mencionó en apartados anteriores, entendemos a la violencia obstétrica, citada en Marcote (2017), como:

Toda conducta, acción u omisión realizada por el personal de la salud de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (P. 87)

En Argentina, contamos con la Ley 25.929 de Parto Humanizado (2015), el fin de la misma es velar por proteger los derechos de las mujeres y sus bebés en el embarazo, parto y pos parto.

Tal como se menciona en el artículo 2 de dicha ley (2015):

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma. (p.6-7)

A nuestro pesar, entendemos que muchos de estos derechos muchas veces se ven vulnerados, más incluso cuando hablamos de un parto inducido por pérdida.

Algunos ejemplos de situaciones que denotan la presencia de violencia obstétrica son que ante la pérdida fetal, los profesionales de la salud no otorgan la posibilidad de elección de parto, es decir que no se le pregunta previamente a la madre si su voluntad es una inducción del parto natural o una cesárea, si desea realizar el procedimiento de inmediato o tomarse su tiempo, ya que como es sabido, siempre y cuando no se indique lo contrario, ante una pérdida no es necesaria la inmediatez del parto, incluso en muchos casos se puede optar por el manejo expectante sin ninguna complicación ni contraindicación.

Así mismo hoy sabemos que con respecto al qué hacer con la lactancia ante la pérdida perinatal existen diversas opciones, como ser la inhibición farmacológica, la inhibición fisiológica, la lactancia a hermanos mayores o la donación de leche a bancos de leche humanos. Durante el procedimiento de la inducción del parto en las instituciones por lo general se inhibe farmacológicamente la lactancia, sin brindarle información previa a la madre sobre dichas opciones, así negándole la participación activa en su propia pérdida y despojándola de su derecho a decidir. Asimismo, es importante mencionar que el fármaco indicado para inhibir la lactancia es la Cabergolina, la cual, debido a su mecanismo de acción, que es agonista dopaminérgico, podría aumentar el riesgo de psicosis puerperales y de episodios maníacos.

De igual modo, la internación pos parto en pérdida perinatal se realiza en los pisos de maternidad de los hospitales, sometiendo así a la madre a la constante escucha de llantos de bebés, de carteles con los nombres de los bebés recién nacidos, resaltando así constantemente su pérdida y pudiendo generar grandes efectos emocionales en ella, incluso intensificar los previamente existentes.

Otro ejemplo es la imposibilidad que se le da a la madre de poder elegir ver a su bebe cuando nace, lo cual podría resultar sumamente enriquecedor en la construcción de una identidad de ese niño y favorecer de múltiples maneras el proceso de duelo al que esta se ve expuesta. Por último, no queremos dejar de mencionar que, si los progenitores no poseen del dinero suficiente para poder retirar a su hijo y realizar los rituales necesarios de despedida, este niño será desechado como desecho patológico.

Como afirma César Carvajal (2002):

Una de las primeras preguntas que surge al enfrentarse a un paciente que ha desarrollado un TEPT es qué factores pueden haber facilitado la aparición del cuadro. Ante esto podemos plantearnos que hay factores de riesgo que pueden justificar el TEPT o bien que el paciente carece de mecanismos de resiliencia que le permitan adaptarse a la situación traumática. Los factores de riesgo dependen del hecho traumático y del sujeto que lo padece. (p.20-34)

Por consiguiente y tomando en cuenta lo anterior mencionado creemos que la violencia obstétrica podría ser uno de aquellos factores de riesgo que predisponen y facilitan la aparición de un cuadro de TEPT en mujeres que debieron someterse a la inducción del trabajo de parto por pérdida fetal intrauterina.

Como menciona la OMS (s.f.), en su portal web:

El personal sanitario puede mostrar sensibilidad y empatía, validar los sentimientos de los padres, ofrecer información clara y comprender que los padres pueden necesitar un apoyo específico tanto para hacer frente a su pérdida como para intentar tener otro niño. Dispensar una atención de salud basada en los derechos humanos que sea pertinente desde el punto de vista sociocultural, respetuosa y digna es una condición tan necesaria como la competencia clínica cuando se desea prestar servicios de calidad a las madres y los recién nacidos. (parr. 18)

Es por esto que consideramos de suma importancia la visibilización de los duelos perinatales, y pretendemos fomentar el interés de capacitar a los profesionales de la salud que se exponen a dichos procedimientos día tras día, con el fin de poder ofrecer a todas las madres

que perdieron a sus hijos, una experiencia menos traumática, para así evitar complicaciones en el proceso de integración de los acontecimientos.

1.2 Duelo y elaboración

En el apartado correspondiente pretendemos acercar al lector al duelo perinatal, todo lo que él conlleva y cómo podemos brindar ayuda y acompañamiento desde la clínica psicológica. En él se pretenden visibilizar las necesidades de las mujeres en dichas situaciones, intentado generar una apertura en el lector y quitar el prejuicio que ronda alrededor de estos duelos. Así mismo, haremos un breve recorrido por las complicaciones que podrían sufrir los duelos, adoptando una mirada no patologizante de los mismos.

En este capítulo preferimos hablar del duelo como un proceso no lineal. Algunos autores plantean diversas etapas del mismo, siempre entendiendo que estas fluctúan, no son lineales.

Siguiendo a Kubler Ross (2009), en su texto “Sobre el Duelo y el Dolor”, podemos encontrar 5 etapas que son parte de la elaboración de duelo. Entre ellas se encuentran la negación, la cual entendemos como un modo que tiene el aparato psíquico de dosificar el dolor. Es el primer encuentro con el impacto emocional que conlleva la pérdida del objeto. Es un intento de dosificar lo que irrumpe. No hay que verlo como un rechazo, sino que es una forma de decir; sé que tengo que entrar en un lugar donde me aguarda un largo proceso por delante. La autora presenta que además de esta fase podemos hablar de una fase de ira. La ira es una emoción completamente natural y que se encuentra mucho en el proceso de duelo. A algunas personas les agarra ira con la persona que se fue, otros a médicos, otros a familiares, otros a dios, otras a ellas mismas por no haber podido. Por otro lado, distingue la fase de la negociación. Esta es un intento de armar una tregua temporaria. Opera en pasado y en futuro, no opera en presente. Así mismo, encontramos la depresión. En este sentido, no hablamos de la depresión clínica o el trastorno del ánimo. Por último, encontramos la fase de aceptación, la cual no hay que confundirla con el estar bien. Es el aceptar, continuar con tu vida, pero sabiendo que de alguna forma aceptas esta realidad como permanente. Está más cerca de algo como reconciliarse con la realidad. Es aprender a convivir con esta pérdida. Con respecto a esta última etapa, citamos a la autora en su libro “Sobre el duelo y el dolor” (2009):

La aceptación suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha pasado. No es eso. La mayoría de la gente no se siente bien o de acuerdo con la pérdida de un ser querido. En esta etapa, se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca nos gustará esta realidad ni estaremos de acuerdo con ella, pero, al

final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella. Es la nueva norma con la que debemos aprender a vivir. (p.27)

Así mismo, la autora habla de dos mundos que se ven contemplados en el proceso de duelo, el interno y el externo.

