



**PROTOCOLO**

---

**frente a una muerte  
PERINATAL O NEONATAL**



# PROCOLO

---

## frente a una muerte PERINATAL O NEONATAL





## Índice

**I. ¿Por qué es importante contar con un protocolo frente a una muerte perinatal o neonatal?**

**II. Objetivos del protocolo**

**III. ¿A quiénes va dirigido este protocolo?**

**IV. Introducción**

IV. I. Consideraciones importantes

**V. Proceso de duelo**

V.I. ¿Qué es el duelo?

V.II. Síntomas

V.III. Mitos y falsas creencias respecto al duelo perinatal y neonatal

**VI. ¿Cómo comunicar la noticia?**

**VII. ¿Dónde comunicar la noticia?**

**VIII. Al momento de dar la noticia...**

**IX. ¿Cómo hacerlo?**

**X. Recomendaciones**

X.I. ¿Qué tenemos que evitar?

**XI. Generar recuerdos**

**XII. Lugar de cuidado para los padres**

XII.I. Identificación de la habitación de despedida mediante una imagen

**XIII. Cuidado del bebé**

**XIV. Situaciones que entorpecen el duelo**



# INDICE

---

## **XV. Cuidado del personal de salud**

XVI.I. Primeros auxilios psicológicos (PAP)

XVI.II. Primeros auxilios psicológicos a compañeros del equipo de trabajo

XVI.III. Primeros auxilios adaptado a madres y/o a otros familiares

## **XVI. Recursos para profesionales de la salud**

## **XVII. Bibliografía**



## I. ¿Por qué es importante contar con un protocolo frente a una muerte perinatal o neonatal?

Diversos estudios respaldan ampliamente la idea de que el vínculo madre-hijo/a se desarrolla a partir de las primeras etapas de gestación en el vientre materno, siendo “el lazo o vínculo emocional que normalmente se desarrolla entre la madre embarazada y su bebé por nacer” [1]. Por este motivo, es indispensable para los padres contar con un acompañamiento adecuado al momento de enfrentar el fallecimiento perinatal o neonatal. Dicho acompañamiento es clave en la recuperación emocional saludable de la madre y el padre, ayudando a prevenir secuelas psíquicas y permitiendo detectar tempranamente una posible necesidad de apoyo psicológico.

La forma en que nos desenvolvemos los profesionales de la salud en momentos de tanta vulnerabilidad, es frecuentemente recordada por los padres, y estos recuerdos quedan grabados en sus memorias incluso por muchos años, más aún si la experiencia ha sido desfavorable. **Pequeñas modificaciones que muestren respeto ante los padres pueden generar grandes cambios en el proceso.**





## II. Objetivos del protocolo

Este protocolo tiene como objetivo brindar apoyo y/o sugerencias que consideramos relevantes a los profesionales de la salud referente a la **atención sanitaria de aquellos padres y madres que sufren de una muerte perinatal y/o neonatal**. Desde nuestra experiencia acompañando a tantas familias que han sufrido experiencias de este tipo, nos parece fundamental intentar evitar una serie de situaciones que pueden entorpecer el proceso de duelo.

## III. ¿A quiénes va dirigido este protocolo?

Este protocolo va dirigido a los y las trabajadoras del área de la salud pública y privada, que tengan relación e interacción con progenitores que hayan sufrido o que sufrirán una pérdida perinatal o neonatal.

## IV. Introducción

Previo a la presentación del protocolo resulta relevante describir brevemente la situación actual en Chile respecto de esta temática.

Según cifras del INE (2018), en nuestro país ha habido una disminución de la mortalidad infantil en menores de un año en el periodo 2008-2018, descendiendo a un total de 1.473 este 2018, lo que representa un 1,4% del total de las defunciones generales. Cabe señalar que el estudio de la mortalidad infantil se divide en dos categorías: muerte neonatal, desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al parto y muerte posneonatal, definida como aquella que ocurre dentro de los 28 días de vida hasta los 11 meses. De acuerdo a los últimos estudios, cerca de la mitad de las defunciones de menores de un año corresponden al periodo perinatal, es decir, desde la semana 22 de gestación hasta los 27 días de nacido, reportando un 49,4%[2].

En este contexto, con fecha 22 de agosto del 2019, se publica en el Diario Oficial de Chile la ley N° 21.171 que modifica la ley N°4.808, sobre el Registro Civil, y se crea un Catastro Nacional de Mortinatos[3]. Esto quiere decir que los padres voluntariamente podrán inscribir a sus mortinatos en un catastro especial donde se incluirá los nombres y apellidos deseados, con la exclusiva finalidad de permitir su individualización, inhumación o la disposición de sus restos. Esto permitirá entregar a los padres un documento material que, por un lado, puedan mantener en su hogar como recuerdo del bebé y a la vez, permita reafirmar la existencia de ese hijo/a y de su cualidad como padres, aún si este ya no se encuentra.



Por otra parte, en apoyo a la antes mencionada “Ley de Mortinato” se aprueba en agosto del 2021 el proyecto de ley llamado “Ley Dominga”. Esta modifica la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes, indicando “realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre y padre que haya sufrido una muerte gestacional o perinatal”. A la vez se modifica el Art. 66 del Código del Trabajo indicando que “en caso de muerte de un hijo/a, todo trabajador tendrá derecho a diez días corridos de permiso pagado. En caso de la muerte del cónyuge o conviviente civil, todo trabajador tendrá derecho a un permiso similar, por siete días corridos. En ambos casos, este permiso será adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio”. Finalmente se indica que “igual permiso se aplicará, por siete días hábiles, en el caso de muerte de un hijo/a en periodo de gestación, y por tres días hábiles, en caso de la muerte del padre o de la madre del trabajador”.

Como podemos observar, a medida que pasan los años ha habido grandes avances en el tema, por lo que cobra relevancia ir acorde a estos tiempos y prepararnos para enfrentar el desafío que significa dar y también recibir esta difícil noticia, siempre con la finalidad de evitar el mayor daño posible a los padres que sufren.

## IV. I. Consideraciones importantes

Como profesionales de la salud, a pesar de la experiencia que podamos tener, presentamos algunos temores y no siempre tenemos consciencia de ellos. Sin embargo, cuando los reconocemos y trabajamos, pueden disminuir y amortiguar los efectos en los pacientes. Algunos de estos son[4]:

**Miedo a causar dolor:** La obligación ética de no producir dolor puede llevarnos a tomar actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias a los padres, o a evitar hablar sobre el tema.

**Dolor empático:** Solemos sentirnos incómodos ante el estrés que genera la noticia, sin embargo, esto no debe cegarnos ante el sufrimiento ajeno. Resulta importante tratar a los padres y al bebé con calidez y humanidad, evitando términos excesivamente médicos o que den a entender que es solo un proceso y no un duelo importante.

