



## **CAPÍTULO 2**

### **PRESENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS**

Sistematización de experiencias educativas en salud y comunidad como estrategia de aprendizaje\*

*Laura Camila Vanegas Pulido  
Julián Andrés Barragán Becerra*

*\*Proyecto código SGI: 2930*



## Introducción

La educación es un proceso culturalmente vital, que integra y fortalece los elementos que la constituyen; esta, no debe restringir, limitar o violentar, por el contrario, es necesario promover, emocionar, liberar y motivar al ser humano en potenciar sus capacidades y superar sus limitaciones (1). Los elementos del diario vivir que constituyen el ámbito educativo, conviene que estén orientados hacia el favorecimiento de acciones y, que representen una oportunidad para que cada persona se transforme a sí misma y a su entorno (2). El interés por el enfoque sociocultural y sus implicaciones para la investigación educativa, han aumentado de manera significativa, al igual que la necesidad de generar procesos que faciliten la transformación de las prácticas pedagógicas comunitarias en los ámbitos sociales (3), al incrementar la participación de las personas y utilizar recursos digitales de acceso masivo. La divulgación del conocimiento, es una responsabilidad de quien investiga, ya que es quien contribuye a la democratización, realimenta las desigualdades preexistentes y comunica resultados a la comunidad (4).

La construcción colectiva, es la columna vertebral dentro del proceso de aprendizaje, la cual implica no solo la organización del escenario educativo mediante el diseño de actividades de colaboración en torno a un tema, sino también, el cambio que genera en las personas participantes. Las experiencias vividas durante el acto educativo, deben permitir que la voz de las personas recobre el sentido y que quienes median el aprendizaje, se integren a las experiencias comunitarias, en una relación horizontal. La pedagogía participativa como mediación pedagógica, se convierte en una construcción clave del desarrollo humano, que exige promover educativamente una red de posibilidades de aprendizaje basada en la interconexión ser - humano - mundo, de manera

que se haga frente a un pensamiento productivo y creativo (5). En los saberes populares existe la convicción de una urgencia por preservar el conocimiento comunitario, debido a que muchos están en peligro de desaparecer junto con las prácticas de quienes los transmiten.

Los profesionales de la salud realizan procesos para educar a las poblaciones en el cuidado, pretendiendo que estas aumenten el control sobre su salud y la mejoren, así mismo, en el ejercicio educativo se identifica que los medios de comunicación son fundamentales para la promoción de la salud<sup>6</sup>. La educación comunitaria, a través del uso masivo de medios de comunicación, ha permitido llegar a poblaciones geográficamente dispersas, se hace necesario analizar cómo las comunidades interpretan, adaptan para sí mismas, cómo interactúan, cómo comparten los saberes populares en salud y cómo los conservan.

A partir de estos, las anteriores posturas y con base en la formación profesional en el área educativa, el grupo de estudiantes del espacio de formación Profundización en Educación para la Salud del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), se formularon cuatro proyectos que tuvieron como propósito la re significación de las prácticas de cuidado de la salud desde cuatro enfoques: 1. el uso de plantas medicinales en personas con enfermedades crónicas; 2. las costumbres alimentarias boyacenses y la nutrición, 3. el cuidado femenino y 4. la disminución del estrés en jóvenes universitarios, fundamentado en pedagogías de pedagogos latinoamericanos y mediante la metodología de talleres participativos, elementos que aportaron al logro de la competencia profesional respecto a la educación para la salud. Desde la formación profesional, es importante generar en los aprendientes una reflexión y un análisis crítico, que implique una reflexión democrática, humanista e intercultural, al interior de los propios equipos de salud de los que formarán parte (7).

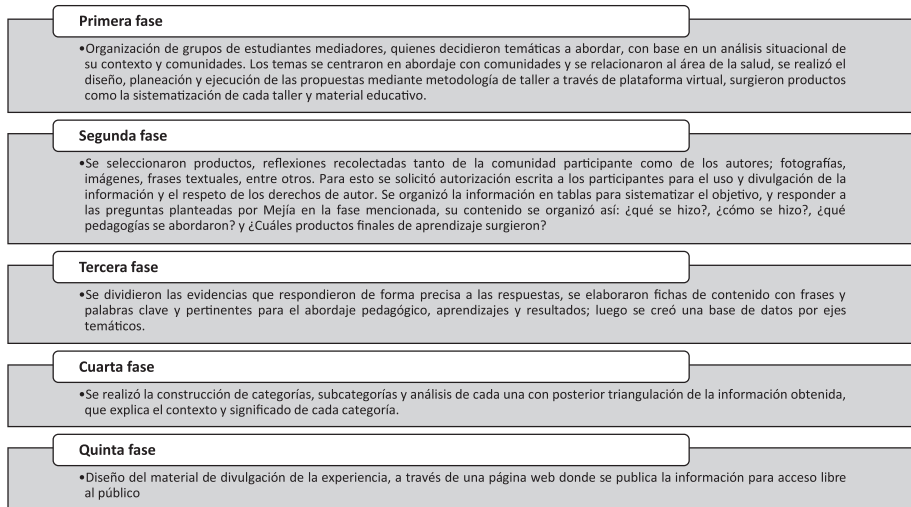
En el presente documento se expone la sistematización de las experiencias educativas realizadas en comunidad; esta metodología permite condensar, organizar la información para facilitar la observación y el análisis de los resultados obtenidos, vistos como un proceso de investigación educativa. Se tuvo en cuenta la fase *sistematizando la sistematización* de la propuesta de Mejía (3), que aborda el concepto,

el tipo de saber y el proceso metodológico implementado, no estandarizado, sino determinado por los niveles de desarrollo que presentan los grupos, con el fin de describir las concepciones significativas y los caminos logrados en el aprendizaje colectivo (3). Este proceso retoma la comprensión e interpretación de la práctica pedagógica, que asume a la comunidad como un todo y la experiencia como un elemento ligado a los saberes populares. Se plantea el fenómeno pedagógico como un hecho observable en un contexto específico, del que se extrae una serie de aprendizajes y se establece un entramado de datos importantes que se convierten en campos definidos de comprensión, organizados en categorías, y subcategorías, que permiten visualizar y profundizar con más detalle el fenómeno estudiado (3).

## Metodología

Se realiza un proceso metodológico de sistematización de experiencias educativas, que toman como eje principal, la fase *Sistematizando la Sistematización* de la propuesta de Mejía<sup>3</sup>, sobre la cual se articulan las fases: 1. Diseño, ejecución de talleres, producción y análisis del saber para su construcción, 2. Organización y análisis de la información, 3. Reconstrucción del proceso, 4. Categorización y resultados, 5. Divulgación de las experiencias.

**Gráfico 1.** Descripción de las fases:



**Fuente.** Autores

Desde el punto de vista pedagógico, las propuestas se fundamentaron en planteamientos de autores latinoamericanos junto con el proceso de mediación pedagógica para la construcción de los talleres y de alternativas de aprendizaje de Gutiérrez y Prieto (8), con estrategias participativas. Se estableció el diálogo de saberes y reconocimiento del otro como elemento necesario en la construcción colectiva del conocimiento. Las cuatro propuestas se denominaron: “Reconstruyendo nuestros saberes Boyacenses en el cuidado de la salud”, “Saberes compartidos sobre el cuidado de la mujer”, “Explorando nuestra tradición alimentaria saludable” y “Reincorporando cuerpo y mente”, como pilar básico para reconocer la educación como fundamento de la acción del cuidado, promover la salud y emprender procesos comunicativos afectivos con la comunidad, equipo de salud y demás profesionales.

A partir de los productos generados en cada propuesta, se realizó la sistematización para la condensación y organización de la información, facilitar su análisis y observación. Este proceso se desarrolló en cinco fases.

## Resultados y Discusión

El desarrollo de las propuestas educativas se realizó durante el periodo académico comprendido entre los meses de mayo a septiembre del año 2020, en la Escuela de Enfermería- UPTC.

Los proyectos contaron con un total de 52 personas participantes del área urbana y rural de los municipios de Tunja, Cóbbita, Duitama, Paipa y Villa de Leiva principalmente, de diversas edades y géneros, distribuidos en las cuatro propuestas implementadas. Se tuvo la participación de 15 estudiantes que fueron mediadores de las siguientes propuestas:

**1. Resignificación de saberes en el cuidado de la salud:** El objetivo, fue resignificar prácticas de cuidado de la salud con el uso de plantas medicinales de la cultura boyacense, para recuperar el sentido de pertenencia cultural y generar aportes alternativos en el cuidado de la salud de las personas con afecciones crónicas durante el transcurso de la vida. Se utilizó como referente la pedagogía de Paulo Freire y la realización de círculos de cultura, que favorecieron la integración de mediadores y participantes. Se realizaron cuatro talleres con la vinculación de 13 participantes.

**2. Reincorporando cuerpo y mente:** Con el fin de acercar a los participantes en las técnicas para disminuir el estrés y promover su apropiación; se vivenciaron técnicas diferentes a las tradicionales para el manejo del estrés en estudiantes por el confinamiento social y se brindó un espacio para compartir y expresar su estado emocional, guiado mediante sesiones de Musicoterapia, Biodanza® y Meditación con apoyo en educación biocéntrica propuesta por Rolando Toro (9). Se llevaron a cabo tres talleres, con la vinculación de 12 participantes.