Dentro del mundo interno podemos encontrarnos, por ejemplo, con la inestabilidad emocional derivada de este tipo de procesos, los sueños y apariciones, los cuales son recurso en el que muchas veces aparece el objeto perdido que también ayuda a esta tramitación del duelo. Las apariciones pueden referirse a por ejemplo olores que despiertan y nos llevan al objeto. El sueño es la gran posibilidad que tiene el sujeto de poder reencontrarse con el objeto perdido. También en el mundo interno aparecen los roles.

En el caso de las pérdidas perinatales podemos destacar también el silencio que acecha al rol de madre. La sociedad les quita a las mujeres el rol de madres por haber perdido al niño durante la gestación. Consideramos que no hay nada menos acertado que esto, la mujer es madre desde que se decide seguir el curso de dicho embarazo, sin importar el desenlace del mismo. Las mujeres que perdieron a sus niños son tan madres como aquellas que pudieron tenerlos en brazos con vida. Desapropiar su rol de madre a una mujer que acaba de enfrentarse a la muerte de su hijo sin dudas va a influir negativamente en su posterior proceso de duelo e integración de la pérdida.

Cuando hablamos del mundo externo, hablamos de las cosas exteriores que nos van a acompañar en el proceso de duelo. En la cultura presente que vivimos, el espacio para la pérdida gestacional está completamente velado, es decir, no se deja. El mundo externo recuerda el propio proceso del duelo. Afuera nos encontramos con aniversarios, fiestas, sexo, ropa, posesiones, partes financieras que hacen a un proceso activo. Los aniversarios van a ser momentos de revivir la situación, de recordar y rememorar al niño que falleció.

Con respecto al sexo, también vamos a encontrarnos con críticas y tabúes sociales. Es cierto que en algún punto todo el proceso de la maternidad e incluso la pérdida conllevan mucho de lo corporal, no podemos dejar de lado que las mujeres deben someterse al parto inducido. Por ello debemos contemplar que en cuanto a lo sexual también vamos a apreciar cambios. De la misma manera, la ropa, las posesiones, son excelentes herramientas en la tramitación del duelo. En la actualidad se recomienda contar con una especie de "cajita de los recuerdos" donde se guardan diversos objetos relacionados al niño y/o una sesión de fotos luego del parto destinada a la familia con el bebe con el fin de inmortalizar los momentos compartidos, que en dichas circunstancias son muy breves, lo cual puede ser sumamente positivo en el proceso de elaboración e integración de la pérdida.

Como último, pero no menos importante, no queremos dejar de mencionar la importancia de las cuestiones financieras en todo esto, ya que como explayamos en otros apartados, de ellas dependen que el cuerpo pueda ser retirado por los padres para posteriormente realizar los rituales de despedida que se acostumbran en nuestra cultura.

De la misma manera, nos parece útil para la temática planteada, citar 6 proposiciones sobre la mortalidad y el duelo planteadas por Neimeyer (2002), en su libro "Aprender de la pérdida":

1. La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones. Partiendo de la idea de que cada ser humano construye su propio mundo de significados, debemos entender cómo entra la muerte en ese mundo y, si al hacerlo, desmiente o reafirma las construcciones que guían nuestras vidas.

2. El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad. El duelo sólo puede entenderse por completo dentro del contexto diario de la construcción, mantenimiento y cambio de los aspectos más fundamentales de nuestra identidad.

3. El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho. Es evidente que la pérdida es un «acontecimiento que no deja posibilidad de elección», ya que pocos de nosotros deseáramos perder a nuestros seres queridos. Como tal, la experimentamos como la llegada de un intruso que no es bienvenido en nuestras vidas y que no se marcha por mucho que protestemos. El poder de la muerte puede hacer que nos sintamos desesperados e impotentes, dejándonos con la sensación de ser las marionetas de un juego cósmico que elude nuestros mejores intentos de comprensión.

4. El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida. La pérdida puede invalidarla estructura de presuposiciones que orienta nuestras vidas de formas muy variadas, planteándonos el desafío de adaptarnos a una avalancha de experiencias subjetivas y demandas objetivas que exige que volvamos a construir un mundo que «tenga sentido»; que vuelva a instaurar una sensación de sentido, dirección y comprensibilidad a una vida que ha quedado transformada para siempre.

5. Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones.

Irónicamente, a pesar del énfasis que ponen en la secuencia de emociones que siguen a la pérdida, las teorías tradicionales sobre el duelo suelen tratar las respuestas afectivas que aparecen en el proceso de duelo como aspectos meramente sintomáticos, como problemas que deben superarse con el paso del tiempo o con la aplicación de un «tratamiento» determinado. Contrastando con esta concepción de las respuestas afectivas ante la pérdida, los constructivistas como George Kelly ven las emociones como algo que forma parte de nuestro proceso de construcción de significados como manifestaciones externas de procesos de construcción difíciles de observar. Dicho de otro modo, cada sentimiento cumple una función y debemos respetarlo como parte del proceso de reconstrucción de significados, en lugar de intentar controlarlo o eliminarlo como un subproducto de la pérdida en sí misma o como una forma «disfuncional» de entenderla.

6. Construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida negociando con los demás.

Con demasiada frecuencia, las teorías del duelo aíslan a los supervivientes, centrándose exclusivamente en las reacciones de los individuos e ignorando sus relaciones con otros significativos. Aunque estoy de acuerdo en que una teoría útil del duelo debe explicar los aspectos más personales de la pérdida, también estoy convencido de que la adaptación a la pérdida sólo puede entenderse en última instancia dentro de un contexto social. Por este motivo, la «elaboración del duelo» puede entenderse como un proceso que tiene lugar dentro de tres sistemas independientes e interrelacionados: el sí mismo, la familia y la sociedad. (p.135-150)

Dichas proposiciones dejan expuesto la importancia de la elaboración del proceso de duelo, así como también el impacto que la pérdida genera en aspectos de nuestras vidas tales como lo emocional, económico, social, cultural e incluso biológico. Es por ello que, como venimos sosteniendo en apartados anteriores, es de suma importancia la visibilización de dichos duelos, ya que de esta manera abrimos las puertas a una integración y elaboración adaptativa.