**Miedo a ser culpado:** Una situación tan difícil de afrontar fácilmente se personaliza sobre el personal médico, con quien pueden descargar su rabia e ira. Es importante entender que son reacciones normales ante la muerte, por lo que el escuchar, entender y dar toda la información posible sobre la situación para que las familias puedan comprender lo sucedido, resulta muy útil.



**Miedo a ser demandado:** La idea de que todo ser humano tiene derecho a ser curado hace que cualquier fallo se vea como un fracaso terapéutico y un error que debe tener castigo penal o civil.

**Miedo a no tener una respuesta:** A veces se cree que afirmar no saber supone desvalorizarnos como profesionales, cuando en realidad es un gesto de honestidad que aumenta la credibilidad. Si estamos en esa situación es recomendable indicar a los padres que averiguaremos respecto a lo que desconocemos, y una vez obtenida la información cumplir con el compromiso de responderle. También es aconsejable antes de comunicar la noticia, que nos informemos sobre los conocimientos, sospechas o ideas que tienen los padres para tenerlas en cuenta a la hora de transmitir la información.

**Miedo al silencio:** Aunque no estemos acostumbrados, a veces escuchar y mantener silencio, sin intentar entregar respuestas o palabras improvisadas, es una herramienta adecuada para mostrar sensibilidad y empatía.





## V. Proceso de duelo

### V.I. ¿Qué es el duelo?

Alba Payás lo define como un proceso individual y único, en el cual nos desvinculamos de un ser querido que ha fallecido y cuya relación con nosotros ha sido significativa en nuestra vida[5]; y la pérdida perinatal se puede entender como un duelo desautorizado, es decir, una pérdida no reconocida socialmente y que tampoco se permite expresar, desvalorizando los sentimientos del doliente y su relación con su fallecido [6].

*“Los rasgos especiales del duelo perinatal se refieren a las múltiples pérdidas que supone para los progenitores: el hijo proyectado y deseado, aspectos de sí mismos como la paternidad/maternidad; regalos y atenciones previstas, llenar una etapa de la vida, un sueño, un futuro...” [6].*

### V.II. Síntomas

Es importante recalcar que vivir un duelo no significa estar pasando por una enfermedad psicológica. Son reacciones emocionales, cognitivas, físicas y fisiológicas normales y esperables dada la intensidad e importancia de una crisis vital como esta.

La siguiente tabla muestra reacciones adultas normales que pueden aparecer en un proceso de duelo.

| PSICOLÓGICOS / AFECTIVOS   | COGNITIVOS  | CONDUCTUALES  | FISIOLÓGICOS  |
|--|---|---|---|
| <b>Tristeza</b> intensa, <b>apatía</b> , falta de energía vital, <b>angustia</b> , <b>ira</b> , <b>frustración</b> , <b>culpa</b> , <b>soledad</b> , sentimiento de <b>abandono</b> , <b>insensibilidad</b> frente a las necesidades de otros, <b>shock</b> , <b>irritabilidad</b> . | <b>Confusión</b> , sentido de <b>presencia del fallecido</b> , <b>alucinaciones visuales o auditivas</b> , <b>alteración en atención</b> , <b>concentración y memoria</b> , pensamiento e imágenes recurrentes en los deudos, <b>obsesión</b> por recuperar la pérdida, distorsiones cognitivas, sensación de <b>despersonalización</b> . | <b>Alteración del sueño, y de la alimentación</b> , conducta <b>distraída</b> , <b>aislamiento</b> social, evitación, <b>buscar</b> y llamar en voz alta al fallecido, llevar y <b>atesorar objetos</b> , <b>hiper/hipo actividad</b> . | <b>Palpitaciones</b> , <b>dolor de cabeza</b> , sequedad en la boca, opresión en el <b>pecho</b> , y <b>garganta</b> , <b>fatiga</b> . Dificultad para respirar, <b>sensación de extrañeza</b> frente a uno mismo y el mundo, <b>sensibilidad al sonido</b> , sensación de <b>vacío</b> en el estómago. |



Sin embargo, un duelo puede complicarse y abrir paso a reacciones que sí son preocupantes y que requieran de ayuda psicológica; cuando las reacciones psicológicas (cognitivas, emocionales y conductuales) afectan el funcionamiento cotidiano de la persona (relaciones interpersonales, estudio, trabajo, etc.), y que la persona se sienta incómoda o desbordada con lo que piensa, siente y hace[7] . Los duelos son individuales y cada quien los vive a su propio ritmo, y los problemas se aparejan cuando las reacciones se vuelven desadaptativas para la persona y cuando aparece una comorbilidad con trastornos psicológicos (los cuales si son previos a la muerte de su ser querido pueden agravarse), como depresiones, trastorno por estrés postraumático o trastorno adaptativo.

### V.III. Mitos y falsas creencias respecto al duelo perinatal y neonatal

Existen diferentes mitos y creencias que se han transmitido desde hace mucho tiempo y que actualmente se conoce que no tienen ningún sustento científico. Estos pueden afectar profundamente la manera de tratar a las madres y padres de un neonato fallecido.

**Mito:** Es menos doloroso porque no se llegó a conocer al bebé o no se vivió tanto tiempo con él, por lo que debiera superarse más rápido.

**Realidad:** No conocer al bebé no hace menos dolorosa la pérdida. La madre tiene un profundo vínculo que se desarrolla desde que estaba dentro de ella. Esto incluye pensamientos, sueños y expectativas respecto al futuro con él/ella, por lo que sobrellevar el duelo no es un proceso más corto o menos doloroso

**Mito:** Mientras menos avanzado el embarazo, menos dolorosa es la pérdida.

**Realidad:** Igual que el mito anterior, no es proporcional el dolor de la pérdida con el tiempo de embarazo

**Mito:** La solución está en tener otro hijo/a lo más pronto posible.

**Realidad:** Era de creencia popular que tener otro hijo/a inmediatamente después de la pérdida era la solución para no sentir dolor o que es cosa de “seguir intentando”. Sin embargo, hay padres y madres que para ellos su hijo fallecido es irremplazable y que necesitan tiempo para elaborar su duelo antes de siquiera pensar en tener otro hijo. Tendremos que ser prudentes con nuestros intentos de consuelo y no alentarles a “seguir intentando”, no es el momento para decir tales cosas y podemos cometer el error de invalidar el dolor de su pérdida.

**Mito:** “El bebé murió por ser inviable”.

**Realidad:** Frases como estas al momento de dar la noticia del fallecimiento del bebé a los padres son inoportunas. En ese entonces no se sabe qué pasó y no ofrecen consuelo. Las pruebas posteriores, si los padres eligen realizarlas, dirán sus resultados, pero en este momento lo principal es ofrecer acompañamiento.

**Mito:** En la muerte perinatal hay que ver el cuerpo para tramitar bien el duelo.



**Realidad:** Es más bien una recomendación, no un imperativo, no es completamente necesario ver el cuerpo del bebé para poder elaborar el duelo, es perfectamente posible tramitarlo recurriendo a símbolos y a nuevos significados evocados por los sentimientos, pensamientos y recuerdos.