**3. Explorando nuestra tradición alimentaria:** El objetivo, fue comprender el significado de los alimentos tradicionales del departamento de Boyacá, su consumo frecuente y el impacto en la nutrición. Se retomaron saberes en nutrición y alimentación adquiridos a través de su propia experiencia o de experiencias aprendidas de sus padres o abuelos y los significados culturales propios de la alimentación boyacense a

partir del planteamiento; el factor importante en el aprendizaje, es lo que el aprendiente ya sabe, el aprendizaje significativo implica un reconocimiento de los vínculos entre los saberes; este aprendizaje es transferido a la memoria a largo plazo, la cual, al compartir experiencias y vivencias puede generar un cambio importante. Se realizaron cuatro talleres a los cuales se vincularon 10 participantes.

**4. Saberes compartidos sobre el cuidado de la mujer:** Generar espacios en los que se compartan saberes sobre el cuidado del cuerpo femenino entre mujeres y hombres de distintas edades generacionales, que permitieron construir de manera colectiva experiencias de cuidado, con el fin de lograr un reconocimiento de prácticas que se construyen en conjunto. Se retomaron los círculos de cultura propuestos por Freire, donde todas las personas fueron partícipes, incluidas las mediadoras. En la primera fase de todo círculo de cultura, se da el reconocimiento de saberes, a partir de la premisa de que todos sabemos algo y así mismo, nadie lo sabe todo (10) y como segunda fase en el intercambio de saberes, se propició la creación de una conciencia política al problematizar la realidad y, que las personas se redescubran como sujetos en un mundo de experiencias (11). Se realizaron cuatro talleres, con la vinculación de 17 participantes.

La información se categorizó a partir del análisis de los datos recopilados en los talleres, lo cual permitió generar las categorías que aportan en la construcción colectiva de saberes y su resignificación, para comprender a las personas en su contexto social, en el sentido de qué se observa y estudia en las dimensiones de la cotidianidad. El análisis se abordó desde la reducción de datos, categorización, codificación y clasificación. La categorización (Ver Tabla 1), tuvo en cuenta el contenido de la información cualitativa, transcrita en los textos de campo y la asignación de un código a las afirmaciones, en donde P es la propuesta, T el taller respectivo y P el número de participante.



**Tabla 1.** Categorías Emergentes.

CATEGORÍAS EMERGENTES	CATEGORÍAS	Subcategorías
	CUIDADO DE LA SALUD	Mente y Cuerpo
		Afecciones en la salud
	PEDAGOGÍA PARTICIPATIVA	Mediación pedagógica
		Pedagogía popular
	SABERES POPULARES	Generaciones
		Saberes
	CULTURA BOYACENSE	Costumbres alimentarias
		Cuidado de la salud
		Uso de plantas

**Fuente: Autores.** Adaptado de la base de datos 2020 categorización y reducción de datos

## Categoría cuidado de la salud

Esta categoría comprende las acciones encaminadas a la prolongación de bienestar y vida de las personas, con el fin de tener un proceso de salud coherente con la definición de *Salud* de la Organización Mundial de la Salud, en la que se identifican tres variables: bienestar físico, mental y social, enfermedad y afección. La persona dirigirá sus actos de cuidado para sentirse bien, obtener recursos, buscar un buen funcionamiento y la prevención de problemas de salud y sus consecuencias, las potenciales relaciones existentes entre el acto del cuidado y la salud tanto propia, como la de otras personas.

En la subcategoría de mente y cuerpo, se evidencian los cuidados dirigidos al cuerpo humano y la salud mental; hay múltiples referencias a la palabra cuerpo, toda vez que, con esta se representa unidad, totalidad, integridad y emocionalidad. El cuerpo y la expresión emocional, han estado alejadas de los procesos pedagógicos y su recuperación es necesaria, ya que, no es posible desconocer la influencia del contexto sociocultural en el proceso emocional y el aprendizaje (12). Los participantes describen la importancia de rescatar los saberes que tienen acerca de los mismos: “rescatar los conocimientos y costumbres ancestrales en torno al cuidado del cuerpo femenino, así mismo para

facilitar la comunicación de mujeres, hombres y adolescentes” (P1, T1, P2), “sensibilizar sobre el cuidado del cuerpo en momentos de enfermedad, recogiendo las experiencias, sentimientos y emociones que allí surgieron” (P1, T3, P5), “forma de apropiarnos del cuidado enfocado a la salud mental, ya que se considera que una mente sana se refleja en un cuerpo sano”. (P3, T1, P1). Se rescata el valor que tiene la integralidad del cuerpo desde un paradigma holístico, que reconoce la mente y el espíritu y, valora la multiplicidad de entornos y factores sociales, culturales, económicos, políticos, éticos e históricos que influyen en la vida de una forma saludable (13), que generalmente es una valoración positiva: “nuestro cuerpo, nuestro templo, esta es la razón más importante para auto cuidarlo y respetarlo, así vamos a tener una vida más feliz y tranquila” (P1, T1, P3), “con la musicoterapia como técnica alternativa para la disminución del estrés y el efecto que el estrés conlleva, ayuda mucho e incentiva a hacerla más seguido” (P3, T1, P2).

La subcategoría *afecciones en la salud*, describe las experiencias que enfrentan los participantes en una situación de enfermedad y los cuidados que han aplicado, respecto a la alteración o desviación del estado fisiológico por causas en general conocidas (13). Los participantes rescatan las tradiciones para el cuidado de la salud, como el uso de plantas que se atribuyen propiedades medicinales: “uso prudente de las plantas medicinales como complemento al tratamiento farmacológico de las afecciones crónicas de la salud” (P2, T2, P4), “los efectos de la planta son alivio y curación, lo bueno es que tienen energía y son eficientes” (P2, T1, P8).

Al rescatar relatos de personas con enfermedades o con pérdida de alguna parte corporal, emergen los sentimientos propios y la empatía: “nos sensibilizamos sobre el cuidado del cuerpo en momentos de enfermedad, recogiendo las experiencias y sentimientos que allí surgieron” (P1, T3, P2), “Me pongo en los zapatos de quienes han perdido algo de su cuerpo y su alma” (T1, P1).

De igual manera, se mencionan las condiciones externas ya sean propias o no, que afectan la salud mental: “la presencia de estrés y demás emociones afectan la salud mental de manera negativa” (P3, T1, P5), “por ejemplo, el aislamiento social, por ende, trabajo y estudio

en casa y la preocupación por la salud física individual y colectiva, ha sido un factor agravante que ha traído consigo un impacto en la salud mental” (P3, T2, P10). Otra referencia realizada a la afección de la salud, es a una alimentación inadecuada, referente a los hábitos alimenticios y con la calidad de los alimentos; se rescatan los alimentos tradicionales de la región boyacense y destacan las consecuencias negativas del consumo de alimentos procesados: “actualmente se presentan muchísimas enfermedades, y en gran parte por la alimentación, uno como que se preocupa solo por satisfacer el paladar, mas no por comer adecuadamente” (P4, T3, P8), “como consecuencias de esta transición alimentaria se evidencia la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad, la resistencia a la insulina y eventualmente, la diabetes tipo II” (P4, T1, P11).

### **Categoría pedagogía participativa**

Esta categoría representa las aproximaciones pedagógicas utilizados en la formulación de las propuestas con un enfoque participativo. Como afirma Freire (14), «enseñar no es transferir conocimientos, sino crear las posibilidades para su producción o construcción», además de considerar que el proceso de diálogo – reflexión, implica el uso de uno de los recursos fundamentales dentro de la concepción enseñanza – aprendizaje. Es pertinente afirmar que se reconoce que un solo actor social asume, tanto el rol de educando como el de educador, al ser un sujeto activo y dinámico dentro de un contexto social, lo cual le permite vivir diversas experiencias que sirven como punto de partida en procesos de adquisición y difusión de saberes, que dan como resultado un aprendizaje significativo y producto del aprendizaje; se refiere al contenido diferenciado que evoca un símbolo o conjunto de estos después de haber sido aprendido (15); además, este tipo de aprendizaje surge en los procesos motivacionales y afectivos. Este planteamiento se relaciona con lo que Toro, denomina: Educación biocéntrica, que hace una crítica a la educación tradicional por la carencia de un vínculo con la vida. El aprendizaje debe ser vivencial y parte de la afectividad, vinculando la inteligencia como el goce de vivir y promueve la identidad de las personas para potenciarlas (16): “a través de la integración corporal cenestésica se medió el aprendizaje sobre el proceso fisiológico del estrés a nivel neuroendocrino, sus manifestaciones a nivel orgánico y

la expresión de emociones a través del cuerpo" (P3, T1, A: Propuesta 3, Taller 3, Autores), "los seminarios participativos en los cuales se puedan aplicar sesiones de musicoterapia, biodanza y meditación, fundamentadas en la educación biocéntrica y enfocadas a disminuir el estrés y fomentar la salud mental".

La subcategoría de mediación pedagógica, describe la construcción del desarrollo humano que exige promover educativamente una red de posibilidades de aprendizaje con sentido, de allí que, la mediación pueda considerarse no solo como una intención de pensamiento pedagógico innovador y propositivo, sino como un verdadero accionar didáctico que se ubique en el centro de las reflexiones docente - aprendizaje - estudiantes, afirmando el acto comunicativo como principal propósito en el ejercicio de la formación (4). Una de las estrategias utilizadas propuesta por Freire, son los círculos de cultura que permite que todos los participantes, incluidos los organizadores de los talleres, aprendan y aporten en conjunto: "se genera un ambiente propicio que permite reconocer las diferentes prácticas culturales, sobre el cuidado del cuerpo femenino" (P1, T1, P1), (P3, T3, A), el factor más importante que influye en el aprendizaje, es lo que el participante ya sabe, "por ello, la exploración de conocimientos previos o propios de los participantes" (P4, T1, A).

