NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LEY 21.371 ACOMPAÑAMIENTO SENSIBLE DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL

Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaria de Redes Asistenciales



Ministerio de Salud. "Norma Técnica y Administrativa de la Ley 21.371, Acompañamiento Sensible del Duelo Gestacional y Perinatal, 2022".

Documento para consulta pública, Enero 2022.

Todos los derechos reservados.

Este material corresponde a un documento en revisión y no puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión o capacitación.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Sylvia Santander Rigollet

Médico Cirujano, PhD en Ciencias de la Educación, MSc Psicología de la Adolescencia, Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) Bárbara Leyton Cárdenas

Enfermera, Mg. en Salud Pública, Jefa de Departamento de Ciclo Vital

Jorge Neira Miranda Christian Figueroa Médico Cirujano, Gineco-obstetra Médico Cirujano, Gineco-Obstetra, Encargado Oficina Nacional de Salud de la Mujer Oficina Nacional de la Mujer Pontificia Universidad Católica Pontificia Universidad Católica Clínica Santa María

Laysa González Orroño Matrona, Mg. Salud Pública Oficina Nacional de Salud de la Mujer

Rodrigo Neira Contreras Matrón, Mg. Salud Pública Oficina Nacional de Salud de la Mujer

Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Cynthia Zavala

Médico Cirujano, Psiquiatra Jefa de Departamento Salud Mental

Francesca Borghero

Psiquiatra Infanto-Adolescente Asesora Departamento de Salud Mental

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria (DIVAP)			
Adriana Ta	Adriana Tapia Cifuentes		
Médica	Médica Cirujana,		
Jefa de División d	Jefa de División de Atención Primaria		
Soledad Ish	Soledad Ishihara Zúñiga		
Tecnólo	Tecnólogo Medico		
Jefa de Departamento de Gestión del Cuidado			
Claudia Lara De La Fuente	Cecilia Moraga Gutiérrez		
Médica Cirujana	Enfermera – Matrona, Psicóloga		
Encargada Chile Crece Contigo	Asesora Técnica Chile Crece Contigo		
Verónica Veliz Rojas	Juan Herrera Burott		
Terapeuta Ocupacional	Matrón, Mg. Dirección de instituciones de salud		
Asesora de Salud Mental	Departamento de Gestión de Cuidados		
Felipe Calderón Canales			
Matrón, Mg. Salud Pública			
Asesor Técnico Chile Crece Contigo			

División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA)			
Pablo Norambuena Mateluna			
	Químico Farmacéutico,		
	stión de la Red Asistencial		
Jefe (S) Departamento de Proces	sos Clínicos y Gestión Hospitalaria		
Mauro Ors	Mauro Orsini Brignole		
Médico Cirujano,			
Jefe de Departamento de Cali	dad y Seguridad de la Atención		
Claudio Torres Salazar	María Alicia Ribes Langevin		
Matrón	Enfermera-Matrona		
Departamento de Procesos Clínicos y Gestión	Departamento de Procesos Clínicos y Gestión		
Hospitalaria	Hospitalaria		
Daniela Vargas Guzmán	Ana Jara Rojas		
Matrona	Tecnólogo Médico		
Departamento de Procesos Clínicos y Gestión	Coordinación Nacional Unidades de Apoyo		
Hospitalaria	Medicina Transfusional, Laboratorio Clínico y		
	Anatomía Patológica		
	Departamento de Procesos Clínicos y Gestión		
	Hospitalaria		

DIVISIÓN JURÍDICA

División de Jurídica (Completará División Jurídica)	
Jorge Hubner	
Valeria Díaz	Yasmina Viera

COLABORADORES (En construcción)

Colaboradores		
Dr. Francisco Guerra Médico Cirujano, Gineco-Obstetra Profesor Titular de la Universidad Austral	Fundación Amparos	

Contenido

1.	GLOSARIO	. 8
2.	ABREVIATURAS (EN CONSTRUCCION)	. 9
3.	PRESENTACIÓN	10
4.	INTRODUCCIÓN	11
5.	OBJETIVOS Y ALCANCES	12
	Objetivo General	12
	Objetivos Específicos	12
	Alcance	13
6.	MAGNITUD DEL PROBLEMA	14
	Mortalidad perinatal e infantil	14
7.	MARCO NORMATIVO Y LEGAL	17
8.		
	Factores que influyen en las trayectorias del duelo	22
	Conceptualizaciones del duelo	23
9.	PRINCIPIOS RECTORES	25
	A. Respeto a la autonomía de la persona gestante para decidir en torno a una muerte gestacional o perinatal	25
	B. Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica	25
	C. Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio	26
	D. La atención de mujeres y personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinat debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.	
1(D. ESTANDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL	27
	Niveles de atención en los cuales se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal	28
	Primera Respuesta integral	
	Comunicación de malas noticias: muerte gestacional y perinatal	
	Atención Integral en nivel ambulatorio de especialidad:	35
	Tercer Nivel de Atención	
	Servicio de Urgencia de Hospitales y Clínicas	36
	Atención cerrada de especialidad (hospitalización)	
1 1		4 0

S	Seguimiento y continuidad de los cuidados	40
	Seguimiento psicosocial	40
12.	AUTOCUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD	44
Ir	mpacto del duelo perinatal en los equipos de salud	44
Ir	mportancia de cuidar al cuidador	45
Ν	Medidas de cuidado para equipos de salud perinatal	46
	a. Medidas generales de autocuidado para equipos de salud	46
	b. Medidas especiales de autocuidado para equipos de salud perinatal:	46
13.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA NORMA	48
D	Descansos y/o permisos laborales vinculados a la ley:	48
	Descansos y/o permisos laborales de la mujer o persona gestante	48
	Descansos y/o permisos laborales al padre y/o madre del niño o niña fallecido	49
R	Ruta administrativa ante muerte gestacional (a cualquier edad gestacional)	1
R	Ruta administrativa ante muerte Neonatal	2
Ir	mplementación y evaluación de la Norma	1
	Preparación:	1
	Puesta en marcha:	
	Evaluación de la estrategia:	
14.	ANEXOS (En construcción)	4
lr	nformación relevante para las familias en duelo gestacional o perinatal (En construcción)	4
15.	Bibliografía (En Construcción)	5

1. GLOSARIO

- Muerte gestacional: Muerte embrionaria o fetal durante cualquier semana de la gestación o el periparto. Considera todos los tipos de abortos, embarazos ectópicos inviables y normotópicos y casos con enfermedad trofoblástica gestacional.
- Muerte Neonatal o Mortineonato: Muerte del recién nacido ocurrida hasta los 28 días de vida.
- Mortinato: Todo producto de la concepción, identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario o materno en general, que cese en sus funciones vitales antes del alumbramiento o bien antes de encontrarse completamente separado de la persona gestante, muriendo y que no ha sobrevivido a la separación un instante siquiera¹.
- Parto: Proceso por medio del cual termina una gestación, desde las 22 semanas en adelante y/o peso igual o superior a 500 gramos; con la salida del feto y su separación del cuerpo de la mujer o persona gestante (OMS).
- Aborto: Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido. Considera los siguientes diagnósticos: aborto completo, aborto incompleto, aborto inevitable y aborto retenido² (incluido el huevo anembrionado).
- **Viabilidad Fetal:** Potencial de vivir, crecer y desarrollarse fuera del útero, en función de las capacidades biomédicas y tecnológicas existentes.
- **Enfermedad trofoblástica gestacional:** Gestación inviable producto de la proliferación trofoblástica anormal de la placenta.
- **Duelo:** Proceso normal o esperable de adaptación a una muerte, durante el cual, se produce una desviación del estado de salud y bienestar de manera transitoria hasta recuperar el equilibrio psicológico y la funcionalidad en la vida diaria (Neimeyer, 2002).
- **Duelo Gestacional:** Proceso de adaptación desencadenado por una muerte fetal a cualquier edad gestacional.
- **Duelo Perinatal**: Proceso de adaptación desencadenado por una muerte fetal desde las 28 semanas hasta los 28 días de vida.
- Gestación Arcoiris: Se entiende como aquel embarazo que ocurre después de una muerte gestacional o perinatal.

2. ABREVIATURAS (EN CONSTRUCCION)



3. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud presenta y pone a disposición de los profesionales de salud la **Norma Técnica** y Administrativa Para el Acompañamiento Sensible Del Duelo Gestacional Y Perinatal En Establecimientos De Salud

El presente documento se elabora en el contexto de la promulgación de la Ley 21.371, conocida como ley Dominga, publicada el 21 de septiembre del 2021 y que tuvo sus orígenes como una demanda ciudadana impulsada por un grupo organizado de profesionales y Aracelly Brito, quien en 2019 sufrió la muerte de su hijo Julián a las nueve semanas de gestación y el año 2020 tuvo que enfrentar la muerte de su hija Dominga a las 36 semanas de embarazo. Aracelly declaró haber sufrido un trato deshumanizado en ambas experiencias, sintiéndose vulnerada e invisibilizada por el sistema de salud.

Considerando que los padres y familias que experimentan una muerte gestacional o perinatal no necesariamente olvidan la muerte ocurrida, si no, más bien, aprenden a vivir con ella gracias a la elaboración del duelo y la reconstrucción de significados que ocurren tanto a nivel individual, familiar y social, es que resulta muy relevante la vivencia de apoyo y contención del entorno de las personas afectadas que viven esta experiencia.

Este proceso de acompañamiento debe necesariamente iniciarse en el dispositivo de salud donde se entregan estas malas noticias. Por tanto, el equipo de salud de salud debe desempeñar un rol protector y de acompañamiento, ofreciendo contención, bienestar tanto inmediato como a largo plazo y propiciar la elaboración del duelo en forma sensible y humanizada.

Es importante destacar que el Subsistema Chile Crece Contigo fomenta desde el 2007 el acompañamiento al control de salud, preparto y parto. Asimismo, el 2021, antes de la publicación de la Ley inclusive, se puso a disposición de los equipos profesionales que asisten mujeres, personas gestantes y neonatos, un programa de capacitación para el manejo y acompañamiento sensible del duelo ("Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal: primera respuesta en hospitales de la red pública de salud").

En nombre del Gobierno de Chile, Ministerio de Salud y del Programa Nacional de Salud de la Mujer, vaya nuestro reconocimiento para quienes han trabajado y colaborado en la elaboración de esta Norma, y a los equipos que la implementarán en la red público-privada, quienes, sin duda, contribuirán a la salud integral de las mujeres, personas gestantes y sus familias.

4. INTRODUCCIÓN

El duelo puede ser definido como una reacción adaptativa esperable ante la muerte de un ser querido. Al ser una reacción frente a una muerte significativa e importante, éste no constituye una enfermedad o patología, pero si resulta ser un acontecimiento altamente estresante de una relevancia enorme para la vida de las personas que sufren este dolor³. La forma de afrontar este proceso dependerá de varios aspectos, tanto en recursos personales de quienes se ven enfrentados a ello, pero serán las circunstancias que rodean a este hecho un aspecto fundamental para mantener esta reacción en intensidad y duración dentro de límites "esperables" a esta respuesta adaptativa, destacando en este último aspectos la relevancia del reconocimiento del dolor por parte del entorno y las formas de acoger a las personas afectadas como un elemento esencial en el procesamiento adaptativo de esta experiencia.

La muerte del hijo o hija es considerada una de las situaciones más estresantes a las que puede enfrentarse una persona, ya que es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres, independientemente de la edad de su hijo o hija, en qué momento haya ocurrido la muerte y las causas de la misma. Habitualmente, este hecho es considerado prematuro, sin lógica y sin sentido. En el caso de ser el primer embarazo, los progenitores pierden el tan ansiado rol de madre o padre, así como la composición familiar como la imaginaban. Además, es una experiencia especialmente intensa por la proximidad que existe entre el nacimiento y la muerte, que hace que resulte aún más difícil aceptar la muerte.

En el abordaje habitual del duelo gestacional y perinatal ha existido una minimización y desautorización de este hecho tanto en el entorno sanitario como en el social⁴. Paradójicamente, este hecho es probablemente una de las situaciones más complejas de comprender y aceptar, tal factor se ve acrecentado en la experiencia del dolor debido a posturas de incomprensión, no reconocimiento, deslegitimación social y del entorno. Muchas veces, quienes sufren una muerte gestacional o perinatal lo hacen en soledad, sin apoyos al no verse "autorizados" para expresar lo que sienten o ser acogidos adecuadamente en este proceso.