**Mito:** El duelo es un proceso que lleva uno o dos años, no más.

**Realidad:** El duelo es un proceso personal. Emocionarse, extrañar y añorar a ese bebé no tiene una temporalidad específica, uno puede tomarse el tiempo que necesite para revisar, reconstruir y crear significados de los vínculos con su bebé. Sin embargo, la atención estará en la intensidad de los sentimientos y sintomatología asociadas a esa pérdida y si interrumpen con la vida diaria de la persona y con su percepción de bienestar.

**Mito:** Para elaborar el duelo hay que aprender a soltar.

**Realidad:** No es necesario despedirse o dejar ir los recuerdos y la relación con el fallecido, en este caso, si así lo creen los padres, este bebé es su hijo a pesar de todo, y honrar esa relación y posicionarla desde un nuevo lugar también puede ser parte de su proceso de duelo.

**Mito:** El seguir vinculado al ser querido es algo patológico.

**Realidad:** A la hora de hablar de que existen ciertas cosas “patológicas” en un duelo es fácil caer en estereotipos. Cada duelo es completamente personal y no hay tiempo ni sentir medible que esté dentro de un rango “normal”. Por ello, está bien que alguien se sienta vinculado al ser querido por el tiempo que sea.





## VI. ¿Cómo comunicar la noticia?

*“Ser poco hábiles a la hora de comunicar a una madre/padre la mala noticia de que ha muerto su bebé o morirá al poco de nacer, generará de manera innecesaria un mayor sufrimiento, pudiendo repercutir negativamente en la posterior elaboración del duelo” [8].*

No es fácil dar malas noticias, ya que algunas veces se desconoce cómo hacerlo, o porque se tiende a evitar situaciones negativas. Sin embargo, el dar malas noticias de manera incorrecta o descuidando algunos aspectos, puede aumentar de manera considerable el sufrimiento de quienes las están recibiendo.

En la gran mayoría de los casos, estas noticias son inesperadas, por lo que al momento de dar la información a los pacientes, estos no responden de manera inmediata, desarrollando luego una serie de reacciones que son difíciles de manejar si no estamos preparados para poder conducirlos, orientarlos y ayudarlos. Es por esto, que se sugiere:

**Escuchar:** a los familiares tras la noticia aun cuando no tengamos respuestas.

**Reconocer el dolor:** que están sintiendo, comprendiendo que les es muy difícil entender y aceptar lo que están viviendo.

**Apoyar:** tomándose un tiempo de dedicación, cuidando especialmente la postura corporal, es decir, no cruzar los brazos, mirar a los ojos y ponerse en el mismo nivel (si es que está parado o sentado).

## VII. ¿Dónde comunicar la noticia?

A lo primero que debemos prestar atención a la hora de comunicar esta difícil noticia es al entorno.

Debemos procurar buscar un lugar adecuado; que no quede muy lejos, para no dilatar la noticia y evitar aumentar la ansiedad de los padres, que sea tranquilo y privado, a modo de poder brindarles un espacio de intimidad y que les permita la libre expresión de su emocionalidad. Además, debemos contar con un lugar que nos asegure no ser molestados, por lo que sería positivo poner a la vista un letrero con un dibujo clave, como una mariposa, para así poder transmitir una sensación de calma, sin denotar prisa, siempre favoreciendo un ambiente de interés y respeto.



## VIII. Al momento de dar la noticia...

El 90 % del significado de un mensaje se compone por el **lenguaje no verbal**, es decir postura corporal, actitud, contacto visual, tono de voz, expresión facial, contacto físico, proximidad, etc. Poner énfasis en estos aspectos puede favorecer bastante la aceptación o entendimiento de una noticia de este tipo, así como la percepción de que les estamos apoyando y acompañando[9].

Podemos considerar:

**El tacto.** Tocar su antebrazo o dar un apretón de manos en muestra de apoyo.

**Tener una postura receptiva.** Sentarse a la misma altura de los padres al momento de comunicar la noticia, invitar a escuchar la información con tranquilidad, en un lugar íntimo que permita el desborde de la emocionalidad si esta se produce.

**El silencio** podrá dar más apoyo y compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios que no resultan apropiados frente a la situación.

Debemos tener presente que las noticias derivadas de una atención deficiente y una postura indiferente, así como actuar desde el desconocimiento negligente o la frialdad, pueden impactar profundamente en el proceso de duelo de los padres, familiares y cercanos.

*“Los afectados necesitan compasión, empatía, paciencia, comprensión y comunicación. Esta última es de suma importancia, pues la falta de información y respuestas sobre el bebé fallecido o los procesos médicos y administrativos que se estén realizando, favorecen la aparición de sentimientos profundos de culpabilidad y niveles altos de ansiedad” [10].*

## IX. ¿Cómo hacerlo?

A continuación, se incluyen una serie de consejos sobre cómo actuar, aportados por la Asociación **Umamanita** junto con sugerencias extraídas de otros manuales[11] y artículos:

**Presentarnos con nuestro nombre:** Cuando nos aproximamos debemos decir nuestro nombre y el cargo que tenemos en el centro médico. Esta es una buena forma de realizar un primer acercamiento a los padres y/o a los familiares.

**Entregar la noticia:** Usando, por ejemplo, frases del tipo: “Me temo que hay malas noticias”, “siento decirles que los resultados no son los esperados”, “me temo que esta no es la noticia que deseaban”. Así también, usar los términos correctos, como muerte o murió, nos ayudan a evitar confusiones. Ser lo más claros posible, sin sacrificar la compasión.



**Informar:** La información a los padres sobre la muerte del niño ha de ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado, cuidando de no cargar responsabilidades, juicios o valoraciones al bebé o a los padres.

**Cuidando la terminología;** utilicemos el nombre del bebé: Preguntar por el nombre de su hijo/a y utilizarlo. Podemos animar a que le pongan uno si no lo tiene. Es muy doloroso para los padres y familiares cuando se niega la existencia de su bebé, y el entorno lo sigue llamando “feto”.

**Escuchar:** Podemos expresar nuestro pesar por la muerte del bebé, pero no olvidemos que aquello que le digamos no les causará un verdadero alivio ni le quitaremos el dolor que sienten. Necesitarán hablar del bebé sin represiones. Es importante permitirles a los padres/madres la expresión del dolor no minimizando el proceso, y no buscarle el lado positivo de este. Hoy no tienen la capacidad para entenderlo, a lo largo del proceso tal vez lo logren, pero ahora solo sienten mucho sufrimiento tras la noticia.

**Darles tiempo:** Tras recibir la noticia, puede que los padres y/o familiares entren en un estado de shock, lo cual puede dificultar la toma de decisiones. Por eso, debemos darles un tiempo de tranquilidad, indicando que estaremos disponibles en caso de que necesiten resolver alguna duda. Podemos mencionarles que es probable que no recuerden toda la información que les estamos entregando, por lo que pueden aclarar sus dudas las veces que sea necesario.