La subcategoría pedagogía popular, abarca la importancia de los saberes populares en los grupos, es decir, los que representan en esencia la temática de cada taller: "conversatorio a raíz de una canción propia de Boyacá en la que se abarcan conceptos como la tierra, la semilla y los alimentos" (P4, T2, A), "se genera una participación colectiva, mediante el círculo de la cultura, en pro de la recuperación de la voz de los sujetos y de sus saberes" (P1, T1, A), ya que la experiencia engendra saber y la tradición lo incorpora en la vida social, en una transmisión que supone imitación, atención, escucha y práctica; los saberes tradicionales se incorporan como recursos de enseñanza de la tradición en las comunidades(17).

## Categoría saberes populares

Los saberes populares en salud, se convierten en una parte fundamental del desarrollo cultural al tener en cuenta los valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos de las personas. Esta categoría surge de la necesidad en común de preservar los conocimientos que se derivan de la cultura, la sociedad y la familia y se destacan en la región boyacense. La memoria colectiva remarca su carácter social y procesual producto de significados compartidos y construidos por medio de las relaciones sociales y actualizadas a través del lenguaje y las prácticas comunitarias (18). En este sentido, el pasado se construye y reconstruye desde el presente, de sus intereses y proyecciones futuras, a través de prácticas que otorgan valor y significado. En la subcategoría Generaciones, vemos la necesidad de que los conocimientos y saberes tradicionales, pasen de generación en generación, para no perder las costumbres y mantenerlas vivas en estos tiempos.

Los adultos mayores son el medio para conocer estos saberes, que con su escucha, se puede aprender de ellos: “mi abuela es sobandera y ahora, se ha reflejado que son pocas las personas que acuden a ella” (P1, T1, P5), “entre mujeres y hombres de distintas edades generacionales, se permite construir de manera colectiva, diferentes experiencias de cuidado (P1, T2, A), “cocinar era un momento chévere no solo para realizar para la venta o consumo en familia, sino un momento agradable para compartir y para que los abuelos nos transmitieran el conocimiento de cómo se hacían los diferentes alimentos..., algo que me pareció curioso, es que, ella hablaba que la abuela era quien le enseñaba a ella... Me parece chévere porque a mí también la que me enseñaba era mi abuela” (P4, T3, P6), “yo le pregunté a mi mamá y a ella como que le evoca mucho su niñez, porque ella vivía en el campo y vivió estas experiencias de estar con la familia; y la cocina como que culturalmente siempre ha sido el lugar donde se reúnen en familia y comparten...” “mi mamá resaltaba la parte de la infancia, y preguntarle sobre la comida le recuerda todas esas buenas experiencias” (P4, T2, P7), “De generación a generación uno va cambiando sus hábitos alimenticios, y pues sí, nosotros nos dejamos llevar mucho por la comida rápida, la comida chatarra, y dejamos a un lado nuestra comida de raíz” (P4, T1,

P8), “nuestras raíces hacen relación con nuestros abuelitos, este taller nos ayudó a recuperar esas cosas de Boyacá que tantos recuerdos nos traen” (P4, T1, P9); la familia, es el principal generador de conocimiento popular, es quien enseña y transmite las tradiciones en el hogar desde la niñez: “El compartir en familia al momento de comer y de ir a comprar a sitios como la plaza de mercado se ha ido perdiendo” (P4, T2, P5), “cien años puede vivir, lo mismito que mi abuela, teniendo buena comida, con habitas, y amasijos, porque la salud está en la muela” (P4, T2, P2).

En la subcategoría etapa de vida, hace referencia al ciclo de vida en el que se encuentra cada participante de acuerdo a la edad, en cada etapa, encontramos cambios significativos junto con los saberes que se adquieren en cada uno y, que, con el tiempo se van enriqueciendo: “Vivo en el campo y he estado rodeada de diferentes cultivos de plantas, sin embargo, nuestro conocimiento como jóvenes es muy poco, por esto es gratificante conocer experiencias de personas mayores para así aprender juntos el uso adecuado de las plantas en el cuidado de nuestra salud” (P2, T4, P3), “la universidad es un aspecto estresante para los jóvenes” (P3, T3, P1), “los niños y jóvenes adoptaron las influencias de los medios de comunicación masivos y de sus pares transformando el significado de la alimentación y de la nutrición” (P4, T2, P4). La subcategoría saberes, surge de la capacidad de los participantes para evocar y compartir conocimientos adquiridos desde la experiencia; utilizando esa sabiduría como herramienta para el desarrollo de las actividades, en un acto de inteligencia y prudencia práctica de la humanidad y por tanto, el sentido teórico y el práctico son indisolubles, así, toda sabiduría es legítima como virtud superior (19): “bonita la sesión, escuchar experiencias y aprender de todos” (P2, T2, P1), “el buen uso de las plantas nos va a dar curación, pero tenemos que tener cuidado porque tiene sus efectos” (P2, T2, P3), “usar las plantas medicinales es un beneficio, pero conocerlas bien nos evita un perjuicio” (P2, T4, P4), “Yo conozco mucho de plantas en infusión, pero al participar en este taller pude conocer cosas nuevas, para aplicarlo en el cuidado de mi familia” (P2, T3, P5), “es bueno que enfermería rescate nuestro arraigo cultural, debemos estar muy orgullosos de nuestro origen y cultura pues Boyacá es muy importante para el abastecimiento del país”. (P4, T1, P2). Los saberes populares en salud se convierten en

un aspecto fundamental del desarrollo cultural, al tener en cuenta los valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos de las personas.

## **Categoría cultura boyacense**

Esta categoría describe características con las que se identifican los participantes al tener en común una identidad cultural boyacense. Boyacá, es un departamento con gran diversidad, desde la riqueza de su geografía con climas variables, que facilita el trabajo en el campo con múltiples labores, lo que caracteriza la región boyacense con una alta población rural; la geografía, la historia, las costumbres, entre otros aspectos, ha hecho posible el desarrollo de características propias de su cultura. La subcategoría de costumbres alimentarias, deja ver la variedad de gastronomía de la región, por la disponibilidad de recursos naturales, que llevan a la producción de una gran oferta de productos; además, para la alimentación resulta uno de los factores más importantes de la vida cotidiana de la comunidad, puesto que, es el combustible para el trabajo de la tierra en el que la cocina se convierte en espacio de centro de reunión ya que mientras se conversa, quien recibe sus invitados con la preparación de algún alimento, y es que dentro del sentir boyacense, se podría decir, que, la hora de comer no es simplemente digerir, es deleitarse y traspasar de lo común y cotidiano a todo un rito, en el que se resaltan las costumbres e historias de la gente. De esta forma, se redime todo aquello que hace al boyacense: las fiestas patronales o el domingo de plaza, en el que resalta la devoción del campesino boyacense, sus costumbres religiosas, las celebraciones para el disfrute, el compartir y recitar coplas, la música campesina como una mirada antropológica que tiene cada canción, en el que el campesinado - boyacense, se identifica con lo que cada letra narra desde la cotidianeidad en la búsqueda y añoranza de una vida de paz, de trabajo y de amor a la tierra (20). Durante los talleres, se destaca la importancia de conservar y recuperar este tipo de tradiciones relacionadas con la alimentación de la región: "Mi abuela preparaba muchas cosas en el campo, como el queso, el melado" (P4, T2, P2).

La subcategoría cuidado de la salud, la componen los cuidados que se practican tradicionalmente en la región, para conservar y cuidar la salud y como ya se mencionó, en la región boyacense predomina el área rural, en la cual las condiciones de muchas personas son adversas. Sumado a lo anterior, los factores asociados a la gestión de la enfermedad convergen y se hacen más complicados, lo que genera que la carga de la enfermedad sea mayor cuando la persona reside en una región rural. En el hogar, el paciente crónico y su cuidador, se encuentran en un escenario en el que la falta de conocimientos y las barreras para el acceso a los servicios de salud, pueden afectar su capacidad de cuidado. La población ha creado con el tiempo estrategias que se adaptan a su practicidad y su carácter mágico religioso, sin necesidad de explicación científica, sino desde la experiencia: “en cada vereda de Tuta, había una persona designada para los partos, por el difícil acceso a los centros de salud” (P1, T2, P6), “mis papás nacieron por medio de las parteras, ya que el acceso a los servicios de salud era muy difícil y es una tradición que se ha perdido a lo largo del tiempo; “tenemos prácticas de alimentación saludable y natural reconociendo los beneficios que esta puede traer para su salud” (P4, T1, P3), “las plantas son importantes para mantener la energía y el cuidado de la salud” (P2, T2, P4), “las plantas producen alivio y sus buenos efectos, nos llenan de energía y son necesarios para los cuidados” (P2, T3, P5).

La subcategoría *uso de las plantas*, explica la propiedad y uso que se le atribuyen a algunas plantas de la región. Desde su origen, el ser humano ha mantenido íntimo contacto con las plantas y los animales, esto, le ha permitido acumular un rico acervo de conocimiento de las especies que utiliza tanto para alimentarse, como para curarse. El departamento de Boyacá, cuenta con diversidad de plantas medicinales, pero, su valor se va perdiendo, debido al periodo de modernización actual, el campesinado y especialmente las mujeres, conservan saberes ancestrales en los que se entremezcla la cosmovisión occidental judeo-cristiana, en el uso medicinal de las hierbas y productos naturales que han generado proyectos de emprendimiento (21).