Un aspecto esencial del abordaje del duelo gestacional y perinatal se relaciona con la experiencia de atención de salud recibida, junto a la relación y vinculación con el equipo de salud. Así este ámbito en la atención de salud puede desempeñar un rol protector, ofreciendo contención, bienestar tanto inmediato como a largo plazo y propiciar la elaboración del duelo o ser una experiencia que complique el curso del mismo determinando riesgo en la aparición de problemas de salud, específicamente de salud mental.

5. OBJETIVOS Y ALCANCES

Objetivo General

Establecer los estándares mínimos para el cumplimiento de la Ley 21.371, por medio de lineamientos técnicos y administrativos para la implementación de medidas concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de la mujer o persona gestante, que viven una muerte gestacional o perinatal; así como también, para el padre y/o madre o aquella persona significativa que la acompañe en el proceso.

Objetivos Específicos

- Describir el marco conceptual básico requerido para la implementación del acompañamiento sensible al duelo gestacional o perinatal en establecimientos de salud.
- Establecer lineamientos técnicos para la implementación de protocolos locales que permitan implementar medidas de contención, empatía y respeto por el duelo de las personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinatal.
- Fortalecer las acciones de seguimiento y derivación para la atención integral de las familias que viven duelo gestacional o perinatal.
- Definir criterios básicos sobre autocuidado de los equipos de salud que acompañan a las familias que viven el duelo gestacional o perinatal.
- Establecer lineamientos administrativos que faciliten el proceso de supervisión y fiscalización de cumplimiento de la ley en los establecimientos prestadores de salud.

Alcance

La presente norma contribuirá al cumplimiento de la Ley 21.371, en el marco de la ley 20.584 y el artículo 66 del código del trabajo. Rige para todos aquellos prestadores de salud que atienden a mujeres o personas gestantes y a sus familias durante el proceso reproductivo, tanto en prestaciones de atención abierta como cerrada, incluyendo:

- a. Prestadores de salud individuales e institucionales
- b. Prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los Servicios de Salud.
- c. Prestadores de salud de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.
- d. Prestadores de salud privados.

A su vez, todos los miembros de equipo clínico, administrativo y de apoyo tienen la obligación de conocer y aplicar lo indicado en esta normativa y en los protocolos locales, cada uno/a desde sus funciones.

6. MAGNITUD DEL PROBLEMA

El día del parto es potencialmente el día más peligroso tanto para la madre como para su recién nacido. Aunque se ha reducido considerablemente la mortalidad neonatal durante los dos últimos decenios, se calcula que todavía se producen unos 2,7 millones de muertes neonatales y 2,6 millones de muertes gestacionales cada año en el mundo, según la OMS⁵.

Es por esta razón, que el duelo gestacional es un problema frecuente que suele ser silenciado e invisibilizado y que la mujer o persona gestante y su familia habitualmente vive en soledad. Se trata de una muerte que en primera instancia provoca un estado de shock en los progenitores porque implica la muerte de todo un imaginario sin disponer de información que facilite asimilar este proceso.

No se debe olvidar que la muerte perinatal puede tener consecuencias sobre diversos aspectos como la relación de pareja o la vivencia de futuros embarazos (Hutti, Armstrong, Myers & Hall, 2015) y afecta el desempeño de los equipos de salud.⁶

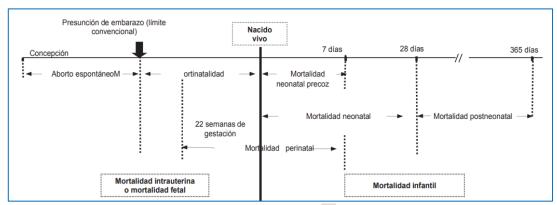
Por consiguiente, el acompañamiento multiprofesional, colaborativo e integral en un proceso de muerte gestacional se presenta como una prioridad, por el alto impacto emocional que las palabras, los silencios y las actuaciones de quienes atienden a las mujeres y sus familias, ejercen sobre la manera en que posteriormente desarrollarán su duelo. Esto se constata en diversas investigaciones donde el asesoramiento por parte de especialistas se asocia con una mejora de los resultados psicológicos de los padres que sufren una muerte gestacional o perinatal.⁷

Mortalidad perinatal e infantil

Aunque para la OMS el período perinatal lo extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente; en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski lo prolonga **desde la concepción hasta el final del primer año de vida**, lo que convierte en muerte gestacional al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los recién nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción⁵.

El concepto de muerte perinatal sobrepasa el encuadre del periodo perinatal de la OMS e incluso de la pérdida por muerte. Es así como lo viven las mujeres y sus familias, **la muerte de un hijo incluye las muertes desde la concepción.** No hay que subestimar una muerte y no hay relación entre la magnitud del duelo y la edad gestacional.

Componentes de mortalidad según OMS



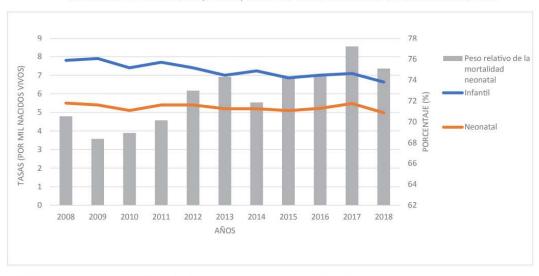
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Es difícil tener estadísticas considerando el concepto de muerte desde la concepción. La muerte gestacional y perinatal es una ocurrencia relativamente frecuente, estimándose una prevalencia general entre un 15 a 27% para personas gestantes entre 25 y 29 años y aumentan a casi el 75% de aquellas personas gestantes mayores de 45 años, siendo un riesgo más elevado al existir antecedentes de una muerte gestacional o perinatal y patologías concomitantes.⁸

La mortalidad infantil ha presentado una tendencia hacia la baja en los últimos diez años, reduciéndose un 24,4% en el período 2008-2018, pasando de 1.948 defunciones de menores de un año en 2008 a un total de 1.473 en el año 2018, lo que representa un 1,4% del total de defunciones (mortalidad general) registrados para este último año. Durante el período se observan ligeras oscilaciones, puesto que solamente en tres años se visualizan incrementos de las defunciones de menores de un año, siendo el más relevante el registrado en 2014, donde la variación relativa de la mortalidad infantil presentó un incremento de 7,9% respecto del año anterior, para volver a estabilizarse en 2015, con una disminución del 7,8%.⁴



Con respecto a la <u>mortalidad perinatal</u> (según definición OMS) Chile tiene una tasa muy cercana a la de los países desarrollados de la región (4.8/1000). La tasa de mortalidad neonatal 2010, pasó de 5,5 muertes de menores de 28 días por cada mil nacidos vivos, a 4,8 en el año 2019, siendo esta una de las menores tasas a nivel latinoamericano. La reducción de las probabilidades de muerte para los menores de un año ha sido mayor que las observadas en las neonatales, en tanto pasan de una tasa de 7,8 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, a una tasa de 6,6 defunciones infantiles, presentando así una reducción de 1,2 muertes por cada mil nacimientos en los últimos diez años. ⁹



EVOLUCIÓN DE LAS TASAS (X 1.000) DE MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL, 2008-2018

FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), estimaciones y proyecciones de la población 2018.

Esta reducción ha sido producto de las políticas de salud implementadas, de los diferentes gobiernos, para reducir las tasas de mortalidad dependientes del proceso reproductivo. Dentro de estas políticas preventivas se encuentran: control de la fecundidad, amplia cobertura del control prenatal, atención profesional del parto, la alimentación suplementaria de la embarazada, la fortificación de las harinas con ácido fólico, posibilidad creciente de cirugías intrauterinas, el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas y la prevención del parto prematuro y de sus complicaciones y establecimiento de protocolos y normativas de atención. Además, se ha fortalecido la red de medicina materna fetal y neonatal. Esto, además, debiera contribuir a un mayor descenso de las tasas de mortalidad perinatal e infantil a futuro. ¹⁰

Estos números, que pueden parecer muy bajos, no minimizan el gran problema que existe en la atención de las mujeres y sus pérdidas reproductivas. Pues detrás de cada muerte de un hijo o hija existe todo un contexto personal y familiar que agudiza esta temática.

7. MARCO NORMATIVO Y LEGAL

La ley Dominga viene a modificar la ley 20.584, agregando a su artículo 5 letra b), la realización de acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, así como también al padre o aquella persona significativa que la acompañe. Junto con esto, modifica el artículo 66 del código del trabajo, en sus incisos primero y segundo, en lo que a permisos laborales se refiere.

Con el fin de implementar óptimamente las medidas de contención, empatía y respeto mencionadas en la ley, es relevante contemplar lo indicado en el marco normativo y legal vinculado, el cual se resume a continuación:

Marco Legal:

a. <u>Ley 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con</u> acciones vinculadas a su atención en salud:

La ley 20.584 es el marco para la ley Dominga, siendo esta parte de su texto, en el artículo 5. De lo anterior se desprende que las acciones contempladas en la ley de Derechos y Deberes deben ser integradas en las medidas de contención, empatía y respeto por el duelo que se implementen en virtud de la ley Dominga.

b. <u>Ley 21171 Modifica la ley N° 4.808, sobre registro civil, y crea un catastro nacional de mortinatos, facilitando su individualización y sepultación:</u>

Modifica la Ley sobre Registro Civil, creando un catastro nacional de mortinatos que da la opción a las familias de inscribir a sus mortinatos con la exclusiva finalidad de permitir su individualización, inhumación o la disposición de sus restos (no implica reconocer estatuto jurídico o derecho alguno al mortinato y no produce ninguna otra clase de efectos jurídicos en ningún ámbito). Esta inscripción tiene las siguientes características:

- Tiene carácter de voluntaria.
- Requiere contar con el certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal para su tramitación.
- **Debe contener** la individualización del mortinato mediante la asignación de un nombre propio, seguido del o los apellidos que el solicitante señale, y del sexo de la criatura, si éste fuere determinado o determinable.
- Podrá contener la individualización de la persona gestante, y del progenitor, si éste lo autoriza.
- La información contenida en este catastro, según la ley, tiene el carácter de reservada respecto de terceros, considerándose como dato sensible de acuerdo a la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Mortinato: Todo producto de la concepción, identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario o materno en general, que cese en sus funciones vitales antes del alumbramiento o bien antes de encontrarse completamente separado de la persona gestante, muriendo y que no ha sobrevivido a la separación un instante siquiera.

c. <u>DFL 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Código Civil; de la Ley</u> nº4.808, sobre registro civil..."

Menciona en el Art. 3.º que "...El padre o la madre, al requerir esta inscripción, podrá solicitar que, junto con anotarse la comuna en que nació su hijo, se registre, en la misma partida, la comuna o localidad en la que estuviere avecindada la madre del recién nacido, la que deberá consignarse como lugar de origen de éste".

d. <u>Decreto 357 - Reglamento General de cementerios Ministerio de Salud</u>

- Artículo 29°: Los cementerios deben tener nichos perpetuos y temporales para párvulos y para cadáveres reducidos.
- Artículo 49°: Los cementerios no pueden rechazar la inhumación o incineración del producto de la concepción que no alcanza a nacer, respecto del cual se ha extendido un certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal, en los casos en que se cuente con el correspondiente pase de sepultación.
- Todo cuerpo o restos que no sean retirados para su sepultación, deben ser manejados en virtud de lo indicado en el Decreto N°6 de 2009 (REAS).