**Hablar con ambos padres indistintamente:** Se suele considerar que el padre no sufre tanto, por lo que no debe llorar o mostrar su dolor, como también se suele ignorar a la madre en los trámites administrativos y en la toma de ciertas decisiones del momento, por lo que es fundamental que ambos se sientan atendidos e implicados de igual forma en todo.

**Hablar con ellos sobre la situación actual y entregar la información de manera sencilla:** Tenemos que comunicarles lo sucedido a los padres no sólo para que puedan tomar las mejores decisiones, sino porque también la información ayuda a sentir que se tiene algo de control sobre la situación. Cuando entreguemos la noticia tendremos que saber leer el lenguaje no verbal de los padres y/o familiares; si necesitarán espacio o una actitud cercana por parte nuestra. Al informar, también tendremos que normalizar sobre lo que puedan estar experimentando, para lo cual la tabla con las reacciones comunes -que compartimos en el punto V.II en duelo- les servirá. Es imprescindible permitirles hablar, expresar sus deseos, temores y necesidades.

**Explicarles sus opciones y apoyarlos en sus decisiones:** Debemos entregar la información de manera suave y pausada, ofreciendo las opciones posibles y dándoles tiempo para decidir sobre estas.

**Mantener la calma:** Hay veces en que los padres y/o familiares, en su intenso dolor, pueden expresar con enojo que hemos sido responsables de la muerte del



bebé. Tendremos que mantener la calma y ser comprensivos dadas las circunstancias.

**Cuidar nuestro lenguaje corporal:** A veces vale más un gesto que las palabras, por lo que es importante tener en cuenta el no cruzar los brazos, mirar a los ojos, sentarnos a la misma altura y a poca distancia de la o las personas a las cuáles estamos comunicando la mala noticia, entre otras expresiones no verbales.

**Ser comprensivo/a:** Hay que usar el sentido común para poder abordar cada caso. No minimicemos el proceso, cada caso es especial y los recursos de afrontamiento son diversos en todas las personas. Algunas frases que muestran comprensión son: "Siento mucho lo que les ha pasado", "pueden llorar si lo necesitan", "tú puedes, pero no tienes por qué hacerlo solo/a".

**Usar el silencio en conjunto con el contacto físico respetuoso.**

**Hacerles sentir tu presencia, pero con discreción:** Podemos mostrar nuestra disposición para lo que necesiten en cada momento, sin tener que estar quietos de pie al lado de los padres todo el tiempo. Debemos recordar la importancia de facilitarles espacios íntimos en los cuales puedan despedirse de su bebé(12).





**Aconsejarles, pero nunca obligarlos:** Es recomendable siempre ofrecer la posibilidad de conocer para ver, tocar e incluso abrazar a su hijo/a. Algunos estudios señalan que de lo contrario, no ver al bebé, puede incrementar levemente el riesgo de presentar estrés postraumático y dificultar su duelo. Sin embargo, cada caso es distinto y hay que ser respetuosos si los padres insisten en su decisión de no conocer a su hijo/a; ya explicaremos qué se puede hacer en esos casos.

Ahora, si el estado físico del bebé no es el esperado por llevar días fallecido, tendremos que describirles amablemente y con cautela aquellos detalles diferentes de su apariencia. Esto reducirá en alguna medida sus reacciones de impacto, sorpresa o desconcierto. De todos modos, también le advertiremos a los padres que le entregaremos a su bebé cubierto con una manta y su cabecita tapada con un gorro.

Si se mantienen firmes en su decisión de no ver al bebé, a pesar de nuestras recomendaciones, podemos ofrecerles una descripción de cómo luce su hijo/a o guardar una fotografía para que la puedan ver cuando lo deseen. Sin embargo, es importante recalcar que cualquier fotografía que se tome a su hijo/a será guardada junto a la ficha clínica, conservando total confidencialidad. Y siempre dejarles en claro que si cambian de parecer basta con informar y le traeremos a su bebé[13] . Podemos destacar en nuestras descripciones, si es que acceden a recibirlas, atributos positivos de su bebé por si se animan a querer conocerlo, siempre teniendo cuidado de no presionar.

Podemos decir frases como: “es un bebé muy lindo”, “tiene unas manos preciosas”, “tiene una expresión tan tranquila”.

**Ayudarles a tomar decisiones sin presionar:** Ante la intensidad del asunto, los padres pueden no haber pensado aún si quieren guardar recuerdos físicos o darle un nombre a su bebé. Aquí podemos sugerir opciones para ayudarles, cuidando de no presionarlos y respetando los tiempos de cada uno. Lo mismo sucede al preguntarles si desean realizar alguna autopsia o investigación genética, respetando los momentos y espacios a solas.

**Favorecer la despedida:** Este será el único momento que podrán los padres compartir y también despedirse de su hijo/a en toda su vida. Nuestro deber es respetar y resguardar la intimidad de ese momento y espacio por algunas horas. Los padres no suelen estar en condiciones emocionales de pedir este tiempo para despedirse, por lo que puede ser de gran ayuda que quienes estemos a cargo, como personal de salud, les digamos: “volveré en una o dos horas, si me necesitas antes, me puedes llamar”.

Asimismo, es importante valorar los deseos de los padres: si desean vestir ellos mismos al bebé, si necesitan colaboración de nosotros, si ya saben qué vestimenta usarán y si desean o no tomar fotografías.



**Muerte repentina:** en aquellas muertes inesperadas de bebés recién nacidos y durante la ausencia de los padres, será necesario que les aseguremos que su hijo/a no experimentó miedo ni dolor, y que estuvo bajo el cuidado de personas cariñosas y preocupadas por el/ella.

## X. Recomendaciones

### X.I. ¿Qué tenemos que evitar?

Existen una serie de aspectos que debemos tratar de evitar al momento de atender padres que han sufrido una pérdida de este tipo:

**Minimizar su dolor:** No debemos decirles que no son los únicos padres que han perdido a sus hijos/as. Todas las penas y las vidas son válidas.

**Pedirles que dejen de llorar:** Los padres necesitan expresar su sentir, y debemos darle el espacio para que lo hagan.

**Culparlos:** Muchos padres ya se sienten responsables de lo sucedido con su bebé, por lo que no necesitan que los sigamos culpando.

**Escuchar sin empatía:** Los padres necesitan una escucha activa y empática. Si no podemos ofrecer y reflejar nuestro apoyo, mejor buscar a otro compañero de equipo que sí pueda disponerlas.

**Hablar sobre futuros hijos/as:** Tenemos que evitar esto, pues cada hijo/a es irremplazable para su familia. En aquellos casos donde eran dos hermanos (o más) y uno fallece, es normal que los padres sientan alegría y tristeza al mismo tiempo. En esos casos debemos abstenernos de frases como: “debes mantenerte positivo, aún vive el otro bebé”.

**Llorar frente a ellos:** Llorar es de humanos, sin embargo, es preferible que llames a otro compañero o profesional de la salud si no te sientes listo para hablar con los padres.