Por último, tal como se expresa en el artículo “Porqué es fundamental hablar de la pérdida de un bebe” de la OMS (s.f.):

Como ocurre con otros problemas de salud, como la salud mental, que todavía se consideran un gran tabú, muchas mujeres dicen que, independientemente de su cultura, nivel de formación o educación, sus amigos y familiares no quieren hablar de la pérdida

que han experimentado. Parece que está relacionado con el silencio que rodea el duelo en general. (parr. 7)

A partir de esto, queremos destacar lo fundamental de la visibilización de las pérdidas perinatales, para así poder empezar a brindar espacios seguros, responsables y comprometidos para aquellas mujeres, y conciencia con respecto al valor y validación de dichas pérdidas, para así fomentar la búsqueda de ayuda y la importancia de dar entidad al acontecimiento, así dejando atrás como sociedad y cultura la invisibilización de estas madres, sus hijos y sus respectivos duelos.

Capítulo II: Trastorno por estrés post traumático y terapia EMDR.

En este capítulo expondremos el trastorno por estrés postraumático, luego ahondaremos en el mismo en la etapa perinatal, cuáles son sus posibles disparadores y cómo interfiere este en la vida de la mujer.

Tal como se cita en Muñoz (s.f.):

Diferentes investigaciones han puesto en evidencia que determinadas experiencias, como un embarazo no deseado (Cortés-Salim, González-Barrón y Romero-Gutiérrez, 2014), complicaciones maternas y fetales graves, como por ejemplo preclampsia o síndrome de Hellp (Grekin y O'Hara, 2014; Horsch et al., 2017; Yildiz et al., 2017), aborto espontáneo (por ejemplo, Daugirdaite, Van den Akker y Purewal, 2015), una cesárea de emergencia (Horsch et al., 2017), bebés prematuros, con bajo peso al nacer o con necesidades especiales (Feeley, Hayton, Gold y Zerkowitz, 2017), complicaciones en el parto, como hemorragia posparto (Zaatetal, 2018), y la muerte fetal o el fallecimiento del bebe tras el parto (Christiansen, 2017; Daugirdait et al, 2015) pueden disparar notablemente la probabilidad de sufrir un TEPT. Asimismo, no solo la mujer tiene riesgo de desarrollar un TEPT ante un parto traumático, sino también la pareja sentimental o los profesionales sanitarios, matronas, etc., presentes durante la intervención debido a los procesos de traumatización vicaria (Bradley y Slade, 2011; Sheen, Spiby y Slade, 2015). (p.106)

Es por ello, que consideramos de relevante importancia considerar el TEPT en la etapa perinatal, así como también la eficiencia de la terapia EMDR en estos casos.

2.1 Criterios diagnósticos del TEPT.

En dicho apartado se pretende presentar detalladamente los criterios diagnósticos del TEPT, con el fin de dar explicación y brindar entendimiento al lector acerca del TEPT y por lo tanto el trabajo en general.

Como bien sabemos, el hecho de perder a un hijo en la etapa perinatal y todas las experiencias que rondan a dicho suceso y a las cuales las madres deben someterse, pueden resultar traumático, así como también lo que acontece alrededor de la pérdida, pudiendo resultar en un trastorno de estrés postraumático para dicha madre.

Sostenemos que podría devenir en un Trastorno por estrés postraumático ya que como bien sabemos, la sintomatología inicial que aparece ante una pérdida fetal intrauterina, como ser fuertes dolores abdominales, sangrado o bien dejar de sentir los movimientos, en el caso que los hubiera, del bebe, pueden resultar sumamente estresantes y angustiantes para la mujer.

Por otro lado, como se vino mencionando a lo largo del trabajo, dicho acontecimiento, por lo general, no se toma con la relevancia y delicadeza que debería serlo, ya que dentro del sistema sanitario no se logra comprender que una pérdida gestacional implica la exposición a la muerte de un ser querido, alrededor del cual se han generado expectativas, ilusiones, sentimientos, emociones y afecto. Como bien sabemos, que la percepción de un suceso sea traumática es completamente personal, aunque creemos que no darle a la mujer el espacio correspondiente para procesar lo que acontece y a su vez quitarle relevancia, así haciéndola sentir culpabilidad por experimentar tristeza, enojo y un sinfín de emociones, también predispone a que el duelo no pueda elaborarse y que a su vez el suceso pueda percibirse como traumático.

Así mismo, el apuro sanitario por realizar la extracción o expulsión del bebe, siendo estos procedimientos rutinarios en el area, no permiten una toma consciente de decisiones por parte de la mujer, con respecto a como desea y que considera que será lo mas optimo realizar para así poder elaborar dicha experiencia desde un lugar consciente, cuidado y respetado por quienes la rodean.

No podemos dejar de mencionar, una vez más, lo poco que ayuda la violencia obstétrica a realizar una elaboración del duelo, y lo mucho que predispone a que la percepción del evento devenga traumática, ya que como hemos mencionado, las mujeres en situación de pérdida gestacional ingresan al piso de maternidad, y no a un area pensada y preparada para dicha situación, así como tampoco se le permite elegir de qué manera y cuando se realizara el procedimiento correspondiente. Es decir entonces, sostenemos que también el hecho de que tantos derechos se vean vulnerados en la práctica, y la exposición a la que se somete a las mujeres en tales circunstancias también pueden ser factores de riesgo para que haya un posterior desenlace de un Trastorno por Estrés Posttraumático.

Citando al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013), los criterios diagnósticos para el TEPT son los siguientes:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más)

de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. (p. 271-273)

En este capítulo las citas textuales fueron de absoluta necesidad, tanto en su cantidad como en su extensión. Necesarias en cuanto a dar luz y claridad a los conceptos que serán utilizados en el presente capítulo y el trabajo en general.

2.2 Consideraciones del TEPT en la etapa perinatal.

En dicho apartado pretendemos dar luz al Trastorno por Estrés Postraumático en la etapa perinatal específicamente. Consideraremos los posibles factores de riesgos que podría experimentar una mujer en dicho momento vital y en el contexto médico en el que por lo general las mismas se encuentran.