La medicina moderna comenzó a practicarse recientemente en muchos de los municipios y, principalmente en las zonas urbanas de Boyacá. Los habitantes de esta región, rara vez, disponen de recursos económicos



para adquirir fármacos, por lo que confían en la medicina tradicional, que incluye el uso de sustancias derivadas de las plantas medicinales; gran parte del conocimiento compartido, fue adquirido con base en observación e intuición y transmitido oralmente: “el agua de toronjil produce alivio estomacal” (P2, T2, P1), “vivo en el campo y he estado rodeada de diferentes cultivos de plantas, algunas de ellas, las utilizo para aliviar el dolor” (P2, T3, P3), “mi abuela le da un uso medicinal a la papa, su ralladura la usa para las quemaduras” (P4, T1, P1).

El uso de plantas medicinales, el cuidado y curación de enfermedades, es una práctica habitual en las comunidades de América Latina, especialmente en áreas rurales, la cual se mantiene actualmente (22, 23), como parte del acervo cultural y como acceso casi inmediato a una forma de alivio. Para el manejo de una enfermedad en general, las personas suelen recurrir al uso de varias plantas, evidenciándose en diversos estudios (24, 25).

Los hallazgos encontrados, permiten relacionar el uso común de las plantas desde su efecto, con algún órgano o sistema corporal (26). Numerosos estudios, demuestran que, el uso de plantas como el toronjil, la menta, el orégano, entre otros, en el manejo de problemas digestivos (27); el uso de sábila, manzanilla o llantén, para problemas cutáneos (28). Las enfermedades respiratorias son manejadas con plantas como eucalipto y sauco (29), las cuales son abundantes en el departamento de Boyacá.

Es importante el reconocimiento de la cultura regional dado en la formación profesional, ya que es parte del mantenimiento de prácticas asociadas a la salud de las poblaciones, por su carácter científico y de la atención médica, que en ocasiones, genera un desconocimiento y desvalorización del otro, así como de la comunidad en lo que refiere al cuidado cultural de la salud (30).

## Conclusiones

Se realizó un proceso de sistematización en la implementación de cuatro propuestas educativas en salud, actividades adelantadas en diversas comunidades, con el fin de rescatar la importancia e impacto

de la educación para la salud en su amplia variedad, con base en enfoques pedagógicos afines a la culturalidad propia, la mediación y la participación de las personas.

Emergieron cuatro categorías: Cuidado de la salud; Pedagogía participativa; Saberes populares y Cultura Boyacense. Dichas categorías, visibilizan la construcción de aprendizajes y parten de los saberes populares que se complementan con la mediación realizada por los autores de las propuestas, dentro de un marco configurativo, decolonial y pedagógico desde el sur.

Se generaron estrategias de aprendizaje dentro de las comunidades que retomaron el significado de la educación para la salud, como acto inherente y competencia del ejercicio profesional de enfermería.

Se rescatan los saberes de las personas, referente al cuidado de la salud y de las costumbres de la región boyacense, en la cual, existe un interés por preservar lo natural, lo autóctono y artesanal, generando un contexto de trabajo educativo coherente e inclusivo, que favorece la generación de aprendizajes y prácticas para el cuidado de la vida y la salud.

Los acercamientos pedagógicos se reconocen como un fundamento importante para la creación de propuestas educativas en salud, que crean un reconocimiento de la educación popular y social dentro de un contexto propio, de identidad, acorde con la cotidianidad y el entorno de los aprendientes.

La divulgación de las experiencias educativas, permite el acceso, la disposición y la consulta de la información de los resultados en la implementación de las estrategias educativas realizadas.


## Referencias

1. Gadotti M, Gómez M, Mafra J & Fernández A. Paulo Freire: contribuciones para la pedagogía. 2008; Buenos Aires: CLACSO, ISBN 978-987-1183-81-4, 352 páginas.
2. Muñoz, D. La educación como práctica de la libertad: una lectura antropológico pedagógica al pensamiento de Paulo Freire. Revista Kavilando. 2017; V9 (1) pp 26-41.
3. Mejía R. Sistematización: una forma de investigar las prácticas y de producción de saberes y conocimientos. 2015. Ediciones Desde Abajo, Bogotá.
4. Espinosa V. Difusión y divulgación de la investigación científica. Idesia 2010; 28 (3).
5. Alzate-Ortiz F, Castañeda-Patiño J. Pedagogical Mediation: Key to Humanizing and Transformative Education. A Look From Aesthetics and Communication. REE [Internet]. 1Jan.2020 [cited 30Jul.2022];24(1):1-4. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/10280>
6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986
7. Vivero-Arriagada, L.A. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar, Ciencia y enfermería XIX. 2013; 19 (3): 111-116. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300012>.
8. Freire, P. La educación como práctica de la libertad. 1969 España: Siglo Veintiuno editores.

9. Gomes A, Moura F, Da Silva A, Pereira A, Magalhães T & Cunha N. Culture circle in hypertensive elderly health promotion: experience report. *Cienc Cuid Saude* 2017 Jan-Mar; 16(1). DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v16i1.33551
10. Mujica, F.N. Educar y suscitar emociones en la educación: análisis crítico de su contribución al desarrollo moral. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2018; 33(2). Enlace web: <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos> - [Consultada 04-04-2021]
11. Nieto López, Judith, Diéguez, Ileana. (2013). Cuerpos sin duelo. Iconografías y teatralidades del dolor. Córdoba: Documenta/ Escénicas. ¿Cómo hacer formas de representación? *Estudios Políticos* [Internet]. 2014; (45):245-249. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16431516013>
12. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene.* [Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Jul 31]; 10 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es).
13. Viera Torres, Trilce. El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Universidades* [Internet]. 2003; (26):37-43. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37302605>
14. Perlo Pachega, C. L. La pedagogía biocéntrica: del currículum disciplinario-normativo al reencantamiento de la educación. *Revista Scientific-* 2019; 4(12), 68-88. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2019.4.12.3.68-88>
15. Zambrano Leal A. Naturaleza y diferenciación del saber pedagógico y didáctico. *Pedagog. saberes* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 30 de julio de 2022];(50):75-84. Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/PYS/article/view/9500>

16. Sepúlveda G, Mauricio G, Andrea S, Pérez I. Sitios de memoria y agencias generacionales: sitio, espacio y experiencia, Última década. 2015; 23 (42), 93-113. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362015000100005>
17. De Agüero M. (2017). Conceptualización de los saberes y el conocimiento. *Decisio*. 2017; 30(1). Disponible en: [https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio\\_30/decisio30\\_saber3.pdf](https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio_30/decisio30_saber3.pdf)
18. Araque, J. (2014). Visibilización y difusión de la música tradicional campesina en Boyacá y la región, como herramienta de paz. *Revista Principia Iuris*. 2014; 22 (2), 39-50. . Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/941/910>
19. Camacho, A (2019). La pedagogía en derechos humanos: una mirada desde el sur. *Revista Principia Iuris*. 2019; 13 (33), 61-76. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/1872/1672>
20. Araque, J. Visibilización y difusión de la música tradicional campesina en Boyacá y la región, como herramienta de paz. *Revista Principia Iuris*. 2014; 22 (2), 39-50. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/941/910>
21. Camacho, A. La pedagogía en derechos humanos: una mirada desde el sur. *Revista Principia Iuris*. 2019; 13(33), 61-76. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/1872/1672>
22. Ansaloni R, Wilches I, León F, Peñaherrera E, Orellana A, Tobar V y col. Estudio preliminar sobre plantas medicinales utilizadas en algunas comunidades de las Provincias de Azuay, Cañar y Loja, para afecciones del aparato gastrointestinal. *Rev Tecnológica*-23(1).

23. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihuamán-Cusitito L, Romani F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):64-8.
24. Bennett BC, Husby CE. Patterns of medicinal plant use: an examination of the Ecuadorian Shuar medicinal flora using contingency table and binomial analyses. *J Ethnopharmacol*. 2008;116(3):422-30.
25. Gachet MS, Lecaro JS, Kaiser M, Brun R, Navarrete H, Muñoz RA, et al. Assessment of anti-protozoal activity of plants traditionally used in Ecuador in the treatment of leishmaniasis. *J Ethnopharmacol*. 2010;128(1):184-97.
26. Angulo A, Rosero R, Gonzalez M. Estudio etnobotánico de las plantas medicinales utilizadas por los habitantes del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. *Rev Univ Salud*. 2012;14(2):168-85.
27. Sánchez AEN, Ishihara MI. Las plantas empleadas para el tratamiento de las infecciones respiratorias en los altos de Chiapas (México). *Etnobiología*. 2015;8(1):11-30.
28. Jacob Paredes D, Buenaño-Allauca MP, Mancera Rodríguez NJ. Use of medicinal plants in the San Jacinto community-Ventanas Municipality, los Ríos-Ecuador. *Rev UDCA Actual Divulg Científica*. 2015;18(1):39-50.
29. García LB, Díaz FB, León JM. Efectividad de la medicina herbolaria y su impacto en la calidad de vida de los pobladores de Curgos, Perú. *UCV-Sci*. 2015;3(1):23-34.
30. Paz C, Lemos I, Monteiro Á, Delmondes G, Fernandes G, Coutinho H, Felipe C, Menezes I, Kerntopf M. Plantas medicinais no candomblé como elemento de resistência cultural e cuidado à saúde. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*; 20(1)



**Percepción del padre con pérdida perinatal  
frente a la atención del equipo de salud\***

*María Ángela Algarra López  
Yinna Lorena Cardenal Tibatá  
Anyi Natalia Hernández Hernández  
Duván Andrey Parra Duarte  
Claudia María Moreno Mojica*

*\*Proyecto código SGI: 2365*





## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(1), define muerte perinatal, como la pérdida que ocurre entre las 22 semanas gestacionales hasta los siete días después del nacimiento. Tras una pérdida perinatal, aparecen consecuencias como la culpabilidad que experimentan ambos padres, quienes sienten que fallaron en su vocación de proteger y cuidar a su hijo; también, se viven sentimientos como depresión, ansiedad y estrés postraumático, que pueden afectar la relación de la pareja, sumado al silencio social que rodea la muerte del hijo esperado (2, 3). A lo largo del tiempo, se ha observado que las investigaciones sobre el proceso de gestación, se centran en la maternidad y que, las guías y protocolos están contruidos para la atención y cuidado de la mujer y su hijo y desconocen al hombre que paterna y que, al igual que la madre, transita por la pérdida perinatal; esta falta de reconocimiento social del padre, los ha llevado a sentirse ignorados y marginados en comparación con sus parejas, que han sufrido la experiencia física y cuyo dolor era más visible (4, 5, 6).