Marco Normativo:

a. <u>Norma general técnica 86: Normas y procedimientos para el registro de las</u> defunciones fetales y de recién nacidos

Los Prestadores Institucionales e Individuales que atienden partos o abortos en cualquier lugar del país deben:

- Emitir el comprobante de atención de parto para TODOS los partos o abortos que asistan y de los cuales emane un producto de la concepción (identificable o diferenciable de las membranas ovulares y del tejido placentario o materno en general), que presente signos de vida, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer.
- Emitir el certificado de defunción y estadística de mortalidad fetal en TODOS los casos donde el producto de la concepción (identificable o diferenciable de las membranas ovulares y del tejido placentario o materno en general), nazca muerto, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer.
- Entregar el certificado de defunción y estadística de mortalidad fetal a todos los deudos que soliciten los restos de su hijo/a, para su inscripción en la Oficina de Registro Civil, la cual debe atenerse necesariamente al plazo de las 72 horas posteriores a la defunción, en virtud del Art. 181 del DFL 2128, que establece que "pasados tres días desde la fecha de una defunción, no se podrá proceder a inscribirla sin decreto de la justicia ordinaria".
- Informar a las familias que pueden retirar el cuerpo o restos de su hijo/a si así lo
 desean. Importante destacar que, en el caso de que la familia quiera retirar, debe
 realizar los trámites administrativos correspondientes y retirar en un plazo no
 mayor a 72 horas posterior al parto/aborto. Este plazo también se debe difundir
 ampliamente, mediante avisos visibles en los establecimientos.
- En el caso de que la familia no lograre tramitar la inscripción, pase de sepultación y retiro de los restos de su hijo/a en el plazo establecido, deberá recurrir a la justicia ordinaria para obtener una autorización especial.
- Si la familia decide no retirar el cuerpo o los restos de su hijo/a, el establecimiento debe remitir el certificado de defunción o estadística de mortalidad fetal al

departamento o unidad de estadística de la Dirección de Servicio de Salud o SEREMI, según corresponda, **cumplidas las 72 horas posteriores al parto**.

- Establecimiento dependiente SS: enviar a Dirección de Servicio
- Establecimiento privado o público no dependiente SS: enviar a SEREMI de Salud.

Importante señalar que, si la familia cambiare de opinión respecto al retiro del cuerpo o restos de su hijo, podrá hacerlo en el plazo de 72 horas indicado anteriormente. Si debe retirar posterior a ese plazo, deberá recurrir a la justicia ordinaria para su autorización.

De acuerdo a la recientemente publicada ley ley 21.334, sobre determinación del orden de los apellidos por acuerdo de los padres, toda inscripción de nacimiento debe ser solicitada presentando en las oficinas de SRCel el comprobante de parto, las cédulas de identidad de los padres y/o libreta de matrimonio, y el Formulario C9 (cuando corresponda). Formulario disponible en: https://www.registrocivil.cl/principal/canal-tramites/solicitud-cambio-apellidos.

b. <u>Norma 160 - 2013: Norma y procedimientos para el registro del formulario:</u> <u>Comprobante de atención del parto con nacido vivo (CAPNV):</u>

- El CAPNV es un formulario oficial, impreso y distribuido a los establecimientos de salud por el SRCel, constituye documento público, contiene datos sensibles y está sujeto a las disposiciones que regulan tales documentos.
- Debe ser llenado por el/la profesional que certifique un nacimiento con recién nacido vivo, ocurrido dentro o fuera de los establecimientos de salud.
- Certifica individualmente la filiación biológica entre una madre y su hijo/a, por tanto, en caso de partos múltiples, se requiere emitir un CAPNV por cada uno de los nacidos vivos.

c. <u>Norma General Técnica 100, RE 470 Julio 2012: "Norma y Procedimientos para el registro de las auditorías de muertes maternas, fetales e infantiles":</u>

- Indica que se deben constituir comités de auditoría a nivel de establecimientos, nivel regional y nacional.
- Cada establecimiento debe efectuar la notificación inmediata obligatoria de casos de muerte fetal y neonatal precoz con un plazo no superior a las 24 horas hábiles desde ocurrida la muerte, por medio del documento dispuesto para este fin:
 - i. Establecimientos dependientes SS: Notificar a Dirección de Servicio de Salud y a auditoriasdeis@minsal.cl.
 - ii. Establecimientos del extrasistema y SML: Notificar a SEREMI correspondiente y a <u>auditoriasdeis@minsal.cl</u>.

d. Norma General Técnica para la entrega de placenta (Minsal 2017):

- La solicitud de la entrega de la placenta debe ser voluntaria y realizada a requerimiento de la mujer o persona gestante, lo cual también es válido para aquellas que se enfrenten a la muerte de su hijo/a.
- Si la mujer o persona gestante solicita la entrega de su placenta, debe seguir el proceso indicado en la norma técnica, y la entrega también debe estar sujeta a los requisitos y exclusiones que en ella se mencionan.

Todo lo indicado anteriormente entrega orientaciones básicas para los procesos administrativos y clínicos anexos a la atención biopsicosocial que se otorga al momento de enfrentar la muerte gestacional o perinatal. En lo que respecta a la atención clínica a las personas que viven el duelo en este contexto, se deberán considerar los aspectos que se mencionan en esta normativa, los cuales complementan o actualizan lo indicado en la Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio (Minsal, 2015), Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología (Minsal, 2017) y las Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.

8. MARCO CONCEPTUAL

El duelo puede ser definido como una reacción adaptativa esperable ante la muerte de un ser querido. Al ser una reacción frente a una muerte significativa y/o importante este no constituye una enfermedad o patología, pero si resulta ser un acontecimiento altamente estresante de una relevancia enorme para la vida de las personas que sufren este dolor. La forma de afrontar este proceso dependerá de varios aspectos, tanto en recursos personales de quienes se ven enfrentados a ello pero serán las circunstancias que rodean a este hecho una aspecto fundamental para mantener esta reacción en intensidad y/o duración dentro de límites "esperables" a esta respuesta adaptativa, destacando en este último aspectos la relevancia del reconocimiento del dolor por parte del entorno y formas de acoger a las personas afectadas como un elemento esencial en el procesamiento adaptativo de esta experiencia.

La muerte del hijo o hija es considerada una de las situaciones más estresantes por las que puede enfrentarse una persona, ya que es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres, independientemente de la edad de su hijo/a, en qué momento haya ocurrido la muerte y las causas de la misma; habitualmente ésta será considerada una muerte prematura, sin lógica y sin sentido. Se trata de la muerte de una relación simbólica más que real, ya que se basa en deseos e ilusiones. En el caso de ser el primer embarazo, los progenitores pierden el tan ansiado rol de madre o padre, así como la composición familiar como la imaginaban. Además, es especialmente traumático por la proximidad que existe entre el nacimiento y la muerte, que hace que resulte aún más difícil aceptar la muerte.

Cuando se produce la muerte de un hijo(a) durante la gestación o en el periodo perinatal, tal hecho es reconocido como una experiencia difícil, incluso traumática, que frecuentemente puede causar reacciones complicadas de duelo, afectando negativamente la salud general, esto es, la salud mental y física de la persona gestante, su familia y/o entorno de personas significativas.

En el abordaje habitual del duelo gestacional y perinatal ha existido una minimización y desautorización de este hecho tanto en el entorno sanitario como en lo social. Paradójicamente, este hecho es probablemente una de las situaciones más complejas de comprender y aceptar, tal factor se ve acrecentado en la experiencia del dolor debido a posturas de incomprensión, no reconocimiento, deslegitimación social y del entorno. Muchas veces, quienes sufren una muerte gestacional o perinatal lo hacen en soledad, sin apoyos al no verse "autorizados" para expresar lo que sienten o ser acogidos adecuadamente en este proceso.

El impacto de un mal manejo del duelo gestacional y/o perinatal puede afectar no sólo a la persona gestante sino también a todo el sistema familiar. Evidenciándose mayor presencia de problemas de salud mental o enfermedades mentales a causa de este hecho, muchas veces asociadas a aislamiento social, desconexión de las personas de su entorno, entre otros aspectos. Tales problemas pueden aparecer incluso varios años después de ocurrida la muerte e impactar en los embarazos posteriores.

Para las mujeres que han perdido un hijo/a, el hecho de notar que sus cuerpos producen leche puede tener gran impacto. La falta de información anticipatoria y herramientas para enfrentar la lactancia materna en situación de duelo gestacional o perinatal puede ser una fuente de estrés significativa para los padres, exacerbando el dolor emocional del duelo^{11,12,13}.

Como se ha mencionado, un aspecto esencial del abordaje del duelo gestacional y/o perinatal se relaciona con la experiencia de atención de salud recibida, junto a la relación y vinculación con el equipo de salud. Así este ámbito en la atención de salud puede desempeñar un rol protector, ofreciendo contención, bienestar tanto inmediato como a largo plazo y propiciar en la elaboración del duelo o ser una experiencia que complique el curso del mismo determinando riesgo en la aparición de problemas de salud, específicamente de salud mental.

La falta de legitimación del duelo, insensibilidad y atención de salud centrada caso exclusivamente en cuidados "físicos" son algunos de los aspectos que promueven una complicación en el curso de este hecho. También si la experiencia con el equipo de atención de salud no es satisfactoria puede intensificar y prolongar la sintomatología asociada al duelo gestacional y perinatal.

Factores que influyen en las trayectorias del duelo

Existen además una serie de factores que condicionan la evolución del proceso de duelo:

- Edad gestacional: Se asocia la muerte tardía del bebé con fases agudas del duelo más largas.
- Visualización de ultrasonidos: Los progenitores que han tenido la oportunidad de ver al bebé a través de una ecografía, establecen un vínculo más fuerte por lo que sienten un mayor nivel de angustia.
- *Momento de la muerte:* Los fallecimientos que resultan más traumáticos son aquellos que ocurren durante el parto o después del nacimiento de forma inesperada.
- *Nacidos con malformaciones:* Las madres que sufren el duelo de un bebé con malformaciones, desencadenan trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia.
- Nacimiento múltiple: La muerte de uno de los gemelos crea sentimientos de pena y alivio, que crean una gran confusión en los progenitores.
- Trato recibido por el equipo de salud: Una buena o mala actitud de los equipos de salud que rodean a la pareja en los primeros momentos, puede ser decisiva para el posterior desarrollo del duelo.
- Falta de información: La incertidumbre sobre lo acontecido y la falta de una explicación médica por parte del personal obstétrico puede tener consecuencias negativas en la elaboración del duelo.
- No tener más hijos: Una madre primeriza puede sentir que ha fracasado en el rol de madre, y
 que no es capaz de tener descendencia, mientras que una madre con más hijos, puede
 apoyarse en ellos para superar la muerte.
- *Pérdidas recurrentes:* El hecho de haber vivido ya una experiencia similar, aumenta el riesgo de elaborar un duelo patológico.
- Falta de apoyo familiar o social: El apoyo de seres queridos es clave para favorecer el desarrollo funcional del duelo.
- Antecedentes de trastornos psiquiátricos: Aumentan el riesgo de que se desencadene otro trastorno psiquiátrico.

• Factores psicológicos: la personalidad, la capacidad de afrontar situaciones estresantes, la inteligencia o la capacidad de establecer vínculos afectivos, son factores que condicionan la evolución del duelo.

Conceptualizaciones del duelo

Existen diversas conceptualizaciones acerca del duelo tanto en enfoques que lo describen según diversos autores. Freud, lo describe como un proceso privado e intrapsíquico de desvinculación con el "objeto" amado, lo cual ocurre de manera pausada y lenta. Centrado en poder diferenciarlo de la melancolía donde la sintomatología esperable para el duelo iría en la línea de la inhibición y falta de interés por el mundo.

También existen conceptualizaciones más bien centradas en el duelo como etapas o fases, algunos autores como Lindemann, quien describe al duelo como un proceso universal en el cual las personas experimentan fases de conmoción e incredulidad, duelo agudo y resolución del duelo.

Kübler-Ross describe el duelo como un proceso que ocurre en etapas donde las personas transitaría por la negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Esta descripción surge desde personas con enfermedades terminales quienes transitarían emocionalmente por estas etapas hasta la muerte.

Bowlby describe las fases en concordancia con su teoría del apego, estableciendo que los mecanismos para procesar el duelo serían similares a los plantados frente a la separación de figuras de apego. Así, describe etapas como la pérdida de sensibilidad temporal/ embotamiento afectos o shock; melancolía, anhelo y búsqueda de la persona perdida; fase de desesperanza, depresión, desorganización y desesperación y fase de aceptación y superación de la pérdida y/o reorganización.

Nociones más actuales relacionadas con el duelo plantean que no existiría una única forma de responder frente a muerte gestacional o perinatal, por lo cual no necesariamente el duelo se produce en las personas en etapas fijas en donde todas transitan consecutivamente por las etapas planteadas.

Las expresiones, ritos y conexiones con el hijo/a muerto no necesariamente deben ser considerados como patológicos, siendo muchas veces este tipo de acciones y expresiones incluso terapéuticas.