Con todo lo mencionado a lo largo del trabajo, entendemos que las mujeres que sufren una pérdida perinatal, pueden presentar un TEPT. Podemos decir también que el hecho de que dicha situación resulte traumática no está ligado únicamente al suceso en sí, la pérdida perinatal, sino que consideramos que la aparición del TEPT es multicausal, contemplando así factores como la violencia obstétrica, la falta de información que padecen los familiares del bebé fallecido con respecto a los procedimientos que deben llevarse a cabo y sus derechos a elección en estos, la falta de capacitación de los profesionales de la salud involucrados, la falta de rituales post mortem, la falta de recuerdos, la falta de una red de apoyo, entre otros.

Es de público conocimiento que muchas veces el entorno sociocultural de la mujer no acompaña positivamente a la elaboración y gestión de emociones que en sí dichas situaciones conllevan.

Tal como se menciona en el artículo "Porqué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé" de la OMS (s.f.): "Situar a las mujeres en el centro de los servicios que reciben es

fundamental para una experiencia de embarazo positiva: los aspectos biomédicos y fisiológicos de la atención sanitaria deben ir acompañados de apoyo social, cultural, emocional y psicosocial.

Sin embargo, muchas mujeres, incluso en países desarrollados con acceso a la mejor atención de salud, reciben una atención inadecuada después de perder un bebé. La terminología que se utiliza cuando se habla de los abortos o las muertes prenatales puede ser traumatizante en sí misma; por ejemplo, la mención de un «cuello uterino incompetente» o un «óvulo deteriorado» puede ser dolorosa.” (parr. 14).

Es por ello que, como se viene mencionando a lo largo del trabajo, creemos de fundamental importancia la capacitación de los profesionales de la salud que se ven involucrados en torno a dicha pérdida, así como también el acompañamiento psicológico a las madres antes, durante y posterior al procedimiento.

Podemos decir que existen factores que están ampliamente vinculados al desarrollo del TEPT perinatal. En este apartado tendremos en cuenta tanto los factores biológicos, como los psicológicos y sociales.

En cuanto a lo biológico, es de suma importancia considerar la implicación que tienen los cambios físicos, hormonales y fisiológicos que se desarrollan en la mujer tanto en el embarazo como en el puerperio, ya que aquellas mujeres que padecen de una pérdida gestacional sufren de igual manera dichas alteraciones. Como se menciona en Muñoz (s.f.):

Los cambios neuroendocrinos que acarrea el embarazo también pueden exacerbar la experimentación de TEPT. En este sentido, se ha sugerido que tanto la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (asociado al aumento de la hormona adrenocorticotrópica y cortisol) afectan al incremento de la emocionalidad negativa, el nivel de alerta, los problemas de sueño y la capacidad de memoria de estas mujeres y, por tanto, influyen negativamente en una posible respuesta postraumática (Michopoulos et al., 2015). (p.109)

Por otro lado, los factores psicológicos y sociales, también influyen significativamente en el desarrollo de un TEPT perinatal. Entre estos podemos mencionar los tabúes que rondan al embarazo y a la pérdida perinatal, la desautorización social de los duelos perinatales, los factores psicológicos previos al embarazo y la pérdida, los factores negativos vinculados al momento del parto del bebe fallecido, las variables pos parto como ser la falta de información, la violencia obstétrica, la falta de empatía de los profesionales que se ven involucrados en el proceso, entre otras.

Para comprender cómo interactúan dichos factores en la etapa perinatal, derivando así en un TEPT, se han aplicado modelos integradores, en este caso citaremos el modelo de diátesis-estrés. Como se menciona en Muñoz (s.f.):

El modelo de diátesis-estrés reconoce que la vulnerabilidad o predisposición genética (diátesis) interactúa con el ambiente y con los sucesos vitales (estrés) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos. En el ámbito del TEPT perinatal, el modelo de diátesis-estrés ha sido revisado y actualizado sobre la base de un metaanálisis de 50 estudios (Ayers, Bond, Bertullies y Wijma, 2016). Este modelo plantea que el TEPT perinatal es resultado de la interacción entre factores de vulnerabilidad prenatal, factores de riesgo durante el parto y factores posteriores al parto que influyen directamente en la respuesta postraumática, lo que determina la resolución o el mantenimiento de la sintomatología postraumática. Aunque ningún estudio ha puesto a prueba todavía este modelo en su conjunto, existe evidencia que apoya la mayor parte de los factores de riesgo recogidos en él (por ejemplo, Isbir et al., 2016; König et al., 2016). (p.112)

De esta manera, entendemos cómo interactúan los múltiples factores anteriormente mencionados, y como juegan un papel fundamental en la predisposición del desarrollo de un trastorno por estrés postraumático en la etapa perinatal.

En cuanto a las necesidades de las mujeres, como lo menciona Martínez Vázquez (2021), en sus Tesis Doctoral:

Desde una perspectiva enfocada al trato con el paciente, el tratamiento del TEPTP tiene tres pilares fundamentales que son: Escucha empática, información clara y expresión de sentimientos, si el contexto es el adecuado. (Ministerio de Sanidad, 2015)

a. Ofrecer escucha empática: una escucha empática, sin juzgar, intentando comprender porque ese parto resultó traumático para esa mujer ya puede ser una intervención terapéutica.

b. Ofrecer información clara: sobre cómo fue el parto o sobre la posibilidad de que la madre sufra un estrés postraumático, desculpabilizando y ofreciendo psicoeducación. Existe la posibilidad de revisar la documentación del parto junto con la madre, esto facilitará el entendimiento por parte de ella de todo lo acontecido.

c. Expresión de sentimientos (en contexto adecuado): principalmente cuando la madre busque apoyo y comprensión. Considerar los grupos de autoayuda o los mismos profesionales sanitarios, promoviendo a los sujetos que escuchen su versión. (p. 68)

Como se menciona en Muñoz (s.f.):

De acuerdo con la guía del NICE para la atención de la salud mental durante el embarazo y posparto (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018), las mujeres que presentan TEPT durante este período deben recibir tratamiento psicológico como primera línea de actuación debido a la gravedad de este cuadro diagnóstico. Específicamente, tras un parto traumático, un aborto involuntario o la muerte fetal, neonatal o infantil, la guía subraya la necesidad de proporcionar consejo y apoyo a la mujer para hablar sobre la experiencia, explorar el impacto del suceso en la pareja y ofrecer algún tipo de intervención psicológica de «alta intensidad», como las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma o la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR), tal y como se recoge en la guía sobre TEPT de esta misma organización (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). (p.117)

Podemos concluir entonces que es de importancia fundamental el acompañamiento y tratamiento psicológico a mujeres que presentan TEPT en la etapa perinatal. Es por ello que, en el presente trabajo consideraremos el abordaje EMDR para el trastorno por estrés postraumático.