La pérdida perinatal para el padre, está determinada por un conjunto de sentimientos como rabia, tristeza, impotencia y culpabilidad, con el agravante de que él suele recurrir al silencio, en ocasiones, para no sentirse débil ante los demás, o por haber tomado como suya la acción del apoyo incondicional a su pareja, lo que le lleva a reprimir sentimientos, los cuales suelen generar enfermedades mentales y fisiológicas, conductas compensatorias a un duelo no elaborado como el consumo de alcohol, drogas, aislamiento, mayor tiempo en el trabajo y menor actividad sexual (7, 8, 9).

La disfuncionalidad del duelo, nace básicamente, en el área clínica, puesto que allí, es donde suceden los acontecimientos que giran en torno a la pérdida, las familias caen en la comparación de un ideal de vida y salud, que no siempre es obtenido, y se tiene la percepción, de que si una persona está viviendo el duelo de cierta manera, alguien tendrá que imitarlo; la frustración nace cuando al acontecer las situaciones, los sentimientos varían de forma drástica para cada persona, incluso, cuando se habla de una pareja que acaba de perder a su hijo, ya que, el equipo de salud no tiene en cuenta las discrepancias que existen entre el padre y la madre, en el momento de intervenir y cuidar (10, 11).

El objetivo de este manuscrito, gira alrededor de la presentación de dos historias de vida, describir la percepción del padre con pérdida perinatal, frente a la atención del equipo de salud.

## **Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo del método de historia de vida, el cual permitió explorar y narrar las percepciones, deseos y necesidades del padre con pérdida perinatal, frente a la atención del equipo de salud. Según Padrón (12), este tipo de estudio, posibilita abordar a los sujetos de cuidado, permitiendo comprender y analizar la realidad de las personas desde su propia perspectiva en cada uno de los contextos en los que se encuentran inmersos; así como la descripción de las cualidades del fenómeno a estudiar (13).

Dos padres mayores de edad que tuvieron pérdida perinatal, fueron contactados, estos recibieron atención con su pareja, en ginecoobstetricia de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Duitama – Boyacá, durante el año 2021. Tras manifestar por vía telefónica la participación voluntaria en el estudio, se acordó con ellos, la realización de la entrevista a profundidad que contó con validación de contenido por tres expertos en el área de investigación cualitativa y ginecoobstetricia. La entrevista se desarrolló en el mes de junio, utilizando una plataforma virtual, en la que brindan su consentimiento para participar y autorizaban la grabación, la duración de la sesión fue de tres horas, situación que permitió la expansión del discurso.

Una vez transcritas las entrevistas, se realizó el proceso de análisis de contenido para la codificación y categorización de los datos a partir de la propuesta práctica de Taylor-Bogdan y las modificaciones realizadas por Amezcua y Hueso (14), que siguen un esquema para mayor comprensión y consistencia a las interpretaciones. El texto obtenido, se dividió en unidades de análisis básicas, relacionadas con categorías y subcategorías temáticas; el proceso de análisis y triangulación, se realizó de manera manual y se continuó hasta alcanzar la saturación de los datos; para garantizar la confidencialidad de los participantes, se usó un seudónimo para cada uno de ellos.

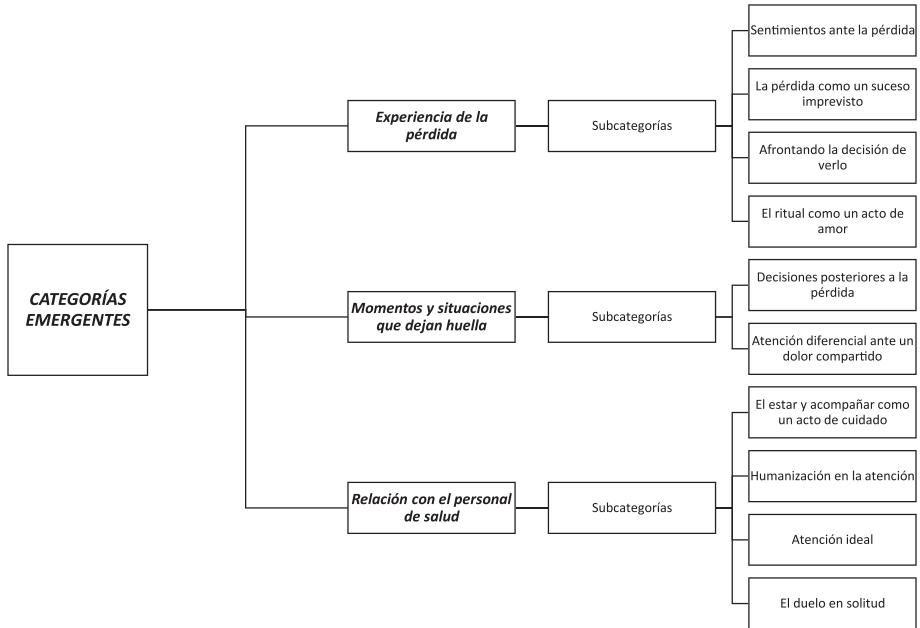
En el desarrollo de este estudio, se siguieron los lineamientos de la normatividad ética de investigación propuesta en Colombia, mediante la Resolución 008430 de 1993, en la que se determinó, que esta investigación maneja un riesgo mínimo para los participantes. De igual forma, se tuvieron en cuenta las consideraciones internacionales en el uso del consentimiento informado (Art 15) y participación voluntaria (15), sin vulnerar ninguno de los tres principios universales: respeto por las personas, beneficencia y justicia, contemplados en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (16).

## Resultados y Discusión

La edad de los padres era 38 y 46 años respectivamente; con relación al estado civil, uno de ellos se encontraba en unión libre y el otro era casado; el tiempo transcurrido de la pérdida hasta el momento de la entrevista, varió entre los 6 y 10 meses posteriores al evento, entre las causas de las muertes en la etapa perinatal, se encontró insuficiencia placentaria con óbito fetal de 32 y 38 semanas, quienes eran en paridad su primer y segundo hijo.

El proceso de análisis de la información, se realizó simultáneamente con el de recolección de los datos. Una vez realizadas y transcritas cada una de las entrevistas, se llevó a cabo el proceso de codificación, agrupación de códigos en subcategorías, a partir de las cuales emergieron tres categorías y diez subcategorías que, describen a través de dos relatos, la percepción que tiene el padre que transita con pérdida perinatal, frente a la atención que le brinda el equipo de salud (Figura 1):

Figura 1. Categorías emergentes



Fuente. Autores.

A continuación, se describen los relatos basados en las categorías identificadas durante el análisis:

El padre que transita con una pérdida perinatal, debe hacerle frente al dolor de un adiós anticipado, inesperado, en soledad e invisible para un equipo de salud que lo reconoce como un acompañante más. A partir de las entrevistas a los participantes, se reconstruyen dos relatos: Relato 1. "Soy un hombre de 46 años que esperaba con amor a mi hija" y Relato 2. "Mi primer bebe: tenía la ilusión que sucediera un milagro".

RELATO 1: "Soy un hombre de 46 años que esperaba con amor a mi hija"

## Experiencia de la pérdida

**Sentimientos ante la pérdida:** Soy un hombre de 46 años, padre de un hijo de 12 años que esperaba con amor a mi hija; ante la pérdida uno queda perplejo, imagínese toda la esperanza que usted tiene y más que aquí teníamos la esperanza que íbamos a completar la parejita; queda uno ipsofacto, traumatizado, uno no sabe a qué atribuirle, si son cosas del creador o desafortunadamente son fallas humanas, médicas.

**La pérdida como un suceso inesperado:** Todo iba normal, no había problemas médicos, nosotros estábamos preparados para ya recibirla, ya sabíamos que era la niña, estábamos como se dice con toda la ilusión y pues, eso es como cortarle a usted la ilusión! Fue todo imprevisto la verdad, porque todo iba a la normalidad, pues lógico que nos hacían las observaciones, los cuidados que hay que tener en el parto, pero, de resto todo era normal; mi esposa la sentía muy normal, muy normal, teníamos programada cirugía para el miércoles, el miércoles ya íbamos a tener a la niña, teníamos todo cuadrado.

**Afrontando la decisión de verla:** Mi esposa personalmente no quiso verla, yo sí la vi y la observé, la ginecóloga y la enfermera salieron y me llamaron, me dijeron, ¿usted desea verla, desea pasar a mirarla? Y dije: ¡sí señoras!; era ver prácticamente a un angelito ahí dormido, ya la envolvieron, la echaron ahí y luego ya la llevaron para la morgue.