Los padres y familias que experimenten una muerte gestacional o perinatal no necesariamente van a superar la muerte ocurrida, más bien muchas veces aprenden a vivir con ella, por lo cual el duelo y la reconstrucción de significados sucede tanto a nivel individual, familiar y social, relevando lo ya mencionado de la importancia del apoyo y contención del entorno de las personas afectadas.

Además, la recomendación continua de intervención en todas las personas en duelo puede no ser necesaria, siendo importante un seguimiento y evaluación acerca de las necesidades individuales en diversos momentos.

Finalmente, destacar que el duelo y su construcción se relacionan con cada cultura.

Respecto a la sintomatología asociada al duelo gestacional y perinatal, esta puede manifestarse en:

- Shock y aturdimiento
- Añoranza, irritabilidad, debilidad y sentimiento de culpa.
- En algunos casos aparecen alteraciones senso perceptuales como oír el llanto del bebé o sentirlo moverse en el vientre.
- Posteriormente aparece la desorganización de la vida cotidiana y la desorientación, ya que la vida que esperaban llevar, ha desaparecido.
- Sentimiento de vacío y de desamparo, que algunas mujeres llegan a comparar con la amputación de un miembro.
- Transcurrido algunos meses, pueden llegar a sentir la presión de la sociedad, que se sorprende de que la pareja no haya superado aún la muerte. En este momento aparece la preocupación por enfermar o tener depresión, junto con la sensación de estar viviendo un duelo desautorizado.
- Finalmente, la pareja reorganiza su vida, pero sin llegar a olvidar la muerte.

Otras manifestaciones son:

- Físicas: Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, astenia, alteraciones en la líbido, alteraciones en ciclos vitales (sueño, alimentación), boca seca, indigestión, cefaleas, sensibilidad al ruido, otras quejas somáticas.
- Afectivas- cognitivas: aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, irritabilidad, anhedonia, soledad, vacío, desamparo, añoranza, negación, rumiaciones e imágenes recurrentes de la muerte, confusión, irrealidad, ideas de muerte/sustitución, sensación de presencia, idealización, alucinaciones y/o replanteamiento de creencias.
- Conductuales: funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social, conductas de búsqueda o evitación, consumo de tóxicos o sustancias, hiper o hipoactividad.

En las diversas formas de presentación del duelo, este puede complicarse con síntomas de mayor severidad, intensidad y/o duración. Algunos de los factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado se exponen en la siguiente tabla:

Factores de riesgo de duelo complicado gestacional y perinatal

- •Antecedentes de enfermedad de salud mental
- Historia actual de episodio depresivo
- •Duelo en el primer embarazo (primer hijo(a)
- Escasa información acerca de pérdidas durantes la gestación y perinatales
- •Mal manejo en la comunicación de la muerte gestacional o perinatal
- No contar con información acerca de lo sucedido o espacios para resolver estos aspectos con el equipo de atención
- Pérdidas o muertes recurrentes
- Escaso apoyo de pareja, acompañante significativo y/o familiar
- Duelo coincide con otras crisis vitales

Extraído y adaptado de López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio.

9. PRINCIPIOS RECTORES

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las personas que viven una muerte gestacional o perinatal; así como también, a su acompañante significativo y su familia.

A. Respeto a la autonomía de la persona gestante para decidir en torno a una muerte gestacional o perinatal

Esto implica, por parte del equipo de salud, no emitir juicios ni opiniones valóricas sobre las creencias y opciones de la persona gestante y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le permita tomar las mejores decisiones para su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derechos y protagonista del proceso de atención.

Se debe asegurar que la mujer o persona gestante tome una decisión informada y reciba apoyo continuo durante el trabajo de parto, parto y puerperio de una muerte gestacional o neonatal.

B. Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica

Asumir que los datos solicitados por los equipos médicos sólo pueden tener como fin una adecuada atención de salud, respetando que la entrega de información por parte de la mujer o persona gestante atendida es siempre voluntaria y confidencial.

Se debe ofrecer una atención respetuosa orientada a la protección de la dignidad, privacidad y que asegure tanto la integridad física y como el trato adecuado.

C. Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio.

Quienes prestan atención deben tener los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias necesarias, así como manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención integral. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, considerando un trabajo en equipo, amable, acogedor y contenedor.

D. La atención de mujeres y personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinatal debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.

La oportunidad hace referencia a la celeridad en la respuesta del equipo de salud, sobre todo cuando se requiere acceder a la interrupción del embarazo. En el acompañamiento biopsicosocial las personas que lo requieran tendrán acceso a consultas con psicólogo y trabajador social, visitas domiciliarias y consultas de especialidad de salud mental de acuerdo a la necesidad, según su red de derivación.

10. ESTANDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL

La atención integral a las personas que viven un duelo gestacional o perinatal se entenderá como el acompañamiento sensible a la persona gestante y el padre o su acompañante significativo, ante una muerte o una potencial muerte gestacional o perinatal, otorgada por prestadores de salud según su nivel de complejidad.

Los prestadores de salud deben garantizar, durante todo el proceso de atención y en los distintos niveles de complejidad, que este acompañamiento se base en la autonomía de las personas, validando sus decisiones en torno a su proceso, respetando sus tiempos y la forma en la que afrontan la situación que viven. Así también, la comunicación empática y centrada en las necesidades de quien vive el duelo gestacional o perinatal junto con la entrega de información oportuna y completa son fundamentales. De esta manera, la atención integral que las instituciones de salud deberán poner a disposición considerará los siguientes componentes:

ACOMPAÑAMIENTO PERSONALIZADO DEL DUELO GESTACIONAL O PERINATAL			
INFORMACIÓN Y ORIENTACION A LA FAMILIA			
PROGRAI		VINCULACIÓN CON PROGRAMAS Y	
PRIMERA RESPUESTA INTEGRAL	ACOMPAÑAMIENTO OBSTETRICO Y NEONATAL PERSONALIZADO	ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PERSONALIZADO	PRESTACIONES DE ESPECIALIDAD AMBULATORIA (SEGUIMIENTO)
AUTOCUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD			
RUTA ADMINISTRATIVA			
MARCO LEGAL Y PRINCIPIOS RECTORES			

Niveles de atención en los cuales se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal

La atención integral de duelo gestacional y perinatal debe ser brindada en todos los establecimientos de salud que atienden a personas gestantes, puérperas, recién nacidos y a sus acompañantes significativos, en todos los niveles de atención; es decir, están incorporados los prestadores públicos y privados que otorguen atención ambulatoria y cerrada a estos grupos de personas, cada uno de ellos de acuerdo a su capacidad resolutiva. Esta capacidad resolutiva se define de acuerdo con la complejidad y tipo de prestaciones expresadas en su cartera de servicio, que dan cuenta del recurso humano, infraestructura y equipamiento con que cuenta la institución para realizar las atenciones de salud.¹⁴

Figura 1: Niveles de atención donde se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal

Nivel de atención	Características	Establecimientos	
Atención ambulatoria general	La atención en este nivel es exclusivamente ambulatoria, siendo esta de menor complejidad biomédica. Se realiza atención de salud perinatal integral, periódica y multidisciplinaria, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Además se realizan controles post parto o post aborto/muerte gestacional/perinatal, control preconcepcional y de regulación de fertilidad.	 Sistema Público de Salud: Centros de atención primaria (CESFAM y CECOSF) Posta de salud rural Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Servicios de Urgencia Rural (SUR) Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR). Sistema privado: Consultas ambulatorias, ya sea en centros médicos o consultas particulares (Presenciales o por telemedicina). Servicios de urgencia de baja complejidad de adultos o pediátricos. Atención domiciliaria general. 	
Atención ambulatoria de especialidad	Atención abierta de mayor complejidad en cuanto al recurso humano e infraestructura. Cuenta con: Gineco-obstetras especialistas Subespecialista en medicina	 Sistema Público de Salud: Centros de Referencia de Salud (CRS). Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o 	

materno fetal

- Ecografistas
- Neonatólogos
- Otras especialidades que se requieren para el proceso diagnóstico y terapéutico (anestesistas, anatomopatólogos, genetistas y otros).

También cuenta con profesionales no médicos altamente capacitados:

- Matron(a)
- Psicólogo(a)
- Trabajador(a) Social

En estos centros se cuenta con acceso a exámenes y equipamiento tecnológico de alta capacidad diagnóstica.

Es el nivel de mayor complejidad y el

anexos a hospitales (Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico).

Sistema Privado:

- Centros médicos de red de salud privada.
- Consultas privadas
- Consultas adosadas a las Clínicas privadas.

más completo con respecto a la cartera de prestaciones que ofrece, dado a su alta capacidad resolutiva.

Atiende a:

Nivel terciario de atención

- Quienes consultan
 espontáneamente en los
 Servicios de Urgencia y/o
 aquellas que han sido
 derivadas desde otros niveles
 de atención.
- Quienes se encuentran hospitalizadas en cualquier cama hospitalaria.

Sistema Público y Privado:

Hospitales y Clínicas de mediana y alta complejidad con atención de especialidad por medio de equipos clínicos gineco-obstétricos, otros especialistas médicos y profesionales no médicos.

Las instituciones de salud deberán elaborar, socializar e implementar protocolos de atención sensible a mujeres o personas gestantes, al padre y/o acompañante significativo que viven una muerte gestacional o neonatal, el cual se debe regir por los siguientes estándares mínimos:

Primera Respuesta integral

La primera respuesta integral se entiende como la primera acogida que debe realizar el equipo de salud a la mujer o persona gestante y a su acompañante, la cual se debe basar en la entrega de información oportuna y suficiente junto con asegurar la contención emocional que las personas que viven el duelo gestacional o perinatal requieren y debe darse en un contexto controlado para la entrega de malas noticias en salud. Junto con esto, considera la vinculación de la persona gestante con el nivel de atención que corresponda para la resolución clínica del caso.

Esta primera respuesta deberá otorgarse en cualquier nivel de atención donde se diagnostique la muerte gestacional o perinatal. Desde la perspectiva psicosocial, el acompañamiento a la persona gestante y al padre o acompañante significativo se debe iniciar desde el diagnóstico ominoso o de mal pronóstico de viabilidad, por lo que también será aplicable para las situaciones donde se diagnostican patologías del feto que se relacionan directamente con un resultado de muerte gestacional o perinatal.

Las acciones que los prestadores deben garantizar para una primera respuesta adecuada son:

- Entregar la primera acogida a la persona gestante y a su acompañante significativo si, al momento de la atención, por hallazgo clínico o ecográfico se confirma la muerte gestacional y/o situaciones clínicas que puedan desencadenar la muerte gestacional o neonatal.
 - a. Primera respuesta de intervención en crisis: primeros auxilios sicológicos para realizar el contacto psicológico, análisis de las dimensiones del problema y análisis de posibles soluciones. Lo anterior, resguardando el espacio de privacidad, respetando los silencios, utilizando el lenguaje adecuado y pertinente y utilizando comunicación no verbal acogedora y contenedora.
 - b. En este proceso el profesional que realiza la atención debe resguardar la presencia de una persona que pueda brindar contención emocional a las personas que reciben la mala noticia, quién acompañará hasta el momento de la derivación o traslado de la persona gestante a otro nivel de atención según se requiera, disponiendo de un espacio físico que resguarde la privacidad requerida para estos casos.
 - Realizar la referencia coordinada y/o asistida o traslado (según se requiera) al nivel secundario de especialidades (específicamente a los Policlínicos de Alto

riesgo Obstétrico-ARO) o el nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, según corresponda por condición clínica.

- Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la
 persona gestante y/o al acompañante que ésta haya designado, sobre la
 situación clínica de la persona gestante. Esta actividad se realizará todas las
 veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la
 información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la
 familia.
- Proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584 si la mujer o persona gestante se encontrase en riesgo vital o se encuentra sin poder expresar su voluntad y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada.
- Velar por la continuidad de atención Gineco-obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso.
- Registrar las prestaciones otorgadas en la ficha clínica y en cualquier otro sistema de información establecido a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento de estos casos.

Comunicación de malas noticias: muerte gestacional y perinatal

La comunicación de malas noticias, en especial la de una muerte gestacional y perinatal, representa un espacio relacional de gran relevancia por el impacto que produce a las personas que la reciben. La muerte que se comunica altera negativamente sus expectativas acerca del presente y del futuro. También la comunicación de una muerte gestacional y perinatal tiene efectos a largo plazo en la relación entre la persona gestante, familiares o personas significativas acompañantes y el equipo tratante o de atención.