2.3 Abordaje EMDR para el trastorno por estrés postraumático.

En el presente nos dedicaremos a ahondar sobre las técnicas utilizadas en el abordaje EMDR en casos de Trastorno por Estrés Postraumático. El propósito de dicho apartado es visibilizar la importancia de la psicoterapia en casos de TEPT en la etapa perinatal, así como mostrar la eficacia de la misma, específicamente mencionando las intervenciones realizadas a partir del enfoque EMDR.

EMDR es el acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en español lo conocemos como Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares.

Como lo menciona Martínez Vázquez en su Tesis Doctoral (2021):

En el estudio realizado por Jarero, et al. (2014) se describe que la EMDR en su validez, es aceptada por La Organización Mundial de la Salud (2013) y otras entidades internacionales para el tratamiento de TEPT en cualquier etapa de la vida desde la niñez, pasando por la juventud y aún en la adultez (Bisson y Andrew, 2007). (p. 68)

Al revisar mayor información científica se ha identificado que EMDR y las terapias de exposición tienen resultados clínicos positivos en el tratamiento del TEPT (Davidson y Parker, 2001). Además de tratar la perturbación presente de un evento reciente específico, optar por

aplicar aspectos de la terapia aun sin haberse presentado los síntomas del TEPT es un avance especial para disminuir las posibilidades de guardar información que contenga una carga perturbadora y que conduzca a la indebida interpretación de los acontecimientos (Tofani y Wheeler, 2011).”

Esta terapia fue principalmente diseñada para el tratamiento del TEPT, aunque sabemos que hoy en día es utilizada para el tratamiento de diversos trastornos y complicaciones que aparecen en la clínica también.

Como bien hemos mencionado a lo largo del trabajo los síntomas del TEPT se derivan de experiencias traumáticas tal como puede ser una pérdida perinatal y todos los factores que de ella se desprenden, los cuales han sido mencionados en capítulos anteriores.

La terapia EMDR es una psicoterapia basada en la evidencia propuesta en un principio para el tratamiento del TEPT. Citando a Ignacio Jarero (2014):

El modelo teórico en que se basa la terapia EMDR, es el Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA). Este modelo postula que mucho de la psicopatología se debe a la codificación maladaptativa/desadaptativa de experiencias de vida adversas perturbadoras y/o traumáticas, que fueron procesadas de forma inadecuada. Se piensa que esto deteriora la habilidad del paciente/cliente para integrar esas experiencias de una manera adaptativa. (p.4)

Podemos decir entonces que el objetivo de la misma es ayudar al sujeto a variar el almacenamiento de la información que se ha dado en un primer momento de manera disfuncional, para así eliminar la interpretación traumática del suceso, permitiendo el bienestar del mismo.

Considerando todo esto, el EMDR es entonces utilizado para colaborar a que la persona pueda aprender de las experiencias negativas que vivió, desensibilizar los detonadores que generan angustia y adquirir patrones de conductas positivos.

Teniendo en cuenta lo que afirma Shapiro (2014):

Es innegable la necesidad de que el cliente sea expuesto al suceso traumático por lo menos durante un cierto tiempo, al igual que es necesario descondicionar los estímulos que se asocian al trauma. Por estas mismas razones, los protocolos EMDR incorporan un enfoque de tres vertientes, que implica el reprocesamiento de los sucesos primarios, los estímulos presentes y las reacciones negativas de los comportamientos futuros. (p 57)

Considerando lo anteriormente citado, aunque muchos pueden considerar al EMDR como una terapia de exposición, entendemos que, si bien es necesario que durante la aplicación

de dicha técnica la persona focalice su atención en el suceso traumático, esto es solo durante la duración de la técnica, pero no se expone al paciente a mantener su atención en el suceso durante un tiempo prolongado como si lo hacen otras terapias de exposición.

Como bien hemos mencionado, la terapia EMDR es una de las más adecuadas en cuanto al tratamiento del TEPT, tal como sostiene Gómez, et. al (2015):

La terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR) es considerada por Ehlers y Cols. (2010) como un procedimiento cimentado en el convencimiento para tratar el TEPT y algunos otros de los trastornos de ansiedad. La terapia EMDR fue desarrollada por Francine Shapiro y ha sido tan efectiva que ha llegado a ser vista como una de las técnicas más eficaces para tratar entre otros casos el TEPT (Richards y Lovel, 1999). (p.55)

Siguiendo con lo mencionado en dicho artículo, Cazabat (2004) describió las 8 fases de la terapia EMDR:

1. Historia del paciente y plan de tratamiento: Se evalúa todo tipo de aspectos que pueden influir en el tratamiento que se iniciara, como las enfermedades físicas, el consumo de sustancias, desarrollo de un embarazo, etc. Se concreta el objetivo del tratamiento con la intención de que el paciente esté presto a colaborar, facilitando la discusión de algún hecho perturbador guardado en su memoria.
2. Preparación: Evaluación de las destrezas del paciente cuando de contrarrestar situaciones adversas se trata. En ocasiones se motiva al paciente al uso de estrategias que le permitan enfrentarse a esas situaciones de perturbación.
3. Evaluación: Elección de una imagen que caracterice a la situación perturbadora seleccionada, así mismo se destacarán los aspectos negativos que esta genera, pensamientos, emociones etc., igualmente el paciente debe sugerir un pensamiento positivo para asociarlo a la interpretación negativa dada a la situación adversa.
4. Desensibilización: El paciente debe estar centrado en la situación perturbadora y las emociones y pensamientos que tiene frente a ello. El terapeuta empieza el proceso, puede sugerir que el paciente siga la ruta de los dedos del terapeuta mientras dialoga. De igual manera el terapeuta se puede apoyar para el desarrollo de la terapia dando suaves golpes en la palma de las manos o en las articulaciones de su cliente; con ayuda de la audición también es posible desarrollar la terapia, permitiéndole al cliente escuchar grabaciones especiales. Con todo esto se busca reprocesar los sucesos traumáticos con el objetivo de modificar la interpretación dada a estos. A medida que se desarrolla la terapia el terapeuta debe consultar al paciente por la obtención que ha tenido del proceso, así debe esmerarse en disminuir

la carga de negatividad que el paciente tenga de la información reprocesada, al final la carga negativa ha debido disminuir.