**El ritual como un acto de amor:** La enfermera me decía que, echarle la bendición, dije ¡pues sí!, eso ya es de todas formas cosas ya secundarias, si sumercé lo quiere hacer, yo no me opongo a nada. Al otro día, ya me la entregaron y pues, la trajimos y le dimos cristiana sepultura, la bendición del cura en el cementerio, hacer una oración. Tratamos de guardar todas las cosas que se tenían para ella.

## Momentos y situaciones que dejan huella

Decisiones posteriores a la pérdida: ¡Lo que no comparto, es que lo fuercen pidiéndola pa! estudios patológicos, nos lo repitieron, como tres veces, hasta que ya le toca a uno decir: ¡ mire por favor disculpe! ¡Ya

tomamos una decisión! nosotros la reclamamos y la vamos a enterrar, no veo que estudio tenían que hacerle más, si ya se sabía exactamente que había sido.

La decisión y apoyo frente a el retiro del cuerpo no fue orientada, tuve que esperar que mi esposa despertara de la anestesia, tomar la decisión de al otro día mirar qué pasaría, cómo iba a ser el entierro, cómo iba a hacer pa traerla de aquí para nuestro pueblo, enterrarla, devolverme a acompañar a mi esposa, porque todavía no tenía la salida, me la demoraron allá tres días.

No tuve apoyo psicológico o médico que me ayudarán ino! Como por instinto humano, incluso cuando a ella la llevaron pa' la morgue, la envolvieron en un lienzo, yo me imagine que ya cuando se la entregaran a uno de la morgue uno lo reclamaba, ya no iba a hacer más nada, ino!, pues cuando nosotros nos la entregaron, nos dieron el lienzo, nos dijeron bueno, ¿quién la va a cambiar?, iyo, qué más!, ahí si queda uno más frío, ahí si es un poco más duro, y me dicen: siga a la morgue, y colóquele su muda y mortájela y échela al cajoncito, eso fue muy duro, uno es consciente que ya no tenía vida, que ya no podía durar mucho, que ya tenía que sepultarla; yo no iba preparado, afortunadamente fue la abuela, ella la saco y entre ambos la cambiamos, nadie nos ayudó o acompañó, solamente la señora que se encarga de la morgue estaba ahí pendiente.

Atención diferencial ante un dolor compartido: Todo el apoyo fue para mi esposa, ni el ginecólogo que la recibió, ni las enfermeras, pero, me imagino que en ese momento es la decisión que debían tomar, soy el papá, pero de todas maneras creo que el dolor de mamá solamente lo siente ella, si uno lo siente que no lo lleva, pues más ella que estaba en el vientre, que la tuvo, que la sentía más, yo me imagino que en ese caso prima la atención a la mamá y uno para ellos es un acompañante normal, uno más.

## Relación con el personal de salud

El estar y acompañar como un acto de cuidado: Desafortunadamente, toca iniciar el proceso para sacar la niña del vientre, pero, qué si lo hacían de forma natural, pues, eso podía llegar a demorar tres días, que era más doloroso, entonces, qué era mejor: programar la cesárea. Y llegó una jefe que fue la que oró con nosotros y, pues, nos dio ánimo que teníamos un hijo y pues sí, esa era la motivación: que pensáramos en el niño; que no solo era la niña que estaba en el vientre. Ya, en el momento en que ella ingresó a la cirugía, más exactamente, la enfermera que está ahí en el bloque de servicio, si uno pregunta, que ¿qué pasó?, no que ya está en proceso, que espere que ya, que tenga paciencia, al menos nos respondían y algo de tranquilidad daba.

*Humanización en la atención:* Desafortunadamente, entiendo que por el estrés que manejan ellos, tratan de hacer lo mejor posible, pero, hay momentos en que deberían tratarlo a uno más humanamente. Que se le muera a uno un hijo es muy difícil y que ellos lo llaman “feto”; yo les discutía, les dije me da mucha pena doctora, ella es un ser humano, me dijo: ino, mientras no haya nacido es feto!, bueno, entonces el feto que ellos dicen medicamente era mi hija y eso lo deberían sentir y comprender.

*Atención ideal:* Un trato más humano, que la atención sea equitativa, que no haya discriminación, los dos somos los padres. Que dieran algo así de pronto por la psicóloga, o alguien para orientarlo, mire: lo más conveniente, es hágalo así o hay que hacer este paso, la tramitología que hay que hacer. Dejarlo para hacer estudios, pueden preguntar, pero, pregunten una vez, uno dice sí o dice no y ¡ya!, no vuelvan a seguir preguntando.

*El duelo en soledad:* La psicóloga llegó a decirnos que, de pronto nos iba a llamar, ¡pero no!, desde que nosotros salimos de allá ¡nunca más! nos dijeron que nos iban a llamar, que iban a estar pendientes, pero no, eso desafortunadamente se quedó allá en sus carpetas y en mi necesidad de hablar con alguien.

RELATO 2: “Mi primer bebe: tenía la ilusión que sucediera un milagro”

## Experiencia de la pérdida

*Sentimientos ante la pérdida:* Tengo 38 años, es mi primer bebé, fue planeado, lo pensamos para diciembre; y el sentimiento, digamos más claro en ese momento, es impotencia de no poder hacer nada, en nuestro caso, el bebé llegó vivo al hospital y que te digan ino, tenemos que sacarlo, que ya no hay nada que hacer, entonces es la impotencia de decir venga ayúdenos, yo sé que hay algo, en fin; uno no se las cree todavía de isí se va a morir! uno tenía la ilusión que sucediera un milagro que naciera vivo.

*La pérdida como un suceso inesperado:* En los exámenes todo salió bien, el embarazo, inicialmente, que era de alto riesgo por antecedentes familiares de hipertensión, a ella le dio muy duro, las náuseas, todo el embarazo, pero los doctores dijeron que era normal. Alarma nunca hubo, tal vez, nuestro error fue, no entender bien las señales que el bebé nos mandó, porque a ella le dieron dolores un día antes en la espalda, nunca le dieron en el vientre sino en la espalda.

*Afrontando la decisión de verlo:* El interno (médico) no la quería dejar ver, por cosas de psicología tal vez, de decir que de pronto nos iba a afectar más; pero una madre siempre quiere ver a su bebé y pues, sí lo pudimos ver, no sabe uno cómo reaccionar en su momento, tal vez, si lo hubiéramos alzado, tal vez, si lo hubiéramos podido tener entre los brazos, tal vez nos hubiera dado más duro, pero sí lo pudimos ver, y nos dieron esa posibilidad, fue en medio de todo, tener esa satisfacción de que él venía completo y venía bien.

*El ritual como un acto de amor:* Le hicimos un bautismo espiritual, nosotros como católicos, siempre nos queda ese miedo de que un bebé muera sin ser bautizado, entonces, eso es como un peso que también lleva uno esos días; el bebé se murió ¿qué pasó con su espíritu? se le dio un nombre al bebé, se bautizó y esperamos que este angelito esté en el cielo. Aunque lo del sacerdote y el bautizo es algo que decían nos libera de una carga; a uno como padre, le duele mucho, pero el dolor que sufre una madre al recordar es muy duro. Mandamos a hacer un



angelito en porcelana y le pusimos una placa con su nombre y está allá en un altar en la habitación, y es como verlo ahí y decir él está con nosotros, mirar al angelito nos da fortaleza.

## **Momentos y situaciones que dejan huella**

*Decisiones posteriores a la pérdida:* El personal no me dio una clara orientación eran esquivos al tema, porque nosotros preguntamos y nos decían: ¡lo que ustedes quieran hacer!, pero, así que nos aconsejaron, les toca hacer esto y eso no, nos dijeron si ustedes lo mandan a estudio no lo vuelven a ver y si lo quieren llevar, búsquense una funeraria y que venga y lo recoja, recuerdo que eso nos lo dijo una enfermera.

*Atención diferencial ante un dolor compartido:* Ya es generalizado que las personas se focalicen más en la mamá que en el papá, porque va a sufrir más, la ginecóloga me sacó de la sala para introducir los dedos y romperle la bolsa amniótica y esa parte no me gustó, porque los dos somos los que estamos dando a luz o vamos a tener un bebé, pero, del resto fueron muy amables, el ginecólogo que entró después, fue él que nos asesoró y nos dijo, tranquilos, le dijo a ella, compréndalo a él también, porque a veces pareciera que al hombre no le duele; pero, uno siente muchas cosas que no puede expresar.

## **Relación con el personal de salud**

*El estar y acompañar como un acto de cuidado:* Habían unas enfermeras que sí nos decían, mira pues yo sé que es muy doloroso, pero confía mucho en Dios, entonces como que sí nos daban el apoyo que necesitábamos, pero habían otras que en cambio decían como que ya no se puede hacer nada, ya pues resignarse; la jefa también era creyente y, pues, nos ayudó mucho, nos habló mucho de Dios, de estar unidos, fue muy buena con nosotros y tuvo condescendencia y nos dejaron en otra sala, nos dejaron solitos, para tener nuestro duelo aparte.

*Humanización en la atención:* Una atención más rápida a las mamás gestantes. Uno espera, por ejemplo, que los papás se mueran porque es algo natural, pero que se le muera a uno un hijo, es muy difícil. Me

pareció muy bueno que me dejaron entrar, que yo pude acompañarla a ella. Yo sé que el estrés que se maneja es alto, pero uno siempre debe ponerse en los zapatos de los demás.