Es importante considerar que para la medicina occidental actual su énfasis se encuentra muchas veces en sanar, desde aquí, cuando no se puede evitar el sufrimiento y la muerte, los equipos de salud sienten que han fallado y el costo emocional de tal experiencia puede ser determinante en el desarrollo de sus labores de atención en el futuro.

Del mismo modo, desde la perspectiva de quienes comunican, es posible aseverar que aquel momento es estresante para el equipo tratante o de atención. Quienes han vivido esta experiencia reportan que el estrés se presenta antes de comunicar la información a la persona gestante, familiares o acompañante significativo, y perdura incluso después del encuentro con éstos, a pesar de que hayan percibido un buen manejo comunicacional durante este proceso.

Un aspecto esencial para afrontar la comunicación de una muerte gestacional y perinatal es mediante la escucha activa, conocerlos y comenzar por entender qué es lo que más les importa. Estos aspectos los ha ido desarrollando su equipo obstétrico durante el proceso de atención. Este hecho determina la importancia de que sea su equipo tratante o de atención de tal momento

quienes deben realizar el acto de comunicar. Siendo relevante que todos los integrantes del equipo de atención o tratantes desarrollen y tengan las habilidades para este proceso, evitando así la sobrecarga de algún profesional en particular.

Estrategias y obstaculizadores para comunicar una mala noticia frente a una muerte gestacional o perinatal

Para afrontar el proceso de comunicar una muerte gestacional o perinatal es necesario desarrollar habilidades y actitudes comunicacionales que aporten a la humanización de las relaciones entre equipos de atención o tratantes y las familias. En esta línea es posible ejemplificar el proceso mediante las siglas EPICEE expuesto en la siguiente figura (Extraído y adaptado de Ministerio de Salud de Chile. Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017):

Е

ENTORNO

•El lugar adecuado para proteger el derecho a la privacidad y evitar interrupciones o elementos que entorpezcan el proceso.



PERCEPCIÓN

•Conocer el nivel de información que la persona gestante, familia o familiar significativo maneja respecto del evento acontecido, despejar mitos y creencias sobre las intervenciones y conocer el nivel de comprensión de algunos conceptos.



INVITACIÓN

•Se trata de averiguar hasta dónde quiere saber la persona gestante, familia o acompañante significativo.



CONOCIMIENTO

•Se trata de transmitir la información de acuerdo al nivel de comprensión que tenga la persona gestante, familia o acompañante significativo



• EMPATÍA

• Este aspecto es una actitud que debe estar siempre presente en el proceso. Comprende la exploración de emociones que la persona gestant, su familia o acompañente significativo están experimentando y el nivel de entendimiento de éstas.



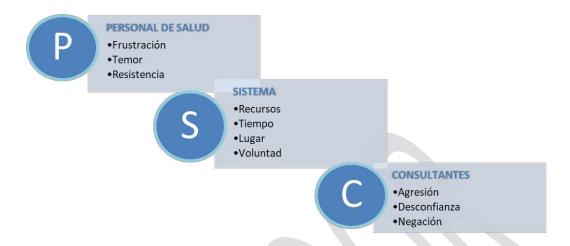
• ESTRATEGIA

 Una manera favorecer el procesar esta experiencia y limitar la angustia es resumir lo que se ha hablado, comprobar el nivel de comprensión y formular maneras de apoyo que puedan desarrollar los equipos obstétricos

Extraído y adaptado de Ministerio de Salud de Chile. Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017

Por otro lado, una muerte gestacional o perinatal es un acontecimiento que se vive con exigencia y temor, sobre todo si ha estado presente la percepción o el hecho de una mala praxis dentro del equipo de atención. El personal de salud se implica personal y profesionalmente, pudiendo estar presentes una serie de obstaculizadores, los cuales generan resistencias ante la muerte y el

proceso de comunicar este hecho. A continuación, la triada de obstáculos para la comunicación de una mala noticia como es una muerte gestacional o perinatal:



Extraído y adaptado de Ministerio de Salud de Chile. Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017

Proceso de comunicación de una mala noticia: muerte gestacional o perinatal

A continuación, se expone un esquema para el proceso de comunicación, el cual consta de tres fases: 1) Preparación de la comunicación, 2) Comunicación de la muerte perinatal y 3) Post-comunicación de la muerte perinatal.

Preparación de la comunicación de la muerte gestacional o perinatal

- Revise constantemente su estado físico, mental y emocional. ¿Cómo le impacta lo que está ocurriendo con la persona gestante, su familia o acompañante significativo? (durante todo el proceso).
- Es aconsejable que el equipo de atención se reúna y discutan las acciones que realizaran, generando un espacio de contención y autocuidado del equipo.
- Quien vaya a comunicar la noticia es importante que haya establecido algún contacto previo con la persona gestante, su familia o acompañante significativo. En especial, durante los procedimientos clínicos realizados.
- Antes de comunicar la notica, es de suma relevancia prepararse, estudiar el caso, revisar los antecedentes clínicos y otros elementos que faciliten la comunicación con la persona gestante, su familia o acompañante significativo.
- Es necesario preparar las condiciones contextuales como el espacio físico y ambiente que asegure privacidad, mejorar la comodidad, respeto y dignidad para el encuentro en torno comunicación de la noticia.

Comunicación de la muerte gestacional o perinatal

- En el lugar preparado para la comunicación de muerte gestacional o perinatal es relevante la presencia de la persona gestante, algún familiar o acompañante significativo.
- Es de suma relevancia que quien comunique la noticia debe presentarse, usando nombre y cargo para orientar a la persona gestante y su acompañante.
- Quien comunique la notica debe indagar el nivel de conocimiento que las personas tienen acerca de lo que está ocurriendo. Esto permite dar cuenta de la capacidad de comprensión, nivel de angustia, emociones presentes y si existe coherencia entre lo que dicen y expresan afectivamente. Asimismo, es relevante para poder detectar necesidades de apoyo posterior de otros profesionales (salud mental, trabajador social, religioso en caso de ser solicitado, etc.).
- Será importante que quien comunique la notica, indague en cuánto y cómo desean informarse, ya sea nivel de detalle, contenido directo, etc. Esto permite que el diálogo se establezca considerando las necesidades de personas gestantes, sus familias o acompañante significativo, su nivel de comprensión y adecuar lo que se está comunicando de acuerdo al estado emocional que se vaya desarrollando.
- Posterior a la comunicación de la noticia, es relevante conservar y propiciar una actitud de empatía, enfocándose en la necesidad de una relación de apoyo por sobre un encuentro centrado en una comunicación de información. Así, el cuidar el lenguaje no verbal (postura, mirada, tono de voz, entre otros) será fundamental para ser coherente con el mensaje de apoyo que se quiere expresar.
- Al momento de comunicar, use pausas para la procesar la información y expresión emocional de de la persona gestante, su familia o acompañante significativo. El uso de silencios es importante que sea respetado y evite "llenar" estos espacios con información que no se ha solicitado. Las pausas pueden ser de utilidad para reconocer quien comunica la noticia impacto negativo (por ejemplo: evitación) generado por las emociones desplegadas por las personas presentes.
- Quien comunica la noticia debe posibilitar un espacio para que la persona gestante, su familia o acompañante significativo resuelvan sus dudas, las cuales deben ser aclaradas con veracidad
- Evite un uso excesivo de lenguaje técnico, juicios de valor y eufemismos.

Post-comunicación de la muerte gestacional o perinatal

- Quien comunique la noticia es importante verificar el nivel de comprensión de lo informado. Resuelva eventuales dudas y mitos en torno a lo acontecido.
- Derive a otros especialistas o personal de salud en caso de ser requerido.
- Oriente e informe sobre los pasos a seguir, explique las opciones que tiene la paciente y su familia en cada proceso.
- Asegure la continuidad de la atención y el seguimiento de la persona gestante, su familia o acompañante significativo por parte del equipo de atención.
- Despliegue estrategias de autocuidado en el equipo, luego de evaluar su estado emocional y sus necesidades que surgieron a partir de la comunicación de la noticia. Propicie espacios de contención en el equipo.
- Comente y evalúe el proceso junto a su equipo, con el objetivo de revisar el impacto emocional y las prácticas que se desplegaron.

Atención Integral en nivel ambulatorio de especialidad:

En este nivel de atención, las personas gestantes podrán ingresar derivadas desde la atención ambulatoria general o bien posterior a una consulta realizada en el servicio de urgencia. El nivel ambulatorio de especialidad se considera como la principal puerta de entrada para las mujeres o personas gestantes que viven una muerte gestacional o perinatal, por lo que los prestadores de salud deben garantizar como parte integrante de su cartera de atención integral:

- Cuando el caso es ya conocido, la atención en debe considerar como prioritaria.
- Realizar acciones de primera respuesta de acuerdo a las necesidades de cada familia.
- Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación por especialistas y exámenes generales y/o específicos, de acuerdo con la situación clínica de la persona gestante.
- Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la persona gestante y/o al acompañante que ésta haya designado, sobre posibles escenarios de evolución del caso, alternativas para su resolución y riesgos asociados.
- Esta actividad se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.
- Consensuar plan de acompañamiento con la mujer o persona gestante, respetando las decisiones de la mujer o persona gestante y su acompañante significativo
- Frente a la decisión de interrumpir el embarazo, ya sea a través de mecanismos observacionales o manejo activo de la evacuación uterina, la decisión debe ser consensuada con la mujer o persona gestante. El equipo de salud debe solicitar el consentimiento informado y debe quedar registrada en el formulario de entrega de información. (ver anexo).
- Ofrecer evaluación por genetista cuando corresponda.
- Velar por la continuidad de atención Gineco-obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso.
- Registrar las prestaciones otorgadas en la ficha clínica y en cualquier otro sistema de información establecido a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento de estos casos.

Tercer Nivel de Atención

Es el nivel más complejo en cuanto a la cartera de prestaciones que ofrece por lo que en este nivel se otorgarán las prestaciones que permitan la resolución de los casos derivados de los otros niveles de atención, dada su complejidad y requerimiento clínico. Las acciones que los prestadores deben garantizar para la atención integral del duelo en este nivel de complejidad son:

Servicio de Urgencia de Hospitales y Clínicas

- Ser la puerta de entrada de casos que consulten en forma espontánea y de aquellos que han sido referidos desde otros niveles de atención.
- Garantizar una atención segura, empática y compasiva con la familia que vive el duelo gestacional o perinatal.
- Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación por especialistas y exámenes generales y específicos, de acuerdo con la situación clínica de la mujer o persona gestante.
- Realizar acciones de primera respuesta de acuerdo a las necesidades de cada familia.
- Proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584 si la mujer se encontrase en riesgo vital o sin posibilidad de expresar su voluntad y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada.
- Realizar acciones de rescate y estabilización hemodinámica de la mujer o persona gestante.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos pertinentes.
- Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la mujer o
 persona gestante y al acompañante que ésta haya designado, sobre posibles escenarios
 de evolución del caso, alternativas para su resolución y riesgos asociados. Esta actividad
 se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión
 de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.
- Velar por la continuidad de atención Gineco-obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso, por medio de la referencia o contrareferencia a otros niveles de atención según corresponda.
- Registrar las prestaciones otorgadas en la ficha clínica y en cualquier otro sistema de información establecido a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento de estos casos.

Atención cerrada de especialidad (hospitalización)

La atención cerrada entregará prestaciones de diferente complejidad (cuidados progresivos) de acuerdo al estado clínico de la mujer o persona gestante. Este nivel, es la referencia del resto de la red asistencial pública considerándose como el de mayor resolutividad, incorporando procesos diagnósticos, terapéuticos y de interrupción del embarazo; en caso que la condición clínica así lo requiera.