5. Instalación: El paciente debe traer a su mente la cognición positiva seleccionada al inicio de la terapia, así se fortifica esta. El terapeuta retoma la estimulación mientras el paciente debe recordar el suceso perturbador y evaluar la cognición positiva dándole un valor de 6 o 7 en un nivel de 1 a 7.
6. Chequeo de las sensaciones corporales: Se mantiene en la mente el hecho perturbador y la cognición positiva mientras el paciente recorre mentalmente por su cuerpo identificando cualquier tensión. En caso de haberla, se continúa con la desensibilización.
7. Cierre: Se permite un equilibrio emocional, en caso de necesitarse alguna técnica para el manejo de la ansiedad por el estado del paciente se procede a ella; se le advierte al paciente la posibilidad de que en el proceso continúe mediante recuerdos o cualquier suceso que lo permita en caso de que suceda se deben registrar para usarlos como herramienta para lograr la salud del mismo.
8. Reevaluación: En cada sesión de la terapia se debe evaluar la situación que se trabajó en la sesión anterior. Con esto se definirá si es necesario volver a trabajar esa situación en algún momento. (p. 56)

Como se menciona en la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación (s.f.), en la asociación psiquiátrica americana la Terapia EMDR recibió el más alto nivel de recomendación (en la categoría de fuerte aval empírico y efectividad demostrada) para el tratamiento del trauma, la asociación psicológica americana declaró a la Terapia EMDR como un modelo psicoterapéutico validado empíricamente para tratar TEPT, y la Asociación Internacional para Estudios en Estrés Traumático (ISTSS) designó a la Terapia EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Haciendo un análisis profundo e investigando las ideas planteadas en el libro “Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular” de Francine Shapiro (2004), sugerimos que las cuestiones más importantes a tener en cuenta en el tratamiento EMDR son las imágenes, las cogniciones negativas y positivas, las emociones y su nivel de perturbación y las sensaciones físicas.

En cuanto a la imagen, el clínico le pedirá al cliente que piense en el acontecimiento y que se concentre en una imagen que represente lo acontecido.

Luego de ello, el clínico va a pedirle al cliente que identifique la cognición negativa del acontecimiento la cual va a responder a la pregunta "¿Cuáles son las creencias auto denigrantes que tengo acerca de mí misma respecto al suceso?" Un ejemplo de esto podría ser "Hay algo en mí que no está bien" (2004).

Acto seguido de haber identificado la cognición negativa, se le pide al cliente que identifique una cognición positiva respecto al suceso, la cual deberá calificar en una escala EVC que va del 1 al 7, en la que 1 significa "completamente falso" y 7 "completamente cierto". Un ejemplo de esto podría ser "Hice lo mejor que pude" (2004).

En cuanto a las emociones y su nivel de perturbación, se le pide al cliente que teniendo en cuenta el acontecimiento y la cognición negativa, nombre la emoción que sintió en dicho momento y que puntúe lo que siente en la actualidad mediante una Escala US (Unidades Subjetivas de Perturbación) (2004).

Con respecto a las sensaciones físicas, sabemos que se generan diversas de ellas cuando el cliente focaliza su atención en el suceso acontecido, estas pueden ser por ejemplo la tensión de los músculos o el aceleramiento del ritmo cardíaco, aunque también pueden estar relacionadas con la experiencia sensorial asociada al trauma. La sesión de EMDR entonces no puede finalizar hasta que dichas sensaciones físicas hayan sido reprocesadas (2004).

Para activar entonces el sistema de procesamiento de la información será necesario el empleo de movimientos oculares dirigido o de otras formas de estimulación alternativas, tales como golpeteos, palmadas o sonidos. En cuanto a esto, es de fundamental importancia revisar qué forma de activación del procesamiento de la información sea más adecuada para cada cliente (2004).

Para entender mejor la técnica, resulta insoslayable citar a Francine Shapiro (2004), quien afirma:

Típicamente, el clínico sostiene dos dedos hacia arriba, con la palma hacia el cliente, a una distancia aproximada de 30 a 34 centímetros del rostro del cliente. Luego se pregunta al cliente: "¿Se siente cómodo?" Si la respuesta es negativa, el clínico deberá determinar la colocación y la distancia a la cual el cliente se siente más cómodo. El clínico luego demuestra la dirección de los movimientos oculares al desplazar sus dedos lentamente en dirección horizontal, desde la extrema derecha hasta la extrema izquierda (o viceversa) del campo de visión del cliente, a una distancia de por lo menos 30 centímetros (vea la figura 3). El clínico deberá evaluar la capacidad del cliente para rastrear con la vista el desplazamiento de los dedos al iniciar dicho movimiento de manera lenta y luego acelerando el ritmo hasta obtener un movimiento máximo que pueda ser sostenido con toda comodidad. (p. 65)

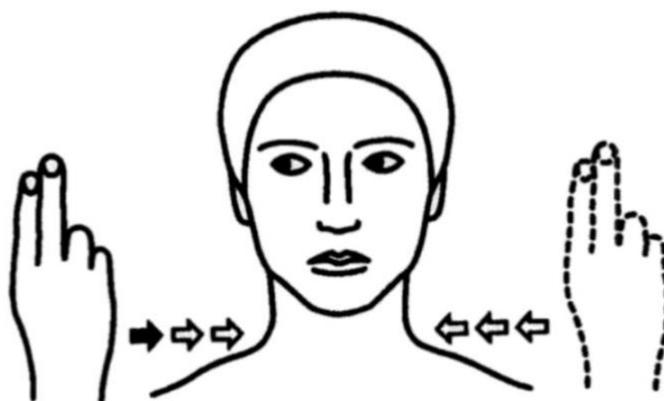


Figura 3. Movimientos horizontales de la mano, empleados en la aplicación del tratamiento **EMDR**.

(Fuente: Shapiro, 2004, p. 66)

Luego de cada serie, es importante que el clínico reciba una retroalimentación del cliente, para así poder evaluar la cantidad de procesamiento que se ha realizado.

Como bien se ha mencionado, algunos clientes consideran incómodo realizar los movimientos oculares, por lo que existen formas alternativas de estimulación, como ser los golpeteos, las palmadas y sonidos. Para los golpeteos, se le pide al cliente que se siente con las manos palmas arriba sobre sus rodillas. El clínico golpea rítmicamente las manos del cliente, de derecha a izquierda y en la velocidad en la que deben realizarse los movimientos oculares. Por otro lado, en cuanto a los estímulos auditivos, se le pide al cliente permanecer sentado con los ojos abiertos o cerrados mientras el clínico trueno sus dedos en los oídos del cliente a un ritmo como el que se usa en las series de movimientos oculares. De la misma manera, resulta positivo el uso de audífonos para la estimulación auditiva.