Atención ideal: Sean más humanos, nunca pierdan ese sentido de que a esa persona le duele, y con este tema de muerte prenatal, es un consejo o algo que me parecería bonito que tuvieran un contacto de un padre en ese momento, que lo aconsejara espiritualmente, porque uno necesita mucho apoyo de Dios, eso lo llenaría a uno más de tranquilidad. No piensan un poquito en el dolor del otro, y dicen cosas tal vez digámoslo realistas, ser crudos, ser fuertes, pero no ven que la otra persona tal vez, puede ser muy sensible, uno necesita es apoyo, frases de aliento, nunca desanimar a la persona. Por otro lado, según el triage, las mujeres embarazadas tienen el triage número 1, entonces debería ser inmediato.

*El duelo en solitud:* Perder un bebé, eso es algo que no se puede comparar con nada; es más, por ejemplo, que dicen: ¡no es que los padres no sienten!, yo me enfermé, me dio algo llamado costocondritis, del mismo estrés, de no poder dormir, de no poder estar tranquilo, porque uno no sabe cómo apoyar a la mamá, uno no sabe qué palabras decirle, uno no sabe cómo apoyarla, si la abrazo, se va a sentir mal, si la dejo llorar, si no la dejo llorar; y al mismo tiempo uno no tiene el apoyo ni seguimiento psicológico ni de salud que lo reconforte y ayude.

Para contextualizar la experiencia de la pérdida, los participantes del estudio describieron sentimientos producidos como la impotencia, dolor, incertidumbre, ilusión de un milagro y atribución a fallas humanas y médicas; estos resultados son consistentes con los de González et al. (17), en los cuales se evidenció un sentimiento desbordado por el dolor de su pareja; por lo que asume su duelo y su sentir en secreto y solitario; lo que lleva a que su impotencia se dirija en un primer momento hacia el personal de salud asignado que alguien pudo haber cometido un error (18).

De igual manera, para los padres participantes, la pérdida se dio como un suceso imprevisto ante una gestación que transcurría normal; según del Mar, M. (19). El resultado deseado y esperado de todo embarazo es el nacimiento de un niño vivo y sano, estas expectativas se verán

truncadas por la muerte perinatal, evento que transitan los padres como una experiencia traumática, que involucra la pérdida de la esperanza, de los sueños, del futuro y de la trascendencia de ambos padres. Con el niño que fallece, también lo hacen una serie de promesas que no van a poder ser vividas por los padres, ya que no solo muere el hijo o hija, sino, todo aquello soñado en relación con este y su vida familiar (20 - 21).

Figueras (21), propone llevar a cabo un ritual de despedida que le permita a los padres, iniciar un reconocimiento de la pérdida; los participantes del estudio desde la dimensión espiritual y religiosa, realizaron el ritual como un acto de amor con sus hijos; con el deseo de mantener vivo su recuerdo, el temor a que su hijo no quede en el olvido y pueda estar junto al Creador, como uno de sus ángeles. Lo descrito, guarda relación con la literatura, en la que se creía que los niños muertos sin bautizar, iban al limbo, por lo que el entierro se realizaba sin oficio religioso, ante pocos familiares y en ausencia de la madre (18); la creación de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el niño como fotografías de la gestación, huellas dactilares, el cordón umbilical, pulseras del hospital, mechones de pelo, ropa, cartas de amigos marcan momentos de transición en la vida de los padres y ayudan a digerir los cambios (20).

Las guías clínicas respaldan las prácticas que ayudan a los padres a desarrollar un vínculo con el bebé (22); en el estudio realizado por Cala y otros, los padres agradecían que el personal les hubiera recomendado tomar fotografías, mantenerlo en brazos, ofrecer la posibilidad de bautismo y vestirlo; estos momentos dieron la oportunidad de crear recuerdos con su hijo, desde la empatía y el respeto del personal frente al ritual y creencias de los padres para honrar la memoria de su ser amado (23).

Los padres del estudio, afrontaron la decisión de ver a su hijo; la literatura describe el sufrimiento de los padres frente a la muerte de un hijo en 1959, a partir de ese momento y, durante décadas, a los padres no se les permitía conocerlo debido a la creencia de que "el dolor podía prevenirse si no se forman vínculos"; en 1982, ocurre un cambio, cuando Kirkley-Best y Kellneren, citada por Arande et al. (22), criticaron dichos métodos y recomendaron otro tipo de procedimientos, tales como: grupos de apoyo, ver al bebé muerto, interaccionar con él y ponerle

nombre. Estas prácticas tienen como objetivo, reforzar los lazos de apego y ayudar a los padres a crear recuerdos sólidos del niño; de esta manera, a los padres que se les ofrece conocer a sus hijos, expresan alegría, tranquilidad y a un gran porcentaje, le gustaría poder disponer de más tiempo para estar en contacto físico y amoroso con su hijo (20, 23).

No obstante, la experiencia de conocer y tener en brazos al hijo, dependerá de la decisión personal de cada padre, de su sensibilidad y emocionalidad, por lo que el llamado está dado al personal de salud, para contar con las herramientas e informar al padre sobre la posibilidad de conocer y estar con su hijo en un ambiente que mitigue experiencias de frustración y shock y, permita dar paso a la elaboración del duelo (20).

Los momentos y situaciones que dejan huella en los participantes, fueron las decisiones posteriores a la pérdida, relacionadas con la disposición del cuerpo de su hijo, la orientación y acompañamiento por parte del equipo de salud. Para Ridaura (24), cuando ocurre la muerte perinatal de un hijo, los padres tienen que tomar decisiones que nunca se habían planteado, como, ver o no al hijo, inducir el parto o esperar un tiempo, si ello es posible y, realizar autopsia o no. Estas decisiones, condicionan la evolución del duelo y los profesionales de la salud, pueden facilitar parte del proceso, ofreciendo un espacio donde expresar las emociones, brindando la oportunidad e información a los padres de decidir de manera tranquila aspectos como: el desencadenamiento del parto, quién acompañará a la mujer, la oportunidad de despedirse del hijo, el procedimiento para retirar el cuerpo de la institución. Lo expuesto en la literatura y lo expresado por los participantes, discrepa, al evidenciar en los padres del estudio, la falta de información, orientación, empatía y acompañamiento por parte del personal de salud frente a la disposición del cuerpo de su hijo, a quien espera se resignifique más allá del concepto y manejo técnico que la institución otorga al feto u óbito.

Según, Cala y Hernández (23), la importancia de la tanatología, radica en promover una atención humana, sensible, invitar a intervenciones integrales contextualizadas, plantear la necesidad de abrir espacios de salud, para que los padres no se sientan tan solos, olvidados y desprotegidos; la atención diferencial ante un dolor compartido, la

proponen padres que se han sentido violentados por un sistema de salud que presenta unos protocolos mínimos, rígidos y generalizados, que invisibilizan al papá y lo asumen como un acompañante y responsable de la madre frente a procedimientos administrativos, olvidando que la gestación y su fruto, es un proceso de dos seres humanos. El no tener presente al progenitor en su proceso de pérdida y dolor, ha llevado a que la sociedad lo ignore, prestando atención exclusiva a la madre, otorgándole el ser fuerte para su pareja e invalidando su sentir (21).

La percepción de los padres con la relación con el personal de salud, reconoce el acompañamiento y el acto de cuidado del personal de enfermería y propone la humanización y la atención ideal para el padre que transita la pérdida perinatal y su duelo en soledad. Para Lopera (25), a medida que las enfermeras comprenden su función profesional y humana, identifican como una de sus funciones en el proceso de muerte, el acompañar al paciente y a sus seres queridos, aunque existan momentos en los que la enfermera no se siente lo suficientemente capaz para afrontar el intenso dolor de la escena de la pérdida. El acto de cuidar, es acompañar, es decir, “caminar al lado del paciente, compartir los pensamientos sin confundirse con él, es arriesgarse hasta el punto en que uno se pregunta quién acompaña a quién, es reconocer, en tanto que cuidador, que el enfermo le enseñe, le transmite, le forma” (26). Algunas de las intervenciones de cuidado que realizan las enfermeras con los padres, tienen como objetivo permitirles el afrontamiento a partir de la escucha y estrategias religiosas, culturales o personales (27).

La humanización y la atención ideal desde el abordaje de los participantes, evidencia la falta de programas de intervención y acompañamiento emocional ante la muerte de un feto, en el transcurso o al final de la gestación como parte ineludible del tratamiento clínico a los padres y, en aquellos en los que ya existen programas de apoyo emocional para el duelo perinatal, solamente, se contempla a la mujer para brindar este soporte, mientras que, los hombres siguen estando excluidos (17). El apoyo brindado por los profesionales de la salud, es un factor de gran importancia en el proceso de duelo de la familia y su función se basa en actuar como guías, que, contribuyan a la toma de decisiones debido a la complejidad de la situación, además de proveer la información que soliciten los padres (28). Por lo tanto, es necesaria la elaboración

de guías basadas en la evidencia, la formación de los profesionales, la concienciación del entorno hospitalario y la creación de redes de trabajo multidisciplinarias, que reconozcan la pérdida perinatal como un proceso en el que los actores son dos seres humanos que requieren de la misma atención y cuidados (28 - 29) sin abordar al padre, como a un acompañante más, en el que recaen los trámites administrativos, así como el atribuirle ser fuerte, valiente para su pareja, olvidándose y olvidándolo como progenitor del hijo que murió.