Durante el proceso de atención, considerando el dolor que supone la muerte de un hijo/a y del contexto biopsicosocial de mayor fragilidad y sensibilidad, deberán salvaguardarse los cuidados que permitan que tanto la mujer o persona gestante como su acompañante puedan tener una experiencia positiva. Las instituciones de salud deben garantizar dentro de sus prestaciones de atención integral:

Acciones generales:

- Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención en especial en situaciones de riesgo vital y casos que requieran resolución en sistema de hospitalización de manera inmediata. (Modelo de atención en red)
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos requeridos, de acuerdo con el caso.
- Realizar acciones de rescate y/o estabilización de la persona gestante, frente a situaciones de descompensación clínica durante su hospitalización.
- Proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584 si la mujer se encontrase con riesgo vital o se encuentre sin posibilidad de expresar su voluntad, y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada.
- Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la persona gestante y/o al acompañante que ésta haya designado, sobre posibles escenarios de evolución del caso, alternativas para su resolución y riesgos asociados. Esta actividad se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.
- Preparar la ruta intrahospitalaria sensible del duelo gestacional o perinatal
- Permitir el acompañamiento continuo de la mujer o persona gestante por el padre, madre o persona significativa durante todo el proceso de hospitalización.
- Garantizar la atención en un ambiente íntimo, tranquilo y privado durante el proceso de hospitalización. Esto también considera:
 - Asignar a la mujer o persona gestante en una habitación en la cual no tenga contacto con otras mujeres en trabajo de parto, puérperas y/o recién nacidos.
 - Identificar la habitación, la cama o la ficha clínica con señalética especial que evite las preguntas innecesarias y favorezca el trato empático y compasivo con la persona y la familia.
- Consensuar plan de acompañamiento con la persona gestante.
- Si la mujer o persona gestante decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecer. Y dejarlo por escrito en el formulario de entrega de información.
- Realizar los procedimientos de evacuación uterina cuando corresponda, en consenso con la mujer o persona gestante, dejándolo por escrito en el consentimiento informado.
- Garantizar la disponibilidad y ofrecer a la mujer o persona gestante medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento y puerperio. El uso de estas medidas se basará en la solicitud de la persona y en los requerimientos clínicos que ésta presente.
- El modelo de atención de trabajo de parto/aborto, este debe considerar:

- Apoyo de equipo clínico uno a uno.
- Alentar al padre o acompañante significativo para la mujer a quedarse con ella, si es que es su voluntad.
- Permitir ingesta de régimen líquido amplio en mujeres o personas gestantes en trabajo de aborto o parto¹⁵.
- Permitir la libertad de movimiento en mujeres o personas gestantes en trabajo de parto y parto, de acuerdo a recomendaciones MINSAL y OMS.
- Disponer de los insumos necesarios para el alivio del dolor no farmacológico.
- Disponer de los medicamentos e insumos necesarios para otorgar analgesia farmacológica, con el fin de que sea ofrecida a las mujeres en trabajo de parto o aborto.
- Evitar procedimientos potencialmente dañinos que no posean evidencia científica que avale sus beneficios en el uso rutinario. Dentro de estas se incluyen enema, maniobra de Hamilton, rotura artificial de membranas, exámenes vaginales frecuentes o repetitivos, mantener a la mujer o persona gestante en la cama o inmovilizada, entre otras.
- Informar a la mujer de su opción de ser transferida a otra unidad de hospitalización no obstétrica después del parto aborto.
- Permitir a los padres pasar tanto tiempo como deseen en privado con su hijo /a que está muriendo o que murió con privacidad y seguridad
- Favorecer el contacto piel a piel
- Cuidados sensibles del cuerpo, prepararlo para pasar momentos con sus familiares
- Facilitar toma de fotografías y/o conservación de recuerdos, según el deseo de la familia (Mechón de pelo, brazalete de identificación, entre otros)
- Preparar el traslado del cuerpo a unidad de transición (anatomía-patológica)
- Ofrecer y explicar el uso de caja de recuerdos de memoria
- Gestionar algún apoyo espiritual ecuménico si la mujer o persona gestante y su familia lo desean.
- Orientar e informar acerca de gestiones administrativas necesarias.
- Manejo sensible de la lactancia materna en duelo:
 - o Entregar información anticipatoria
 - Presentar todas las opciones de manejo para consensuar plan de acompañamiento (Supresión Farmacológica de la producción de leche, supresión fisiológica de la producción de leche, mantención de la producción, según el deseo de la persona).
 - Derivar a profesional capacitado/especialista según se requiera.
- Garantizar la entrega de placenta, si la persona la solicita (De acuerdo a lo indicado en la norma de atención integral del puerperio MINSAL).
- Ofrecer estudio anatomopatológico y evaluación por genetista cuando corresponda.
- Realizar contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de alguna patología.
- En el nivel de contrarreferencia, informar, ofrecer y disponer de métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.

- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.
- Asegurar el llenado oportuno y correcto de la documentación requerida, según requiera cada caso: Certificado de defunción y estadísticas de muertes fetales, comprobante de parto, y otros).
- Capacitar al equipo completo que tenga directa relación con la atención de mujeres o personas gestantes con muerte gestacional o neonatal; en relación a la forma de atención y al vocabulario adecuado. ("qué hacer y decir y qué no hacer y qué no decir").



11. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Para la referencia y contrarreferencia entre establecimientos de los diferentes niveles de atención, se debe utilizar el documento de interconsulta de la institución, en el que debe explicitar de manera clara y completa la sospecha diagnóstica y el requerimiento de la derivación (confirmación diagnóstica e indicaciones de tratamiento).

Para resguardar la seguridad y la continuidad de la atención, la derivación deberá ser coordinada y asistida, esto es, el establecimiento derivador tendrá que contactar directamente al referente del establecimiento que recibirá a la persona gestante resguardando, en todo momento, la confidencialidad de la atención.

Cuando la persona gestante sea derivada a su establecimiento de origen o de menor complejidad, al momento de la contrarreferencia se deberá generar un informe de tratamiento y una epicrisis en el caso de un alta hospitalaria, y sugerencias para la continuidad de la atención.

Seguimiento y continuidad de los cuidados

Posterior al manejo clínico del duelo perinatal, es de suma relevancia que el equipo de salud que realizó la atención integral (desde la entrega de información sensible, manejo clínico, contención e intervención en crisis), considere aspectos de seguimiento a las familias que vivencian este duelo gestacional o perinatal. Ello, porque la vivencia de una pérdida reproductiva, es una situación en la cual, la mujer se encuentra en un contexto de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal.

Considerando que el duelo desencadena un sufrimiento psicológico que puede complicarse, transformándose en una experiencia difícil de sobrellevar y que, además, madres y padres desarrollan un apego diferente con el feto (hijo/hija en gestación) o neonato, y si éste muere, el duelo de cada uno tendrá distintos estilos y ritmos; es necesario realizar acciones de coordinación del seguimiento desde el nivel secundario al nivel primario y también la continuidad de los cuidados para la mujer, pero también considerar a otros miembros, como la pareja e incluso hermanos.

Seguimiento psicosocial

A continuación, se entregan los períodos de controles posteriores al egreso hospitalario, los cuales permitirán realizar seguimiento a la evolución del duelo y/o favorecer su elaboración.

En cada una de estas instancias, el profesional que entrega la atención, debe asegurar la confidencialidad y el trato respetuoso, para analizar en conjunto la situación actual, abordar todos los temas que la mujer y su pareja desean manifestar y orientar el autocuidado y cuidado mutuo.

Cuando aparece en el relato de la mujer, temas a resolver en relación a la planificación familiar, en cualquiera de los controles de seguimiento, tanto de matrón/a o equipo psicosocial del

establecimiento de APS, es importante realizar derivación asistida al profesional del sector que corresponda, a modo de apoyar integralmente a la mujer.

a. Control de seguimiento a los 15 días post alta hospitalaria

A los 15 días de egreso del hospital, se debe citar a la mujer y su acompañante (pareja o figura significativa) a una consulta de psicólogo/a, con la finalidad de detectar aspectos psicosociales que no estaban presentes al momento del alta y que son esperables que aparezcan con posterioridad.

Esta prestación debe ser realizada por el psicólogo/a que participó en el proceso de atención integral, desde la entrega de información sensible, manejo clínico, a la contención e intervención en crisis, según la oferta local de este profesional:

- · Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo (dupla psicosocial Ley IVE)
- Chile Crece Contigo (dupla psicosocial)
- · Psicólogo/a que disponible en el nivel secundario para atención cerrada

En caso excepcional, si el hospital donde fue atendida la mujer y su pareja, no cuenta con Psicólogo/a, deberá ser derivada al establecimiento de Atención Primaria que corresponda, para que sea citada desde APS a los 15 días de egreso hospitalario.

Por último, es importante informar a la mujer y su pareja, los grupos locales de apoyo para padres en duelo.

b. Control en Atención Primaria

De acuerdo al mecanismo establecido en la Norma Técnica N°9 de mayo 2011, el Servicio de Obstetricia y Ginecología debe enviar un listado semanal a los establecimientos de Atención Primaria, de las mujeres con altas post aborto, puérperas de mortinato y mortineonato, embarazos ectópicos; señalado la presencia de los riesgos psicosociales detectados.

Por ello, el establecimiento deberá llevar un registro de estas mujeres, para citarlas a control con matrona y psicóloga/o a los 6 meses del egreso hospitalaria y al cumplirse un año de la pérdida reproductiva.

- Seguimiento a los 6 meses post alta hospitalaria: En la consulta de psicólogo/a se deberán evaluar:
 - Evolución y elaboración del duelo perinatal.
 - Otras condiciones emocionales secundarias a una pérdida reproductiva, como la depresión.
 - Reevaluación de los riesgos psicosociales y los apoyos con los que cuenta la mujer.

- Estrategias de autocuidado y/o participación en grupos locales de apoyo para padres en duelo.
- Pertinencia del apoyo de otro profesional, como trabajador social, terapeuta ocupacional u otro.

Al detectar sintomatología depresiva, se deben aplicar los instrumentos de screening vigentes, realizar la evaluación y confirmación diagnóstica, y si efectivamente cursa con una depresión, ingresar al SIGGES para comenzar al tratamiento por GES N°34.

En caso de confirmar la existencia de riesgos psicosociales (nuevos o continuidad de riesgos), se deberán abordar intersectorialmente, y realizar las coordinaciones respectivas para los apoyos desde la red local, según la oferta y necesidad de la mujer, su pareja y familia.

A modo de favorecer el autocuidado de la mujer y el apoyo mutuo entre la mujer y su figura significativa, es necesario considerar la participación de esta figura en un próximo control.

Por último, en caso de detectar alguna signo o síntoma de salud mental de mayor complejidad y que no es posible abordar en el nivel de atención primaria, se debe realizar la derivación al nivel de salud mental de especialidad, según mecanismo vigente.

Seguimiento al año de muerte o pérdida reproductiva

La consulta psicológica al año de ocurrida la muerte o pérdida reproductiva, es un momento sensible para la mujer, por lo cual, dicha consulta es una instancia para evaluar la elaboración del duelo.

Al detectar sintomatología depresiva, se deben aplicar los instrumentos de screening vigentes, realizar la evaluación y confirmación diagnóstica, y si efectivamente cursa con una depresión, ingresar al SIGGES para comenzar al tratamiento por GES N°34.

Si se detecta alguna situación de salud mental de mayor complejidad y que no es posible abordar en el nivel de atención primaria, se debe realizar la derivación al nivel de salud mental de especialidad, según mecanismo vigente.

Seguimiento por atenciones de regulación de fertilidad/salud sexual y reproductiva

La nómina enviada desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología al Nivel Primario, un listado semanal de usuarias de alta post aborto, puérperas de mortinato y mortineonato, embarazos ectópicos, indicando nombre, edad gestacional, si ha existido control de la gestación y presencia de riesgo psicosocial.

En el ámbito de libre elección o sector privado el médico tratante deberá indicar control post alta y derivación para continuidad de atención con profesionales de salud mental y/o agrupaciones que realicen acompañamiento en duelo, siempre considerando la decisión de las personas.

Las acciones a realizar por matrona/ón del establecimiento de Atención Primaria o en consulta de libre elección (privada) son:

- Evaluación integral incluyendo aspectos biomédicos y psicosociales.
- Consejería o continuidad método anticonceptivo iniciado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Rescate de mujeres, o personas en período de puerperio, inasistentes a control después del alta.
- Referencia asistida a médico del sector (nivel primario) y/o profesionales de salud mental para dar continuidad al proceso de acompañamiento psicosocial considerando las necesidades y decisión de la mujer, e integrando a la pareja o persona significativa y familia.
- Evaluar contrarreferencia de la especialidad para definir el seguimiento, en el nivel que corresponda.
- Programar próximos controles de acuerdo al método anticonceptivo seleccionado o necesidades de atención de la usuaria, que permita dar respuesta oportuna al deseo concepcional.

12. AUTOCUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD

Durante mucho tiempo y con intención, seguramente, protectora, ante una muerte perinatal no se daba ninguna posibilidad a los progenitores de conocer a su hijo y/o despedirse. Los profesionales guardaban total silencio sobre lo ocurrido, dando una atención un poco distante. Se sedaba a la mujer en el expulsivo para evitar el dolor de ver a su hijo muerto y cuando despertaba, el cuerpo de su hijo ya había desaparecido de su vista. Según Bourne se trataba como un "no-suceso", algo olvidable de inmediato. Para remediar su pena se recomendaba a los progenitores olvidar lo sucedido y buscar un nuevo embarazo cuanto antes. Hoy, existe evidencia que reafirma que la mujer o persona gestante y su familia tienen el derecho de estar informados durante todo el proceso de atención y participar activamente en la toma de decisiones ante esta situación.¹⁶

Los profesionales que se enfrentan a un proceso de muerte perinatal, experimentan sensaciones que dejan huella y desembocan en actitudes de frustración e impotencia que a largo plazo pueden acabar disminuyendo la calidad de sus acciones profesionales y en ocasiones generando burn-out (síndrome del quemado). El profesional elabora una forma única y personal de administrar cuidados ante la muerte, mezcla de vivencias propias y meramente laborales. Se han identificado la tendencia a evadir la situación, a resignarse y a elaborar experiencias de vida a través de estos procesos (Vega et al., 2013). Además suele ser muy frecuente que los profesionales se centren en cuidados físicos o tratamientos médicos para calmar la angustia propia, eludiendo aspectos emocionales para los que se sienten menos preparados y más cohibidos. Por esta razón se deben establecer protocolos de ayuda e intervención para la "segunda víctima".

Además, se deben establecer capacitaciones que permitan al profesional que acompaña en una muerte gestacional o perinatal, para adquirir las habilidades para el manejo constructivo emocional de las que carece por su formación eminentemente biomédica.

Así pues, la formación de pre y postgrado es una herramienta clave para proporcionar recursos de afrontamiento propios y asistenciales (Steen, 2015)¹⁸ así como la existencia de guías de actuación que ayuden a incorporar a nuestra cultura colectiva hospitalaria la valoración y resolución de conflictos emocionales, asumiendo en definitiva la necesidad de formación e incorporación de habilidades en la atención en el proceso de duelo.

Impacto del duelo perinatal en los equipos de salud

Existe un alto consenso en que el duelo perinatal impacta emocionalmente también a las personas que conforman el equipo de salud¹⁹, quienes manifiestan sentimientos de pena, ansiedad, inseguridad, resentimiento, culpa, rabia, miedo, sensación de fracaso e impotencia; y a veces, esta experiencia se puede extender más allá de la jornada laboral y del hospital²⁰.

Al profundizar en los temores del personal, éstos se relacionan con no poder ayudar, empeorar la experiencia de la mujer, a sobre involucrarse, a las consecuencias médico legales y a conectarse con el tema de la muerte.

Con frecuencia, esta respuesta emocional de los equipos de salud se expresa en conductas defensivas o protectoras del propio malestar, tales como:

- Evitar el contacto con la familia.
- Mostrar una actitud distante, sin mucha expresión emocional.
- Comunicar con un predominio de información cognitiva por sobre las emociones.
- Minimizar el impacto de la muerte, sobre todo en gestaciones muy tempranas.
- Tener una atención con predominio de la atención física o de intervenciones, más que atención psicoemocional.

Desde la percepción de la mujer y su familia, estas conductas mencionadas son percibidas como una experiencia relacional negativa que podría agravar el curso del duelo perinatal.

Por otro lado, los equipos de salud expresan que contar con conocimientos actualizados y formación sobre la mejor forma de acompañar a los padres en este proceso, les facilitaría poder afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres²¹.

Importancia de cuidar al cuidador

Los equipos de salud de los servicios de maternidad y neonatología trabajan en modalidad de turnos día — noche, esto implica que requieren de un esfuerzo mayor para mantener el autocuidado en la recuperación de sus necesidades fisiológicas básicas, sobre todo la de sueño y descanso. Quienes son madres o padres, y pareja, a su vez presentan más dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar, en comparación a quienes trabajan sólo en jornadas diurnas. Adicionalmente se debe considerar que las tareas laborales relacionadas con la atención del nacimiento, embarazos de alto riesgo obstétrico y morbilidad en neonatología implican una alta carga emocional y cognitiva para el personal de salud.

En general, la cultura institucional de los hospitales pareciera no tener estas condiciones presentes, y no se instauran espacios protegidos para el autocuidado ni cuidado en los equipos durante la jornada laboral. Una encuesta realizada a 143 profesionales de diferentes servicios de neonatología, que participaron en una implementación piloto de duelo perinatal en el año 2021, un 82% de os profesionales responden que no cuentan con ningún tipo de práctica de autocuidado, y de quienes respondieron que sí, se trataba de una reunión de equipo para hablar de la experiencia del caso de duelo (15%), o bien; practicaban una actividad social en equipo como celebrar un cumpleaños o compartir una colación (7%). Sólo un 3% reportan tener prácticas de autocuidado fuera del horario de trabajo como hacer ejercicios, alimentación saludable y sueño de calidad. Respecto a la frecuencia de estas prácticas, llama la atención que un 13% lo hace sólo cuando se presenta un caso de duelo, un 1% con frecuencia semanal y un 4% con frecuencia mensual²².

La importancia de cuidar a los equipos de salud es esencial en el tema de la atención integral de mujeres que sufren una muerte gestacional, porque precisamente lo que las pacientes valoran positivamente es contar con un personal que pueda conectarse compasivamente con el dolor

emocional, y entregarles herramientas para enfrentar este dolor sin aumentar su sufrimiento. Para cumplir este desafío se tiene que velar por el bienestar integral de los equipos de salud.

En general, se aprecia que los equipos de salud no se sienten capacitados para atender en forma sensible y efectiva el duelo perinatal, porque la formación en pregrado no considera la atención al duelo, ni menos del duelo perinatal en los currículums. En Chile, ya se están ofreciendo algunos cursos o diplomados en este tema; y el Ministerio de Salud realizó recientemente la implementación piloto a la que se le dará continuidad.

Medidas de cuidado para equipos de salud perinatal

Dadas las condiciones laborales descritas, se hace muy necesario que los prestadores institucionales promuevan medidas de autocuidado generales, para todo el personal de salud, y garanticen medidas especiales individuales y grupales para equipos que trabajan atendiendo casos de duelo perinatal. A continuación, se describen sintéticamente, siendo muy importante a tratar con mayor amplitud en el programa de capacitación institucional:

a. Medidas generales de autocuidado para equipos de salud²³

El autocuidado consiste en conductas individuales y de práctica diarias integradas a la vida cotidiana que ayudan a mantener un estado de bienestar integral. Las profesiones de salud están orientadas a cuidar a otros, y es esencial que este cuidado empiece por la propia persona que lo ejerce.

Los prestadores deben contar con instancias de promoción en salud dirigida a los equipos que consideren: Hábitos saludables, mantener el bienestar físico, realizar ejercicios o actividad física, cuidar la salud mental y emocional, manejo del estrés, entre otros.

b. Medidas especiales de autocuidado para equipos de salud perinatal²⁴:

La tarea de acompañar o cuidar a la familia que sufre una muerte, requiere que el personal de salud esté disponible y preparado para acercarse con sus afectos, no sólo con sus conocimientos. Es así como la empatía, la compasión y la autocompasión, se convierten en un importante recurso para lograr un acompañamiento sensible, danto pie a actitudes y acciones cuyo fin sea aliviar el sufrimiento, tanto de un otro como el propio^{25,26,27}.

Los protocolos institucionales deben incorporar acciones de autocuidado para equipos que deben atender casos de duelo perinatal, según los siguientes estándares:

Autocuidado de los equipos durante la atención del duelo gestacional o perinatal:

- Propender a que no sean siempre los mismos profesionales quienes atiendan a las madres y padres que sufren muerte perinatal.
- Evitar coincidir la atención de un nacimiento y una muerte atendidos por los(as) mismos(as) profesionales.
- Asegurar, en la medida de lo posible, que haya tiempo de pausa entre la atención a una familia que vive una muerte gestacional o perinatal y a un parto con un recién nacido vivo.

Espacios de autocuidado pre y/o post atención del duelo gestacional o perinatal

- Instalar espacios de espacios reflexivos protegidos durante y/o después de la atención al duelo perinatal o gestacional²⁸ (Este espacio protegido permite la expresión de emociones en un ambiente seguro, vaciamiento de experiencias percibidas como difíciles, resolución de dudas, entre otros. Este espacio puede ofrecer liberar tensión a los participantes y evita la recarga del espacio familiar)
 - o Percepción del equipo en relación al acompañamiento realizado
 - o Identificación de necesidades del equipo de salud para mejorar el acompañamiento al duelo gestacional o perinatal.
- Generar instancias en las personas del equipo de salud puedan expresar y compartir sus dificultades respecto al proceso de acompañamiento del duelo tanto con sus compañeros(as) como con sus jefaturas. Algunos ejemplos:
 - o Grupos de apoyo.
 - o Tratar el tema en reuniones clínicas.
 - o Espacios de reunión para plantear temáticas a jefaturas.
 - Espacios de apoyo con profesionales de salud mental.
- Espacios de prevención del Síndrome de Burnout o estrés crónico: intervenciones laborales, talleres, medidas de autocuidado, entre otras.
- Mantener capacitación continua en el tema de duelo perinatal.

13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA NORMA

Descansos y/o permisos laborales vinculados a la ley:

La ley establece descansos y/o permisos para la persona que vive una muerte gestacional o perinatal, independiente del género de ésta. Estos descansos no tienen limitación y se aplicarán en cada evento que pueda ocurrir durante el año. Los días de permiso consagrados en este artículo no podrán ser compensados en dinero.

Es importante destacar que los permisos por muerte de hijo en periodo de gestación y el permiso por muerte de hijo se hacen efectivos desde que se constata el fallecimiento o desde que se acredite la defunción fetal, utilizándose de manera continua y sin fraccionamiento. Por otro lado, la licencia postnatal se hace efectiva desde la fecha del parto.

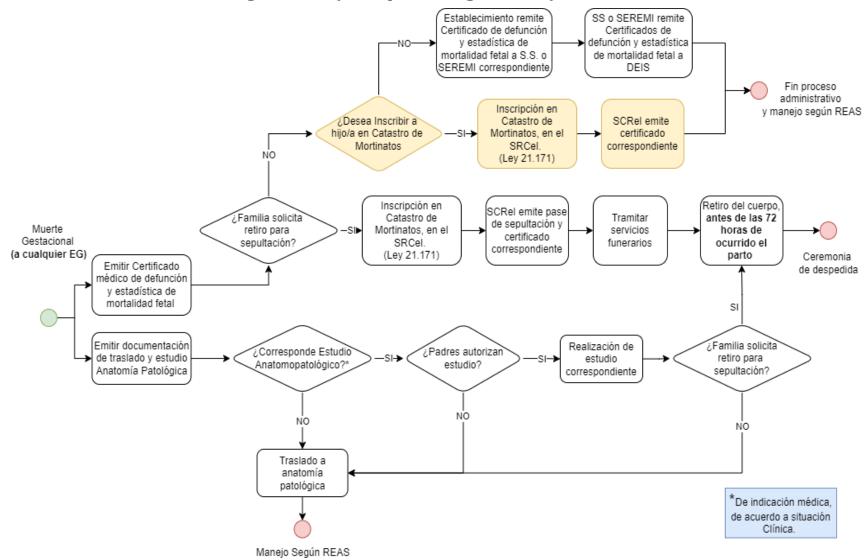
Descansos y/o permisos laborales de la mujer o persona gestante

Edad gestacional	Tipo de permiso	¿Cómo se accede al permiso?
< a 22 semanas o 500 grs	Permiso por muerte de hijo en periodo gestacional, tiene derecho a 7 días hábiles.	Dirigirse al empleador con certificado (Emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (Emitido por SRCeI), según corresponda.
	Licencia médica por lo que estime necesario su médico tratante, para su recuperación física.	Licencia Médica emitida por Médico tratante, a contar del día siguiente al término de su permiso laboral de 7 días hábiles.
> a 22 semanas o 500 grs	Permiso por muerte de hijo en periodo gestacional, tiene derecho a 7 días hábiles.	Dirigirse al empleador con certificado de defunción o certificado de mortinato, según corresponda.
	Licencia de descanso postnatal, que debe ser por 84 días a contar del día del parto.	Documento elaborado por equipo clínico en Establecimiento de salud.
Neonato	Permiso por muerte de hijo, tiene derecho a 10 días corridos.	Dirigirse al empleador con certificado de defunción o certificado de mortinato, según corresponda.
	Licencia de descanso postnatal, que debe ser por 84 días a contar del día del parto.	Documento elaborado por equipo clínico en Establecimiento de salud.