Es así entonces como la técnica EMDR busca realizar una desensibilización y reprocesamiento de la información por medio de movimientos oculares, con el fin de poder integrar de una manera más adaptativa experiencias traumáticas que han sido procesadas de manera inadecuada, por ejemplo, deviniendo en un Trastorno por Estrés Postraumático.

Conclusiones

En este segmento expondremos las consideraciones finales del trabajo, de manera reflexiva y crítica, articulando todo el recorrido que se hizo a lo largo del presente trabajo con los objetivos y preguntas de investigación planteados en la etapa inicial del mismo.

El objetivo de dicho trabajo consistió en realizar una investigación acerca del Trastorno por estrés postraumático en la inducción del parto por pérdida gestacional. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo descriptiva mediante la cual se propuso relacionar las variables entre la posibilidad de desarrollar un trastorno por estrés post traumático ante la inducción del parto por pérdida fetal intrauterina. Asimismo, fijamos la atención en el tratamiento de dicho trastorno desde la terapia EMDR, siendo este uno de los marcos teóricos con mayor prevalencia a la hora de tratar este tipo de psicopatologías.

Cabe destacar que, como ya hemos mencionado anteriormente, las pérdidas gestacionales, y su repercusión en la salud mental son temas que han sido silenciados y casi invisibilizados a lo largo de la historia. Hemos podido comprobar que se cree de manera errónea que una pérdida gestacional no conlleva un duelo, como cualquier otra pérdida, o que el dolor es inexistente dado a las circunstancias. Podemos afirmar que son estos factores los que nos han llevado a lo largo de la historia y hasta la actualidad a no tener un sistema de salud y a sus profesionales capacitados para afrontar dichas situaciones, así exponiendo a dichas mujeres a situaciones ampliamente traumáticas donde se vulneran incluso sus derechos.

De la misma manera observamos el poco conocimiento acerca de la sustancial importancia del acompañamiento psicológico, no solo en casos de psicopatologías ya instauradas, sino también para la prevención de las mismas en dichas circunstancias.

Afortunadamente, aunque aún queda un amplio y arduo camino por recorrer, a lo largo de dicho trabajo de investigación nos encontramos con un creciente interés y compromiso por parte de los profesionales de la salud mental en hacer foco y empezar a visibilizar y mencionar sobre dichos eventos vitales.

A partir de esto, hemos logrado conceptualizar las pérdidas gestacionales, la violencia obstétrica que en ellas se ve implicada y así describir cómo podría una pérdida gestacional devenir en diversas psicopatologías, aunque nos centramos específicamente en el Trastorno por Estrés Postraumático.

Es así también, que luego de realizar una ardua investigación al respecto, hemos podido proponer la terapia EMDR como una opción viable, entre tantas, para el tratamiento y mejora del Trastorno por estrés postraumático por pérdida gestacional.

Hemos llegado a la conclusión de que experimentar una inducción del parto por pérdida gestacional puede devenir en un trastorno por estrés postraumático por la implicación de diversos factores. Entre ellos cabe destacar que la violencia obstétrica ocupa un lugar muy importante en cuanto a que la mujer perciba dicha situación como un evento traumático. Además, no debemos perder de vista que ya de por sí un embarazo es naturalmente una situación estresante tanto a nivel emocional como fisiológico, donde los niveles de ansiedad incrementan, y la pérdida gestacional podría actuar como un factor de riesgo que potencie la intensidad de dichos acontecimientos. Es por ello que las condiciones en las que sucede dicho desenlace van a actuar como factores de riesgo o factores protectores, yendo desde otorgarle a la madre la posibilidad de tomarse un tiempo, incluso días antes de la inducción del parto siempre y cuando no haya una contraindicación médica, hasta brindar un ambiente de empatía, respeto y seguridad a la hora de realizar los procedimientos médicos. Así mismo, también hemos identificado como factores de riesgo que predisponen a la aparición de un trastorno por estrés postraumático el hecho de que las pérdidas gestacionales son sucesos inesperados y muchas veces inexplicables ya que no siempre se conoce la causa de dichas pérdidas.

Por último, no queremos dejar de mencionar la efectividad de la terapia EMDR en casos de trastorno por estrés postraumático. Así también la importancia del acompañamiento psicológico durante todo el periodo perinatal, con el fin de prevenir psicopatologías perinatales.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association, (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5a. ed.). Estados Unidos: Arlington.
- Bados, A. (2005). *TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*. Facultad De Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>
- Bados Lopez, A. (2005). *Trastorno por Estrés Postraumático*. [Tesis de Doctorado publicada]. Universitat de Barcelona.
- Baró, S. M., (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, (21), 19-33. <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. Basic Books.
- Cala, M. L. P. (2019). *Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral*. Retrieved October 9, 2022. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/2738/273859249003/html/>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Cassidy, P. R., Blasco, C., Contreras, M., Llavore, M., Cassidy, J., Quintana Pantaleón, Roncallo, P. (2018). Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre: Aspectos psicosociales y clínicos de la atención hospitalaria. *Umamanita*, Volumen (4), 17.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012, November 28). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad (Biblioteca de Psicología) (Spanish Edition)*. Desclée De Brouwer.
- Cruz, L. P. (2002). *Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte)*. Dialnet. Retrieved October 9, 2022, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7461648>

- El-Mosri, F., Rodriguez, A., & Santander, A. (2020, 19 octubre). *Post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective*. Arch Neurocién. Recuperado 27 de agosto de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane204f.pdf>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N. & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Fernandez Ordoñez, E. (2020). *Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en una Gestación Posterior a una Pérdida Gestacional*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. Recuperado de <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Ci%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Gomez, I., Gonzalez, I., Oviedo, L., Ramirez Giraldo, A. (2015). *LA TERAPIA EMDR COMO TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA: UNA REVISION LITERARIA*. Recuperado de <https://revistas.cecar.edu.co/index.php/Busqueda/article/download/96/89/>
- Grunblatt, N. (2021, August). *El camino silente del duelo desautorizado en la muerte perinatal. Hacia un estado del arte*. PSIUC. <https://www.ucongreso.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/El-camino-silente-del-duelo-desautorizado-en-la-muerte-perinatal.-Hacia-un-estado-del-arte-comprimido.pdf>
- Guzman, M., García, T., & Laca, F. (2014, agosto). *Modelos cognitivos conductuales del trastorno por estrés post traumático*. Recuperado 27 de agosto de 2022, de https://www.researchgate.net/profile/Mario-Guzman/publication/292116768_Modelos_cognitivo_conductuales_del_trastorno_por_estres_postraumatico_Cognitive-behavioral_models_of_posttraumatic_stress_disorder/links/56a8f3dc08aea8dbc7049154/Modelos-cognitivo-conductuales-del-trastorno-por-estres-postraumatico-Cognitive-behavioral-models-of-posttraumatic-stress-disorder.pdf
- Infocop Consejo General de la Psicología de España (2019). *Tratamientos validados para el TEPT, según el NICE*. [Artículo online]. <https://www3.infocop.es/viewarticle/?articleid=7870>