En la actualidad, el duelo perinatal, se reconoce como un evento traumático que desencadena síntomas psicológicos y que tiene consecuencias psicosociales importantes; no obstante, en muchas ocasiones, sigue siendo un duelo que se vive en soledad, especialmente, en los hombres (17). Para Cala y Hernández (23), elaborar y afrontar el duelo "significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia"; pero, en muchas ocasiones, se convierte en un duelo desautorizado, no reconocido a nivel social ni familiar; lo que lleva a que el padre se autoimponga el rol de ser el soporte emocional de su pareja, difiriendo entre el estar compensado emocional y físicamente y la realidad de su sentir emocional que vive en silencio y que se acompaña de procesos patológicos que el personal de salud no relaciona con la muerte de su hijo (29 - 30). Ante la falta de acompañamiento a los padres durante y tras el alta hospitalaria, se evidencia la necesidad de reconocerlos, comprenderlos y apoyarlos para elaborar su duelo, disminuir la culpa y propiciar mayor comprensión frente al dolor.

## Conclusiones

La percepción que tiene el padre que transita con pérdida perinatal a partir de la reconstrucción del relato, es el resultado de la vivencia de cada uno en el entorno hospitalario y fuera de este, en el que la experiencia de la pérdida se relaciona con momentos que dejaron huellas y en los cuales participó el personal de salud, desde su relación y atención, el cual sigue invisibilizando y desconociendo al hombre que paterna.

La forma de transitar la pérdida y el periodo de duelo del padre, parece estar mediado por los roles culturalmente asignados por la sociedad y el equipo de salud, en el que los hombres son los que dan el apoyo emocional a sus parejas y se encargan de los trámites administrativos de la hospitalización de la madre y disposición final del hijo, lo que puede hacer que se invalide su dolor, así como sentimientos de rabia, frustración, vacío, soledad y se convierta en un foco de conflictos psicológicos y físicos.

El apoyo por parte del equipo de salud desde la comunicación verbal y no verbal, relacionada con la noticia de la pérdida, el proceso de parto, el conocimiento del hijo y su disposición final, tiene una función determinante e importante, puesto que, estará marcando en el padre el comienzo de su duelo y la manera en que este lo afronte.

Se requiere conseguir a nivel institucional y social, que la pérdida perinatal adquiera un estatus similar al fallecimiento de un niño o un adulto, relacionada con los cuidados e intervenciones con los padres y al trato digno con el cuerpo.

Es clara la necesidad de una guía o protocolo que oriente la práctica clínica frente a la atención que se debe brindar al padre, desde su individualidad y subjetividad familiar. La revisión de la literatura y los resultados del estudio, proponen cuatro intervenciones que se deben brindar al padre con pérdida perinatal:

- Capacitación del equipo de salud en proceso de muerte y duelo, que les permita contar con estrategias de afrontamiento, habilidades comunicativas, alta sensibilidad y reconocimiento y re-significación del padre y el hijo (feto); el primero, como actor y progenitor y el segundo, como ser humano.
- Comunicación terapéutica encaminada para informar la causa de la pérdida, condición de salud de la pareja, así como procedimientos a realizar, aconsejar y acompañar en la disposición final del cuerpo del hijo.

- Permitir el duelo desde el reconocimiento del dolor del padre y la posibilidad de realizar rituales para conocer y despedir a su hijo.
- Grupos de apoyo social y multidisciplinario, que inicien en el ámbito clínico y continúen después del alta hospitalaria, en la que se integre a la pareja y familia, así como a padres que transiten con pérdidas, en los cuales desde la oralidad puedan elaborar el duelo y dar sentido y significado a la pérdida; estos grupos, tienen el objetivo de hacer seguimiento psicológico, social y físico.
- Los resultados del estudio, llevan a proponer la continuidad de la investigación a partir de la percepción que tiene el equipo de salud frente a la pérdida perinatal y que transita el padre, dado el escaso abordaje que se encuentra en la literatura; así como el aporte al diseño y construcción de servicios incluyentes, que surjan a partir de perspectivas y vivencias de los actores que atienden y cuidan el proceso de gestación de la pareja que materna y paterna.

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **Agradecimientos**

En memoria del amigo y compañero David Francisco Franco Callejas (q.e.p.d), quien inició este trabajo junto a nosotros. Como limitaciones en el presente estudio, se encontraron pocas investigaciones y literatura que abordara la pérdida perinatal desde la perceptiva o vivencia del padre, razón por lo cual, se retomó la disponible.



## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. [Internet]. [consultado 18 de abril de 2019] Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/17-206631-ab/es/>
2. Martos-López IM, Sánchez-Guisado M del M, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Rev Esp Común Salud* [Internet]. 28 de noviembre de 2016 [citado 31 de julio de 2022];00:300-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
3. Burden et al.. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride—a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16(1), 9. DOI 10.1186/s12884-016-0800-8
4. Instituto González, C. M., Calva, E. A., & López, M. E. G. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Rev. Alternativas en Psicología*. [Internet]. 2017 [citado 2020 Nov 05]; 21(38), 43. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/154/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%2038%20>
5. Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018; 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
6. Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS One*. 2015; Jul 8;10(7):e0130059. doi: 10.1371/journal.pone.0130059. PMID: 26154302; PMCID: PMC4495992.

7. Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017; 17(1), 380 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
8. Ujda RM, Bendiksen R. Health Care Provider Support and Grief after Perinatal Loss: A Qualitative Study. *Illness, Crisis & Loss*. 2000;8(3):265-285. doi:10.1177/105413730000800304
9. Ortiz, N. Y. N., & Ruiz, C. P. La situación de enfermería: "un milagro de vida" en la aplicación integral del concepto de duelo. *Avances en Enfermería*. 2014; 32(2), 306-313. ID: lil-726782
10. Villarraga L. Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. *Av. enferm.* [Internet]. 1998 [citado 2 de marzo de 2020];16(1-2):23-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16355>
11. Dávalos, C. S. M. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2018; 3(1), 10-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.03>
12. Padrón Guillen, J. La estructura de los procesos de investigación. *Rev. Educación y ciencias humanas*. 2001; 9(17):33-38. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/277249442\\_LA\\_ESTRUCTURA\\_DE\\_LOS\\_PROCESOS\\_DE\\_INVESTIGACION](https://www.researchgate.net/publication/277249442_LA_ESTRUCTURA_DE_LOS_PROCESOS_DE_INVESTIGACION)
13. Acosta Rodríguez, M. El método biográfico y el aprendizaje de las ciencias experimentales. Una perspectiva teórica viable en las ciencias sociales. *Rev. Teacs*. 2011; 8(6): 79-90. Recuperado de: <http://www.ucla.edu.ve/dac/revistateacs/articulos/Rev8-Art6-AcostayOtros.pdf>
14. Amezcua, M. Hueso Montoro, C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria*. 2009; 6(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>

15. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008340 de 1993, octubre 4, 1993. Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia: El congreso, 1993.
16. Ginebra. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.
17. González, C. M., Calva, E. A., & López, M. E. G. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Rev. Alternativas en Psicología*. [Internet]. 2017 [citado 2022 dic. 23]; 21(38), 43. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/154/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%2038%20-%20Agosto%202017%20-%20Enero%202018.pdf#page=43>
18. López García de Madinabeitia Ana Pía. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2011 Mar [citado 2022 Dic 23]; 31( 1 ): 53-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es)
19. María, Isabel; del Mar, María. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente. *Nursing* [Internet]. 2009 [citado 2022 Dic 23]. 19(1), vol. 65, p. 2532-2541. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/082.pdf>
20. Fernández-Alcántara Manuel, Cruz-Quintana Francisco, Pérez-Marfil Nieves, Robles-Ortega Humbelina. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Dic 23]; 21( 1-2 ): 48-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>.

21. Figueras Uranga, Itxaso. Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. Rev REDES [Internet]. 2015 [citado 2022 Dic. 22]. (32). Disponible en: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/5/101>
22. Arande Ortega Mónica. Sánchez Seiz Manuel. Sánchez Sánchez Diana. Información y consejería en el duelo perinatal. Rev. Latín [Internet]. Perinat. 2019 [citado 2022 Dic 22]. 22(3). Disponible en: [http://revperinatologia.com/images/2\\_RLP\\_Vol\\_22\\_3\\_2019.pdf](http://revperinatologia.com/images/2_RLP_Vol_22_3_2019.pdf)
23. Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Arch de Med [Internet]. 2019 [citado 2022 Dic. 23]. 19(1), 32-45. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/proofs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>
24. Ridaura Pastor, I. (2015). Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales. Universitat Autònoma de Barcelona,. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl\\_10803\\_295973/irp1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_295973/irp1de1.pdf)
25. Lopera Betancur, MA. (2016). Acompañar en la Muerte es un Pilar del Cuidado, una Dolorosa Obligación y un Dilema. Ciencia y enfermería, 22(1), 65-74. DOI: 10.4067/S0717-95532016000100006 [
26. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Dic 23]; 23( 4 ): 229-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.
27. Marrero González Cristo Manuel, García Hernández Alfonso Miguel. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. Ene. [Internet]. 2019 [citado 2022 Dic 23]; 13( 2 ): 1321. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es). Epub 21-Oct-2019.

28. Durán-Flórez, M. E., & Casallas-Murillo, D. M. (2019). Duración del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología y salud*, 29(1), 91-102.
29. Morillo, I. M. (2019). Vivencias de un padre ante una pérdida perinatal. Lo que la sociedad calla. *Archivos de la Memoria*.
30. Lemos, LFS y Cunha, ACBD (2015). Concepciones sobre la muerte y el duelo: experiencia femenina sobre la pérdida del embarazo. *Psicología: ciencia y profesión*, 35 (4), 1120-1138. disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/23dc/fe89be470764aa6581e3e6d1e830ebceec64.pdf>