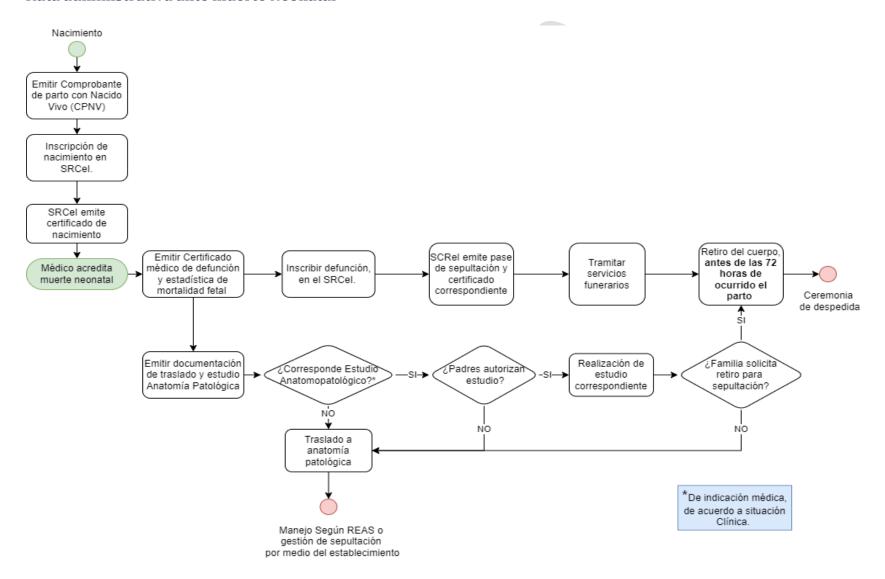
Descansos y/o permisos laborales al padre y/o madre del niño o niña fallecido

Edad gestacional	Tipo de permiso	¿Cómo se accede al permiso?
< a 22 semanas o 500 grs	Permiso por muerte de hijo en periodo gestacional, tiene derecho a 7 días hábiles.	Dirigirse al empleador con certificado (Emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (Emitido por SRCeI), según corresponda.
> a 22 semanas o 500 grs	Permiso por muerte de hijo en periodo gestacional, tiene derecho a 7 días hábiles.	Dirigirse al empleador con certificado (Emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (Emitido por SRCeI), según corresponda.
Neonato	Permiso por muerte de hijo, tiene derecho a 10 días corridos.	Dirigirse al empleador con certificado (Emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (Emitido por SRCeI), según corresponda.

Ruta administrativa ante muerte gestacional (a cualquier edad gestacional)



Ruta administrativa ante muerte Neonatal



Implementación y evaluación de la Norma

Es de suma importancia tener en consideración que toda nueva modificación en los modelos de atención tiene plazos diferenciados en cada establecimiento para que sus equipos logren la incorporación, adaptación y puesta en marcha de estos cambios. A fin de dar cumplimiento a los hitos necesarios para la aplicación de la Ley, se definen las siguientes etapas:

Preparación:

Los equipos de los establecimientos de salud comienzan con la revisión de los procesos de atención actuales en la entrega de cuidados de las mujeres o personas gestantes y a su familia.

Periodo	Actividades
Publicación de la Ley y de la Norma técnica	 Estado del Modelo de Atención en muertes fetales. Estado del Modelo de Atención en muertes o pérdidas reproductivas. Sensibilización de los equipos clínicos.
Primer semestre 2022	 Conformación de equipos de trabajo. Resolución con el nombramiento de responsables de implementación de la Ley. Elaboración de protocolos locales. Revisión de planta física. Capacitaciones.

Puesta en marcha:

En esta etapa se pondrán en ejecución todas las medidas diseñadas en la etapa anterior, esto implica:

Periodo	Actividades
Publicación de la Ley y de la Norma técnica y primer semestre 2022	 Sensibilización y difusión de protocolos. Sensibilización de la comunidad hospitalaria. Pesquisas de dificultades.
Segundo semestre 2022	 Aplicación de protocolos. Aplicación del modelo de atención. Corrección de dificultades. Creación de indicadores.

Evaluación de la estrategia:

Periodo	Actividades
Publicación de la ley y de la Norma técnica	Los equipos de los establecimientos de salud establecerán tácticas de evaluación y control.
Año 2022	 Monitoreo de indicadores. Valoración de brechas. Planes de mejora. Recurso humano capacitado. Revisión de reclamos y/o sugerencias. Revisión de las felicitaciones. Elaboración de informe anual por establecimiento de la aplicación de la Ley.

El cumplimiento gradual de esta normativa se realizará en torno a los siguientes indicadores:

Primera fase de implementación:

Nombramiento de responsables:	
Establecimiento cuenta con resolución que establece responsables de la	SI/NO
implementación de la norma en el establecimiento.	
2. Protocolo institucional:	
Establecimiento cuenta con protocolo institucional de acompañamiento	SI/NO
sensible al duelo perinatal	

Segunda fase de implementación:

3. Atenciones de mujeres o personas gestantes muerte gestacional o perinatal en espacios		
diferenciados:		
N° de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte gestacional		
o perinatal en espacios diferenciados	X 100%	
Total de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte	X 100%	
gestacional o perinatal.		
Meta: 100% de las mujeres o personas gestantes son atendidas por muerte gestacional o		
perinatal en espacios diferenciados.		
4. Capacitación a Profesionales y Técnicos que atienden a familias que vive	en el duelo	
gestacional o perinatal		
N° de profesionales y técnicos capacitados en duelo gestacional y		
perinatal.	X 100%	
Total de profesionales y técnicos que atienden a familias que viven el	X 100%	
duelo gestacional o perinatal.		
Meta: Aumento del 30% anual en la capacitación a profesionales y técnicos que atienden a		
familias que viven el duelo gestacional o perinatal.		

5.	Capacitación a administrativos y personal de apoyo clínico del establecir	miento
	Cuenta con instancia de capacitación para administrativos y personal	
	de apoyo del establecimiento en el protocolo de acompañamiento	SI/NO
	sensible al duelo gestacional y perinatal del establecimiento	
6.	Recuerdos significativos para la familia	
	Cuenta con acciones para favorecer la recolección de recuerdos de	CI /NIO
	maternidad y paternidad significativos para las familias que viven el duelo gestacional o perinatal.	SI/NO
7.	Informe anual de implementación	
	Cuenta con mecanismos de supervisión y evaluación de la implementación de la ley en el establecimiento	SI/NO
	Presenta informe anual de implementación de la ley en el establecimiento a Servicio de Salud o SEREMI correspondiente	SI/NO

14. ANEXOS (En construcción)

Información relevante para las familias en duelo gestacional o perinatal (En construcción)

Trámites a realizar por los familiares en caso de mortinatos:

- 1. Con Certificado de defunción debe registrar en el Servicio de Registro Civil e identificación.
- 8. En el registro Civil solicitar pase de sepultación.
- 9. Realizar trámites correspondientes en cementerio, si sepultación es realizada por la familia. (avisar a Anatomía Patológica si van a retirar el cuerpo antes de 48 horas).
- 10. Retiro de cuerpo en Anatomía Patológica con pase de sepultación y urna.

Trámites a realizar por los familiares en caso de mortineonatos

- 1. Con comprobante de Parto con recién nacido vivo, inscribir nacimiento en servicio de registro civil e identificación.
- 2. Con certificado de nacimiento, concurrir a neonatología o pediatra o médico asignado, para retirar certificado de defunción.
- 3. La Confección del Certificado de Defunción debe realizarse en base a los datos del Certificado de Nacimiento.
- 4. Con certificado de defunción, concurrir a Registro Civil y solicitar pase de sepultación.
- 5. Realizar trámites correspondientes en cementerio, si sepultación es realizada por la familia.
- 6. Retiro de cuerpo en Anatomía Patológica con pase de sepultación y urna.
- 7. En caso de realizar sepultura en algún centro con convenio, coordinar con matrón(a) encargada en cada servicio.

15. Bibliografía (En Construcción)

- ³ Ortega A. Abordaje del duelo. Revista AOSMA № 27- Noviembre 2019- ISNN-e: 1887-3952. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7326651.pdf
- ⁴ Melo P. Duelo perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno. :180. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177132/Duelo%20perinatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ⁵ Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths] ISBN 978-92-4-351122-1 OMS
- ⁶ Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A., & Hall, L.A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after perinatal loss. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 44(1), 42-50. DOI: 10.1111/15552-6909.12539
- ⁷ Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2016
- ⁸ Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci. junio de 2012;14(2):187-94.
- ⁹ Anuario de estadísticas vitales, 2018 Período de información: INE 2018
- ¹⁰ Donoso. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.6 Santiago 2011 http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000600001 REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(6): 377 379
- ¹¹ Cole, M. Lactation after perinatal, neonatal or infant loss. Clin Lact. 2012;3(3):94-99.
- ¹² Carroll, K., Noble- Carr, D., Sweeney, L., Waldby, C. 2020. Journal of Human Lactation. Vol 36(3) 480-491.DOI: 10. 1177/ 0890 3344 20926946
- ¹³ McGuinness D, Coughlan B, Butler M. (2014) An exploration of the experiences of mothers as they suppress lactation following late miscarriage, stillbirth or neonatal death. Evidence Based Midwifery 12(2): 65-70
- ¹⁴ MINSAL;NORMA TÉCNICA NACIONAL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER QUE SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES QUE REGULA LA LEY 21.030.

¹ Ley 21.171 Disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135245

² Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Guía Perinatal 2015.

¹⁵ Recomendaciones MINSAL - FIGO

¹⁶ BOURNE S. The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. J R Coll Gen Pract 1968;16: 103-112.

- ²² Informe Final de la implementación piloto: Fortalecimiento de la atención integral del duelo perinatal en hospitales de la red pública de salud. Chile Crece Contigo, MINSAL, 2022.
- ²³ Extraído del Módulo de Autocuidado de equipos de salud, de la Dra. Mónica Galanti, Implementación piloto de Fortalecimiento de la atención integral del duelo perinatal en hospitales de la red pública de salud.
- ²⁴ Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal y Santos P, Yáñez A. y Al-Adib M. (2015) Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.
- ²⁵ Klimecki, O. (2019). The Role of Empathy and Compassion in Conflict Resolution. Emotion Review. https://doi.org/10.1177/1754073919838609
- 26 Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. Psychol Bull, 136 (3): 351-374. doi: 10.1037/a0018807
- ²⁷ Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology, 53, 1, 6-41.
- ²⁸ Pi-Sunyer M.T., Camba F., López O. y Gregoraci A. (2018) Grupos Interdisciplinarios de Reflexión ante la pérdida en el Hospital Vall d'Hebron: Apoyo entre profesionales sanitarios en el ámbito materno-infantil. Revista Muerte y Duelo Perinatal, Número 4.

¹⁷ Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 no.1 Madrid ene./mar. 2011

¹⁸ Psicología desde el caribe issn 0123-417x (impreso) issn 2011-7485 (on line) Vol. 30, n.° 1, eneroabril 2013

¹⁹ (Gold, 2007; Pastor, 2016; Flenady et al., 2014, Nuzum et al., 2014; Huertas Fernández, 2017) en Melo P. 2020. Tesis de magister

²⁰ (Nuzum et al., 2014) en Melo P. 2020. Tesis de magister

²¹ (Pastor et al., 2011; Nuzum et al., 2014; Flenady et al., 2014) en Melo P. 2020. Tesis de magister