- Jarero, I. (2014). La terapia EMDR. Una Alternativa Efectiva para el Tratamiento del Trauma Psicológico. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/280446348_QUE_ES_LA_TERAPIA_EMDR/links/55b5598a08ae9289a08a6a58/QUE-ES-LA-TERAPIA-EMDR.pdf:
- Jarero, I. (2016). Terapia EMDR, el SPIA y la resiliencia. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/311596868_Terapia_EMDR_el_Sistema_de_Procesamiento_de_la_Informacion_a_Estados_Adaptativos_SPIA_y_la_Resiliencia_Humana/links/58502de108ae4bc8993b68a1/Terapia-EMDR-el-Sistema-de-Procesamiento-de-la-Informacion-a-Estados-Adaptativos-SPIA-y-la-Resiliencia-Humana.pdf
- Kübler-Ross, E. (2009). *Sobre el duelo y el dolor*. 1 ed.- Buenos Aires: Orino, 2009. Las cinco etapas del duelo pg.23-39. El mundo interno del duelo pg.43-115. El mundo externo del duelo pg.125-162.
- Ley N° 25.929 (2015). Ley de Parto Humanizado. 17 de Septiembre de 2004. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- López García de Madinabeitia, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Recuperado en 09 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es.
- Marcote, V. (2017, October 6). *Nosotras parimos: Guía para un parto respetado*. Ediciones Paidós.
- Martos-Lopez, I., Sanchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, C. (2016, 11 octubre). *Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado*. Asociación Española de Comunicación Sanitaria. Recuperado 27 de agosto de 2022, de <https://pdfs.semanticscholar.org/3630/2e120d74969b2d88b4e8f94d6f1d8eb4f0e3.pdf>
- Martinez Vazquez, S. (2021). Trastorno de estrés postraumático perinatal: magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española

(Tesis doctoral). Universidad de Jaen, Jaen. Recuperado de https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1071/1/TESIS_MARTINEZ_VAZQUEZ.pdf

Muñoz, M. D. L. F. R. (n.d.). *Psicología perinatal*.

Natal - Maternidad y Desarrollo Humano. (2020, September 27). *Pérdidas Gestacionales y Perinatales*. Proyecto Natal | Maternidad Y Desarrollo Humano. Retrieved October 9, 2022, from <https://proyectonatal.com.ar/portfolio/perdidas-gestacionales-y-perinatales/>

Navarro, D. (2007, November). Desarrollo histórico del estudio de las secuelas psíquicas de los traumas. *Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiatría*, Vol.14(No2), Págs. 37 a 42. https://www.alcmeon.com.ar/14/54/06_Navarro.pdf

Nieri, L., (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1),18-21.

Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.

Oberman, A. J. (2001). *La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal*. *Psicodebate*, 87-91.

Organización Mundial de la Salud (s.f). *Por qué es fundamental hablar de la pérdida de un bebé*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

Palacios, L., & Heinze, G. (2002, June). TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REVISIÓN DEL TEMA (PRIMERA PARTE). *Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente. Calz. México Xochimilco*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam023c.pdf>

Pons A, Sepulveda E, Leiva P, Rencoret G, Germain A (2014). Muerte Fetal. *Revista Médica Clínica de las Condes*, volumen 25, noviembre 2014, 908-916.

Psiquiatría.com Neurosis traumática. (n.d.). *Psiquiatría.com/glosario/neurosis-traumatica*. Retrieved October 9, 2022. Recuperado de <https://psiquiatría.com/glosario/neurosis-traumatica>

Rangel-Calvillo, M. (2014). Análisis de muerte fetal tardía. *Perinatología y reproducción humana*, 28(3), 139-145. Recuperado en 27 de agosto de 2022, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300004&lng=es&tlng=es.

Redondo-De Oro, K. & Gómez-Villa, J., & Barrios-García, L., & Alvis-Estrada, L. (2016). IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE ATENCIÓN MATERNA DE CARTAGENA, COLOMBIA, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3),187-196. [fecha de Consulta 27 de Agosto de 2022]. ISSN: 0034-7434. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195247491003>

Respira Vida (s.f.). *Qué es el NICE: Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido*. [Artículo online]. <https://www.respiravida.net/que-es-el-nice-instituto-nacional-de-salud-y-excelencia-clinica-del-reino-unido>

Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–253. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.244>

Sánchez-Pichardo M. A. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum*. 2007;21(3):147-150.

Secretaria de Derechos Humanos (2017). *Violencia Obstétrica: defendé tus derechos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/violencia-obstetrica-defende-tus-derechos>

Shapiro, F. (2004). EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=noH4B4t8ercC&oi=fnd&pg=PA1&dq=terapia+emdr&ots=xbMh1KP3Y8&sig=d3ji_AqA9sT1ONxdCU09EkCzbX0#v=onepage&q=terapia%20emdr&f=false

Supresión de la lactancia materna. Destete inmediato o gradual | El Parto es Nuestro. (n.d.). Retrieved October 9, 2022. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/lactancia/supresion-de-la-lactancia-materna-destete-inmediato-o-gradual>

Tella Barrado, L. (2021). *Plan de mejora en la pérdida y el duelo perinatal*. Universidad Zaragoza. Recuperado 27 de agosto de 2022, de <https://zaguan.unizar.es/record/107258/files/TAZ-TFG-2021-449.pdf?version=1>

Tinedo, María J, Santander P, Francisco, Alonso F, José, Herrera H, Adrián, Colombo S, Carla, & Díaz, Mardorys. (2016). Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 20(2), 37-43. Recuperado en 27 de agosto de 2022, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000200008&lng=es&tlng=es.

Villarraga, L. (n.d.). CUIDADO DE ENFERMERÍA ANTE LA PÉRDIDA MATERNA Y PERINATAL. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, VOL. XVI.