### Otras sugerencias son

**Palabras de consuelo** como “ahora está mejor”, “venía con complicaciones, tarde o temprano esto pasaría”, “hubiera sufrido mucho” o “no había cura para lo que tenía”, no harán la situación de los padres mejor, ni disminuirá su dolor. Por otro lado, dar valoraciones de este tipo responsabiliza indirectamente la muerte sobre el bebé(14).



**Evitar decirles que comprendemos lo que están pasando o su dolor:** esto no lo sabemos a ciencia cierta. El dolor es subjetivo, más aún si proviene de un duelo, porque la relación que se tenía con el fallecido era única. Nunca sabremos cómo se siente el otro, tal vez podamos imaginarlo, pero no es lo mismo. Frases como estas pueden causar desconfianza, que no le comprendemos o hacerle sentir que no lo estamos escuchando realmente.

**Evita decir frases tales como:** “sé fuerte”, “no llores”, “todo pasa por alguna razón, es el destino”, “no es el fin del mundo”, “al menos no llegaste a conocerle bien”, “eres joven, ya tendrás más”, “debes de ser fuerte por tus hijos/marido/...”, “el tiempo lo cura todo”, “ya le olvidarás”, “mejor que haya sido ahora y no después cuando esté más grande” o “tienes más hijos”.

**Evitar comentarios religiosos:** “es la voluntad de Dios”, “Dios lo eligió para que sea un angelito”, “era especial por eso Dios lo quería a su lado”, “está en un lugar mejor” o “Dios así lo quiso”.

## XI. Generar recuerdos

Muchos padres querrán guardar recuerdos de su bebé, lo cual es recomendable para la tramitación de su duelo. Nosotros como profesionales de la salud más próximos podemos hacer algo al respecto y facilitarles una caja de recuerdos que pueda contener[16]: la pulsera de identificación del bebé, una copia de su ficha médica, alguna prenda como un gorrito, una manta, la pinza de su cordón, un mechón de pelo atado con un lazo o cualquier otro recuerdo u objeto que los padres consideren se pudiera agregar y quisieran conservar. Podemos ayudarles a escoger tres o cuatro de estas opciones (más o menos) para que puedan sentir que tienen más control de la situación.

La Fundación Amparos (<http://www.amparos.cl/fundacion/>) ha diseñado y facilita la creación y distribución de cajas como estas, para que los padres puedan guardar y atesorar los recuerdos de sus hijos/as.

Además, podemos sugerirles que guarden también las ecografías, la libreta de control de embarazo, etc. Podemos ayudarles a tomar fotos con su bebé, marcar las huellas de las manos y los pies, regalarles una tarjeta con una frase emotiva de parte del equipo hacia los padres/madres, etc. Estas cajas funcionan como rituales y recuerdos tangibles, los cuales facilitan el proceso de duelo, puesto que ayudan a las parejas a procesar el dolor y posicionarlo en la memoria, abriendo también la posibilidad de conectarse con una dimensión espiritual si es que así lo sienten.



Si los padres no se sienten preparados para recibir inmediatamente la caja, se propone que esta pueda ser guardada en el establecimiento hospitalario durante un año, para que la retiren cuando se sientan listos. Tenemos que asegurarnos de que estén informados de esta opción.

Por otro lado, considerando a aquellos padres que decidieron no conocer a su hijo/a fallecido, haya sido la noticia de su pérdida inesperada o no, la existencia de esta caja se hace importantísima para más adelante, porque quedará un registro al que puedan acudir en caso de que se arrepientan de su primera decisión. Es relevante recordar que, decidir no conocer o no crear una caja de recuerdos es parte de su proceso de duelo personal y hay que respetar las decisiones que tomen.

Tenemos que asegurarnos de que los padres tengan la información suficiente y sepan que cuentan con nuestro apoyo, para que las decisiones que tomen sean adecuadas.





## XII. Lugar de cuidado para los padres

### XII.I. Identificación de la habitación de despedida mediante una imagen

El cuidado en un entorno sensible y respetuoso con las necesidades de la familia, incluyendo cuidados paliativos integrales, resulta especialmente importante en las últimas horas o momentos de la vida de un bebé. La experiencia que se viva en estos momentos puede marcar y condicionar el modo en que los padres y familiares comiencen a integrar esta experiencia dolorosa.

Por este motivo es que se propone crear un espacio especialmente adecuado donde los padres puedan comenzar el duelo. Este cumpliría principalmente dos funciones: a) acompañar en la última fase de la vida y b) apoyar el inicio del duelo. En cuanto a los símbolos, en los últimos años se va aceptando y generalizando el uso de la imagen identificativa de una mariposa en la puerta de la habitación como símbolo del duelo perinatal. Esta señalización, por ejemplo, es utilizada y promovida en España, por fundaciones como Umamanita o el Hospital Universitario San Ignacio, para dar a entender que en ese espacio hay una familia viviendo un proceso difícil. En el Reino Unido se utilizan los símbolos de mariposa para los casos en que muere uno de los bebés en embarazos múltiples y ayuda a distinguir al bebé o bebés sobrevivientes y sus familias[17].

Por otro lado, la existencia de una habitación de despedida[18] (también identificada con este símbolo) otorga un espacio físico dedicado al duelo, que cuente con una cama para la madre en caso de que no se pueda levantar, donde se proporcione intimidad y un ambiente de respeto y comprensión, recordando que nuestro afán es no causar más dolor.

Este símbolo no solo sirve para identificar espacios sino también para marcar la cama, los historiales o fichas clínicas. Esto requiere que todas las personas que trabajan en el lugar (personal sanitario, auxiliares, personal de aseo, etc.) conozcan el significado de este símbolo y las normas que permitan respetar la intimidad de la familia que está en el interior, asegurando con esto un actuar delicado y coordinado dentro del establecimiento. Los colores de la mariposa también pueden variar, como utilizar una mariposa azul para un duelo perinatal y lila para duelos perinatales en embarazos múltiples[19].

En cuanto a la ubicación, se recomienda que sea una sala dentro de la planta de maternidad, pero que esté lo suficientemente aislada para que los padres estén libres de estímulos que puedan aumentar su dolor, por ejemplo, escuchar llantos de bebé, observar arreglos florales/globos o incluso miradas curiosas de otras pacientes o personal.



Si los padres lo permiten es relevante considerar el ingreso de su entorno social cercano, hijos, abuelos, tíos. Es importante que los padres se sientan contenidos por la familia cercana, y dar la libertad para ejercer sus ritos culturales o religiosos.

“Nunca hubiera pensado que los profesionales cuidarían de un bebé que ha muerto de una manera tan bella. Viéndola vestida, en ropita de bebé, y manejada con tanta gentileza fue muy reconfortante”, una Madre.

### XIII. Cuidado del bebé

Si los padres deciden estar con su bebé habrá que prepararlo y presentarlo de la forma más adecuada posible, con amor y teniendo especial cuidado de no minimizar su valor humano. Es aconsejable[20]:

- Lavar su cara cuidadosamente con suero fisiológico y una gasa.
- Limpiar cualquier resto de sangre de su cuerpo, envolverlo en un empapador, cobija o ropa que la familia proporcione.
- Dejar descubierta la cara y ocultar inicialmente el resto del cuerpo. Se aconseja tapar la cabeza también con un gorro.
- Si el bebé fallecido estaba próximo al término, arroparlo como se recomendó en el punto IX y llevarlo en brazos como lo haríamos con un recién nacido vivo (presentación más natural). Entregarlo con amor y proporcionar una cuna para dejarlo en ella.
- Previa a la entrega del bebé, se recomienda que informen a los padres que su hijo/a parecerá dormido, pero que sus funciones vitales han cesado.

### XIV. Situaciones que entorpecen el duelo

Hay varios detalles de los que debemos ser conscientes para no favorecer la aparición de un duelo patológico en los padres, sobre todo en aquellos a los que les desautorizan su duelo[21]. Por ejemplo:

- No permitir que los padres conozcan a su hijo/a fallecido: debemos dejar que lo puedan ver y tocar.
- Tener especial cuidado de no sedar excesiva e innecesariamente a la madre durante el parto.
- Insistir en que se realicen exámenes y trámites, por ejemplo, comentar o insistir en la realización o no de una necropsia.
- Evitar a los padres.
- No entregar información, darla de forma parcial y/o incorrecta.
- Aconsejar que tengan un nuevo embarazo lo más pronto posible.



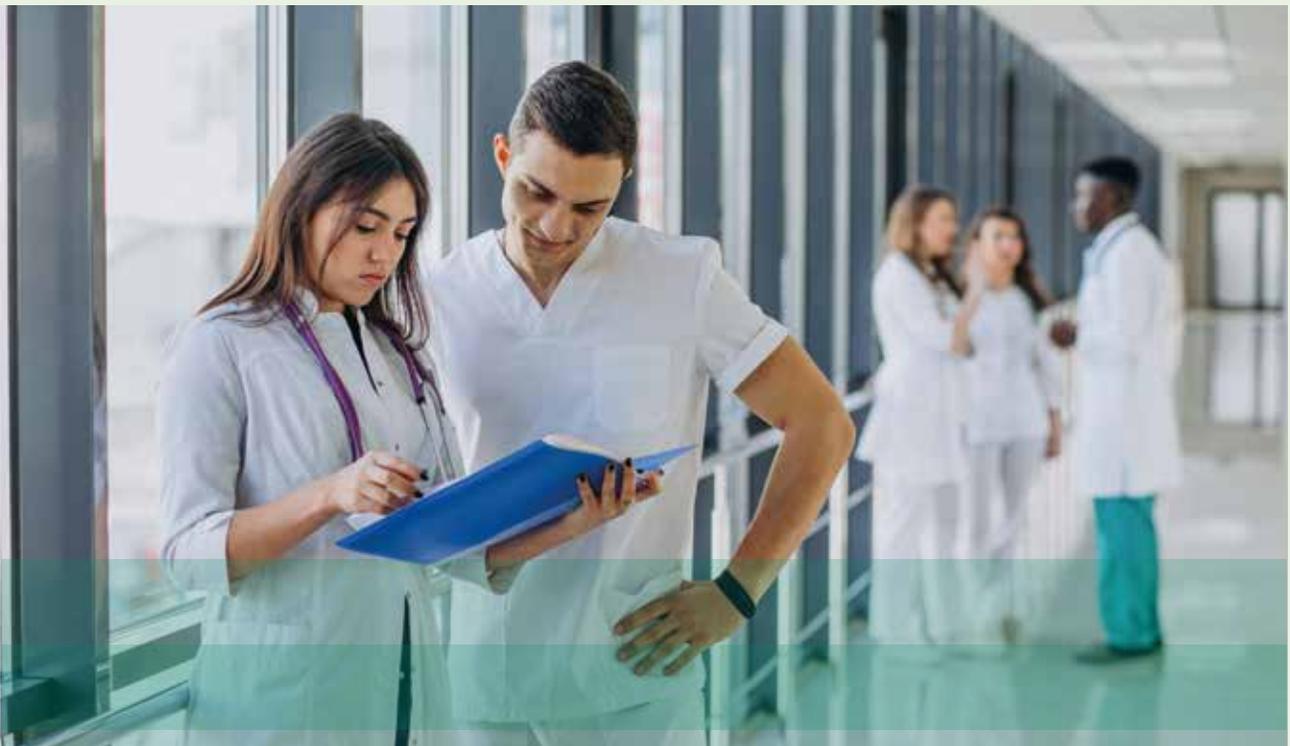
- Culpabilizar a los padres por la muerte de su hijo/a.
- Culpabilizar a la mala formación del bebé o que era inviable. Es mejor no entregar ningún tipo de valorización al dar la noticia del fallecimiento o intentar ofrecer consuelo.

## XV. Cuidado del personal de salud

Las pérdidas durante el embarazo o los primeros días de nacer son remecedoras; es como un contrasentido que ocurra esto si es el inicio de la vida de alguien, más aún para la familia que le anhelaba conocer. Sin embargo, la intensidad de su pena y desconsuelo también puede tocar las emociones de los y las profesionales de la salud que están a cargo del cuidado de esta familia.

La muerte puede hacernos replantear nuestra vida, así como también las reacciones de los padres y más familiares, las cuales pueden afectar en nuestro equilibrio emocional, psicológico y laboral. Contar con la compañía de un equipo significa tener una red de apoyo con la cual acompañarse en estos momentos que pueden ser estresantes y hasta desesperanzadores.

De esta manera, disponer periódicamente de algún momento en el que los equipos de salud involucrados puedan expresar lo que sienten y piensan, analizando las acciones que hubo, y así generar una instancia para compartir responsabilidades y decisiones, lo cual se hace fundamental.





Dentro de nuestro equipo debiera poder facilitarse este tipo de instancias para contenernos emocionalmente entre nosotros y protegernos de caer en agotamientos emocionales que puedan perjudicar la empatía, compasión y respeto que ameritan eventos tan humanos como estos. Acompañarse entre sí permite poder actuar con más confianza, sin sentirse tan solo/a al momento de enfrentarse a los padres y/o familiares.

Es necesario entender que bajo estas circunstancias no hay mucho que uno pueda decir para hacer sentir mejor a los padres y familiares, pero sí podemos tener bajo nuestro control el no hacer más daño e intentar ser facilitadores de momentos íntimos y respetuosos en los cuales se pueda despedir a este ser querido. Así, los profesionales de salud nos volvemos referentes de seguridad, información, estabilidad, apoyo y contención, por eso no podemos derrumbarnos o llorar desconsoladamente ante la madre, el padre u otros familiares, aunque su situación nos conmueva enormemente. Sin embargo, podemos demostrar tristeza y pesar por la muerte de su hijo/a y el dolor de su pérdida (y tal vez aquí que se nos caiga una lágrima no suponga un problema), pero debemos estar bien frente a ellos y servirles con la mayor objetividad posible, para poder mantener nuestra ayuda y apoyo hacia la familia.

En el caso de que no nos sintamos capaces de mantener una adecuada compostura, aquí recae la confianza de tener a nuestro favor un equipo de trabajo, para así pedir ayuda a otro compañero o compañera para atender a los padres y/o familia y retirarse temporalmente hasta recobrar el equilibrio, la objetividad y la imagen de seguridad.

## **XV.I Primeros auxilios psicológicos (PAP)**

Los primeros auxilios psicológicos (PAP)[22], es una intervención de cinco componentes orientada a disminuir los efectos adversos de un desborde emocional asociado a situaciones traumáticas. Su objetivo es brindar alivio emocional inmediato, entregar apoyo en lo concreto, prevenir secuelas futuras y fortalecer la resiliencia. Los componentes se resumen en:

- La escucha (A)ctiva
- Reentrenamiento de (B)entilación
- (C)ategorización de necesidades
- (D)erivación a redes de apoyo
- Psico(E)ducación

A continuación, presentaremos dos adaptaciones de este modelo: una orientada a compañeros de trabajo y otra orientada a madres y familiares con pérdida perinatal o neonatal.



## XV.II. Primeros auxilios psicológicos a compañeros del equipo de trabajo

Si nos percatamos de que algún compañero de nuestro equipo está desbordado emocionalmente (llorando sin control, en estado de shock o actuando con desenfreno y enojo, entre otros ejemplos) debemos acercarnos con cuidado y mantener la calma. Si se está en presencia de los padres u otros familiares, tendremos que apartarnos a otro lugar y dejar el proceso de muerte perinatal en manos de los integrantes de nuestro equipo que aún mantienen la estabilidad y objetividad necesaria.

Fuera del foco de estrés podremos conversar con mayor tranquilidad. Aquí comenzaremos con la **escucha (A)ctiva**, que consiste en escuchar lo que siente y necesita nuestro compañero, siempre y cuando esté dispuesto a hablar: ¿Qué ha sucedido?, ¿qué sientes?, ¿qué necesitas ahora?, ¿qué podríamos hacer para hacerte sentir mejor? Es importante no enjuiciar lo que nos dice y mantenernos atentos para poder ayudarlo de la mejor manera que podamos. Es importante prestar atención a lo que dice, porque nos ayudará a saber qué hacer en las siguientes etapas del PAP.

Si en este desborde vemos que hiperventila, podemos invitarle a hacer un pequeño ejercicio de respiración. Este es el segundo componente, **reentrenamiento en (B)entilación**, y no necesariamente va después de preguntar qué le sucede a nuestro/a compañero/a. Hay situaciones en las que desde un inicio una persona puede estar hiperventilando y en un descontrol de sus emociones, por lo que tendremos que intentar regular su respiración antes de que pueda hablar. Uno de los objetivos en general del PAP es disminuir la hiperactivación frente a un momento estresante.

- **Respiración 4x4:** se invita a inspirar en cuatro tiempos, retener en cuatro tiempos y exhalar en cuatro tiempos. Para facilitar el ejercicio en el otro, podemos acompañarle haciendo lo mismo, o contando los segundos con calma.
- Es importante recalcar que es una **invitación a realizar el ejercicio**; debe proponerse como una sugerencia y con una voz calmada. Se haría difícil intentar calmar a alguien desde el propio nerviosismo. **¿Hagamos un ejercicio de respiración? Respira conmigo...** Si le sirve puedes tomarle de la mano durante el ejercicio, para mantener la concentración y hacer de ancla de seguridad.
- Otra manera de facilitar la respiración 4x4 es imaginando los lados de un cuadrado o ir dibujando un cuadrado en la palma de la mano, considerando los cuatro tiempos.
- El ejercicio se repite las veces que sea necesario durante la intervención PAP y se repite hasta que la persona pueda realizarlo por sí misma.

A partir de lo que nos diga iremos ordenando la información, esta es la etapa de **(C)ategorización de necesidades**. En momentos de alto estrés nos cuesta pensar y tomar decisiones, por eso que alguien nos ayude a ver lo más urgente de hacer, nos puede facilitar la situación y bajar la ansiedad. Tal vez haya que responder a



necesidades biológicas como dormir o comer, o atender algún asunto familiar o personal, que genere su propia cuota de estrés, lo que sumado a la muerte perinatal, puede haber contribuido al desborde. Aquí se ayuda en temas prácticos.

**La (D)erivación** de redes de apoyo se aplica en el caso de que no podamos hacernos cargo del cuidado de nuestro compañero en ese momento. Podemos buscar alguno de sus contactos cercanos para que lo lleve a un lugar de descanso o a su casa; dejarlo a cargo de otro profesional de salud para que se componga hasta que pueda volver a su casa; entre las opciones que podamos hablar con él o ella.

**Y psico(E)ducación** consiste en recordar que tal vez después de este cuadro se pueda sentir mal física y psicoemocionalmente, como tener molestias gastrointestinales, dolores de cabeza, cansancio, tristeza, entre otros. Recordarle que puede conversar con los psicólogos del centro de salud (si es que existe un programa de apoyo psicológico para los colaboradores del centro de salud) o buscar el apoyo de sus seres queridos y cercanos.





## **XV.III. Primeros auxilios adaptado a madres y/o a otros familiares**

Los principios del PAP en este caso no se hacen muy distintos, pero habrá que adaptarlos a las necesidades inmediatas que presenten los sujetos a ayudar. Sin embargo, aquí puede que no sepan nuestro nombre, así que lo primero que tenemos que hacer al acercarnos es presentarnos con nuestro nombre completo, indicar nuestro cargo o función y luego ofrecer nuestra ayuda.

Es bueno actuar desde un espacio lo más privado y respetuoso posible, por ejemplo, si es algún familiar el que se encuentra descompensado emocionalmente, podemos invitarlo a un espacio cerca, pero más tranquilo (teniendo la precaución de no dejar aislada/sola a la madre).

En el caso de la madre, tener el cuidado de no ingresarla al pabellón de maternidad o que comparta habitación con otra mujer que esté embarazada o recientemente haya dado a luz, así como también no dejarla expuesta en un pasillo concurrido donde se pueda sentir vulnerable.

Como ya vimos en el apartado anterior, podemos utilizar el ejercicio 4x4 si su respiración es muy acelerada y está demasiado descompensado/a para poder hablar y decirnos lo que le pasa. Y la escucha (A)ctiva podría ir dirigida a lo que está sintiendo en ese momento y lo difícil que ha sido recibir esta noticia. Es importante no callar lo que diga ni tampoco dar comentarios como: “todo estará mejor”, “no llore”, etcétera, como también ya se ha explicado más arriba en este protocolo. Es importante demostrar que se le está poniendo atención a lo que nos dice y tener una postura y mirada que transmitan compañía, compasión e interés. Sin embargo, si la madre u otro familiar no quiere hablar, hay que respetar su decisión y hacerles saber que estaremos cerca y disponibles para lo que necesite.

Cuando entramos a la etapa de (C)ategorización de necesidades hay que tener en cuenta el estrés y dolor que pueden ser muy intensos, en especial para los padres. En el caso de la madre también hay que tener en consideración qué procedimientos ha tenido (si le han hecho un raspado, ha tenido una cesárea, un parto o alguna otra intervención que le haya podido resultar dolorosa) y si se encuentra bajo alguna medicación. Se le puede preguntar si necesita que llamemos a alguien que la acompañe, en el caso de que se encuentre sola, como a su pareja, algún familiar o algún personal médico en particular.

De igual forma, para la (D)erivación a redes de apoyo, podemos preguntar por algún familiar o amistad cercana. En el caso de los padres se puede preguntar por el contacto de algún doctor de cabecera o ginecólogo si es distinto al del equipo actual que ha atendido el proceso de muerte perinatal.



---

## XVI. Recursos para profesionales

- <http://www.amparos.cl/fundacion/>
- <https://www.contigoenelrecuerdo.cl>
- <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-ayudass-psicologicos>
- <https://www.umamanita.es>
- <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/perder-tu-bebe-siempre-en-el-corazon/recursos-y-enlaces>

### 1. Recomendaciones para el uso de la señalización de mariposa:

- a. <https://www.husi.org.co/el-husi-hoy/husi-sensible-al-duelo-materno>
- b. <https://www.neonatalbutterflyproject.org/>

### 2. Recomendaciones para la creación de una habitación de despedida:

<http://arquitecturadematernidades.com/habitacion-de-despedida-necesidad-y-diseno/>



## XVII. Bibliografía

[1] Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.

[2] [3] INE. (2021). *Anuario de estadísticas vitales: Periodo de información 2018*.

Recuperado de:

[https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27\\_5](https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5)

[4] [9] [10] [20] Elorz, J., Antoñanzas, E. (2016). *Guía para la atención a la muerte perinatal: Trabajo Fin de Grado en Enfermería*. Universidad Pública de Navarra.

Recuperado de:

<http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23434/TFG%20%20GUIA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20A%20LA%20MUERTE%20PERINATAL..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[5] Instituto IPIR. (9 de octubre de 2015). *Entrevista Alba Payàs 2015. Duelo, pérdidas y trauma*. [Archivo de video].

<https://www.youtube.com/watch?v=-tqFOCsNu-g&list=PLzbX88ws8WK4tFfC6J-XCx A0grKVDOFBR>

[6] [12] García, C., Pérez, I., Maleiro, E., Martín, R., Reus, E., Carreras, B., Ricciardelli, P., Sanz, M., Torralba, A. (2017). *Guía de actuación ante la pérdida perinatal del PSSJD*. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/321071715\\_Guia\\_de\\_actuacion\\_ante\\_la\\_perdida\\_perinatal\\_del\\_PSSJD](https://www.researchgate.net/publication/321071715_Guia_de_actuacion_ante_la_perdida_perinatal_del_PSSJD)

[7] [15] Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo*. Barcelona: La esfera de los libros.

[8] [11] [14] Santos, P., Yáñez, A. y Al-Adib, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la paternidad*. Edita: Servicio extremeño de salud.

Recuperado:

[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro\\_duelo\\_ses.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf).

[13] Nota del autor

[16] Fundación Amparos. (2018). Orientaciones para una atención humanizada a padres que sufren pérdida gestacional, perinatal o neonatal. Recuperado de:

<http://www.amparos.cl/fundacion/wp-content/uploads/2018/10/Orientaciones-para-un-trato-humanizado-Fundacion-Amparos.pdf>

[17] The Butterfly Project (s.f.). Resources. Recuperado de

<https://www.neonatalbutterflyproject.org/resources/>.



[18] Parra, M. y Müller, A. (s.f.). Habitación de despedida: necesidad y diseño. parra-müller. Recuperado de: <http://arquitecturadematernidades.com/habitacion-de-despedida-necesidad-y-diseno/>

[19] Hospital Universitario San Ignacio (3 de agosto de 2019). HUSI sensible al duelo materno. El HUSI hoy. Recuperado de <https://www.husi.org.co/el-husi-hoy/husi-sensible-al-duelo-materno>.

[21] González, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M., Rodríguez, E. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos Atención Primaria*, Volumen 19, 113-117. Recuperado de [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf)

[22] Pontificia Universidad Católica de Chile (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/>.

## Bibliografía adicional

BCN. (2021). Labor parlamentaria; Diario de sesiones: *Informe de la comisión de salud Bolefín N°14.159-11*. Recuperado de <https://www.bcn.cl/laborparlamentaria/wsgi/consulta/verDiarioDeSesion.py?id=694103>

Cámara de diputadas y diputados de Chile (2021). Centro de prensa: *Instituciones de salud deberán contar con protocolos para casos de muerte perinatal*. Recuperado de <https://www.camara.cl/cms/noticias/2021/08/17/instituciones-de-salud-deberan-continuar-con-protocolos-para-casos-de-muerte-perinatal/>

Contreras, M., Ruiz, B. (2016). Protocolo-Guía muerte fetal y perinatal "Lo esencial es invisible a los ojos, no se ve sino con el corazón" HUMV. Recuperado de <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/PROTOCOLO-HUMV-2016.pdf>

Díaz, P., Losantos, S., Pastor, P. (2014). Guía de duelo adultos para profesionales socio-sanitario. Madrid: Artes Gráficas Tiempo de Producción, FMLC

EPEN y Umamanita. (2015). Guía de Atención de la Muerte Perinatal y Neonatal. Recuperado de <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>



Martínez, N., Quesada, S., Subiza, I., Torrea, I. y Urtasun I. (2012). El duelo desautorizado: muerte perinatal. Pechos llenos, brazos vacíos. Asesoramiento psicológico. Recuperado de <https://bideginduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf>

Ministerio de justicia y derechos humanos. (12 de agosto de 2020). Leyes, reglamentos, decretos y resoluciones de orden general. Ley 4.808. *Diario Oficial de la República de Chile* N° 42.729. Chile. Recuperado de <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/08/12/42729/01/1798194.pdf>

Senado República de Chile. (2021). Norma se reconoce como Ley Dominga: Acompañamiento en caso de pérdida gestacional ya es ley. Recuperado de <https://www.senado.cl/noticias/atencion-preferente/acompanamiento-en-caso-de-perdida-gestacional-ya-es-ley>

Van Aerde, J. (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Health*. Sep;6(7):469-90. PMID: 20107555; PMCID: PMC2807762. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>



**Un proyecto realizado por:**

Magdalena López  
Marcia Contador  
Catalina Arias  
Macarena Robledo  
Maria José Bononato

Junto a:  
Parque del Recuerdo





Una iniciativa de:

