

VIVENCIAS SOCIOEMOCIONALES EN MUJERES DEL HOSPITAL DE LA MUJER ANTE LA PÉRDIDA DE UN HIJO: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

SOCIO-EMOTIONAL EXPERIENCES IN WOMEN AT THE WOMEN'S HOSPITAL
IN THE FACE OF THE LOSS OF A CHILD: AN INTERVENTION PROPOSAL

Ingrid Abigail Flores Pérez, Diana Morales Gallardo, Camilo López Cuautle

Universidad del Distrito Federal, México.

Correo: aam_ingrid14@yahoo.com.mx

RESUMEN

En México poco se sabe sobre el proceso psicológico que llevan las mujeres tras la pérdida de un hijo ya sea, perinatal o neonatal. Objetivo identificar y describir que aspectos psicológicos del duelo presentan las mujeres ante una pérdida perinatal o neonatal con la finalidad de proponer un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual. Método. La investigación fue de tipo cualitativo, donde participaron 14 mujeres del hospital de la mujer del área de puerperio complicado a las que se les realizó una entrevista a profundidad. Resultados. De acuerdo a las redes de códigos obtenidas, las mujeres entrevistadas presentaron principalmente enojo, tristeza y negación, así como distorsiones cognitivas ante la pérdida, familia y pareja. Conclusiones. Tener estilos de afrontamientos adecuados permitirá un mejor manejo de las emociones y disminución de creencias irracionales, así como un mejor manejo del duelo.

Palabras clave: Duelo perinatal y neonatal, afrontamiento, distorsión cognitiva e intervención cognitivo conductual.

ABSTRACT

In Mexico little is known about the psychological process that women go through after the loss of a child, be it perinatal or neonatal. Objective. Of this research was to identify and describe psychological aspects of women in grief, standing in a perinatal of neonatal loss, with the goal of proposing an intervention program with a cognitive-behavioral approach. Method. The research was qualitative, involving 14 women from the women's hospital in the complicated puerperium area who underwent an in-depth interview. Results. According to the qualitative analysis, the networks showed that the interviewed women mainly showed anger sadness and denial, as well as cognitive distortion with their close family and partners. Conclusion. Having adequate coping styles will allow a better management of emotions and a reduction of irrational beliefs, as well as a better management of grief.

Key words: Perinatal and neonatal grief, coping, cognitive distortion, cognitive behavioral intervention.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad neonatal y perinatal es un fenómeno que se da en la mayor parte de los hospitales y se ha relacionado con la calidad de los servicios y personal de salud dados durante el embarazo y parto (González, Pérez, Leal, Ruíz y González, 2016). Se entiende por mortalidad neonatal al riesgo de muerte que tiene el niño durante los primeros 28 días de vida (OMS, 2019), y mortalidad perinatal a la muerte que se produce desde las 22 semanas hasta los 7 días después del nacimiento (Valdez, Meza, Núñez, y Ocampo, 2009).

Los datos de prevalencia encontrados en México sobre mortalidad neonatal indican que va de 8.1 al 8.8% entre el 2011 y 2014 (González et al., 2016)

y respecto a la tasa de prevalencia de mortalidad perinatal, el Instituto nacional de estadística y geografía menciona que es del 1.62% (INEGI, 2020).

A pesar de las cifras mencionadas anteriormente, en México el soporte psicológico dentro de los hospitales para las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal o neonatal, es escasa, ya que, a pesar de tener el servicio de psicología, este no es ofrecido por el personal de salud y cuando lo ofrecen, no se utiliza o no acuden a sus citas, quizá por el sufrimiento que están presentando, es por ello que las mujeres deban tener un acompañamiento psicológico, desde la notificación de la pérdida hasta la aceptación de la misma.

Embarazo

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (1993, p. 3) el embarazo es definido como “el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término”. Así mismo, Ramírez (2002) comenta que la post-fecundación es de 40 semanas, no obstante, se puede considerar un embarazo a término entre las semanas 37-42.

Alcolea y Mohamed (2011) mencionan que, para la mujer, la notificación del embarazo es un momento que genera cambios tanto fisiológicos como psicológicos ya que aumentan las expectativas, se crean diversas emociones y dudas respecto a dicho proceso, así mismo, mencionan que es una etapa que marca la vida de la mujer dado que es una experiencia vital debido a la construcción que se tiene por el ser madre.

Cambios físicos y psicológicos durante el embarazo

Durante el proceso de embarazo, la madre necesita adaptarse a su organismo ya que este sufrirá algunas alteraciones fisiológicas y psicológicas, dentro de los cambios físicos, Alcolea y Mohamed (2011) refieren que uno de los signos que aparece inicialmente es la amenorrea, a su vez se pueden presentar 28 náuseas y vomito durante la semana 6 y desaparecen entre la semana 12 y 14.

Por otro lado, Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez (2006), mencionan que el embarazo es un cambio en la vida de la mujer. Este proceso provoca una alteración emocional ya que, los cambios que van teniendo son radicales, por lo que tendrán que adaptarse a una nueva situación o estilo de vida causando un malestar psicológico, donde llegan a manifestar irritabilidad y cambios de carácter como, por ejemplo: tristeza, euforia, preocupación, etc.

Embarazo de alto riesgo y causas de muerte perinatal y neonatal

El embarazo de alto riesgo es cuando “se tiene la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales durante la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario” (Norma Oficial Mexicana, 1993, p. 3).

De acuerdo con González et al. (2016) las principales causas de muerte neonatal en México son la duración corta de gestación y bajo peso al nacer con un 23.8% y un 14.6% y respecto a las causas de mortalidad perinatal, el INEGI (2020) reportó que el 45.4% está relacionadas con alteraciones por factores maternos, complicaciones durante y después del embarazo, el 28.9% está dado por otros trastornos originados en el periodo perinatal, y un 9.2% relacionados con la duración de la gestación y crecimiento fetal.

Ante esta situación, en algunos casos no se puede hacer nada por el producto/bebé ya que un embarazo de alto riesgo podría causar la muerte, por lo que es importante que el personal de salud como médicos y enfermeras tengan la capacidad de poder dar la noticia de la pérdida a los padres.

Papel del personal de salud ante la pérdida perinatal o neonatal

Ante la situación de la pérdida de un bebé los padres experimentan una serie de emociones, para esto es importante que los padres realicen una serie de tareas para la elaboración de su duelo. Así mismo, los del personal de salud son los encargados en notificar a los padres la pérdida de su bebé por lo que es importante que cuenten con herramientas para dar la noticia de manera adecuada.

En este sentido, Pastor, Vacas, Rodríguez, Macías y Pozo (2007) realizaron un estudio para conocer la experiencia de la pérdida perinatal por los padres y profesionales implicados en este proceso, donde obtuvieron que los profesionales no han desarrollado competencias para poder comunicar y atender situaciones de una pérdida. Por lo que solo se enfocan en los cuidados físicos, dejando de lado el aspecto emocional de los pacientes, lo que hace que en ocasiones su conducta ante dicha situación sea distante o fría, no dándole la importancia a la pérdida, no obstante, esto es debido a que les provoca frustración y angustia al dar la noticia. Así mismo, no son conscientes de que una inadecuada atención puede influir para que el proceso de duelo no sea adecuado. Otro aspecto importante que encontraron fue que los profesionales no tienen conocimiento y formación respecto al duelo perinatal y las pérdidas.

Otro estudio fue el de Páez y Arteaga (2019) llevaron a cabo una investigación sobre como los profesionales de la salud atienden a los

padres con duelo por muerte perinatal, los resultados que obtuvieron es que los profesionales de la salud carecen de sensibilidad para dar la noticia a los padres, no tienen un trato adecuado y no hay acompañamiento ante la pérdida.

Con lo anterior mencionado, podemos decir que en algunas ocasiones la manera en la que se comportan los del personal de salud con los padres, respecto al manejo de la noticia, puede tener un impacto significativo para un deficiente desarrollo del duelo.

Duelo por muerte perinatal y neonatal

Se entiende por duelo a “la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo” (García, 1993, Gómez, 2004, como se citó en Meza et al., 2008, p. 28).

De acuerdo con Kübler Ross (2006) existen varias etapas por las que pasa el doliente, tales como: 1) Negación, 2) Ira, 3), Negociación, 4) Depresión y 5) Aceptación, con la finalidad de afrontar la pérdida y en caso de no llevar un duelo normativo cabe la posibilidad de quedarse estancado en una de esas etapas, es por ello la importancia de buscar ayuda profesional, ya que para muchas personas el vivir la pérdida de un ser amado es un evento traumático dependiendo como este haya ocurrido.

Cuando una mujer se entera que está embarazada, empieza a formar un vínculo afectivo con su bebé sin pensar en tener complicaciones ya que está a la espera de recibir a su hijo en perfecta salud, por lo que es común que progenitores comienzan a crear planes a futuro en relación a su hijo, por lo que durante el proceso de embarazo se comienza a generar expectativas hacia el bebé (García y Yagüe, 1999 como se citó en Vedia, 2016).

Pero ¿qué pasa cuando se notifica la pérdida de su hijo?; de acuerdo con Mota, (2007) una mujer que atraviesa por la pérdida de su hijo comienza a sentirse agobiada por todo lo que tiene que atravesar, cómo les darán la noticia a sus familiares, esto viene acompañado por sentimientos de culpa ya que se cree que no hizo lo suficiente por su hijo y por ello murió.

Durante este proceso las madres atraviesan por diversas fases las cuales van desde confusión y negación, coraje o ira, depresión y resolución del duelo (O'Connor, 2007) y dado que es un evento traumático no solo para la madre, sino, también en el núcleo familiar, desencadenando así, diversas emociones en cada uno de los miembros.

Al respecto, Martínez (2016) menciona que en ocasiones los padres que pierden a su hijo se sienten responsables de esta pérdida, causando que este proceso afecte la relación de pareja, debido al estado de vulnerabilidad en la que se encuentran, así mismo, Santos et al., (2015) refiere que cuando un miembro de la familia se hace pasar por el “fuerte” para dar apoyo emocional (regularmente esto sucede con los hombres, evitando mostrar sus sentimientos), el otro percibe que no le importa la muerte lo suficiente, creando así, un conflicto entre la pareja, cabe destacar, que cada proceso ante la muerte de un hijo va a variar dependiendo cada mujer, pareja o familia ya que la necesidad de estos es diferente.

Emociones

Podemos decir que la palabra emociones proviene del latín “moveré” que significa “moverse” y “e” que es “movimiento hacia”, estas pueden ser muy fáciles de identificar ya que son visibles en todos los seres humanos, los lleva a realizar diversas tareas y estas son reflejadas en su conducta (Bisuqerra et al., 2012; Goleman, 2001).

En este sentido, cuando se sufre la muerte de un hijo los padres comienzan a crear reacciones emocionales ante dicha pérdida, los cuales van desde la pena, resentimiento, tristeza, enfado, autorreproche, ansiedad, soledad, impotencia, shock, negación, como también puede aparecer un sentimiento de culpabilidad la cual puede parecer absurda ya que los padres creen que son los responsables de que su hijo muriera (Markham, 2003, como se citó en Acero, Pulido y Pérez, 2007; Worden, 1997).

Distorsiones cognitivas

Podemos definir las distorsiones cognitivas como esquemas o ideas automáticas e involuntarias del pensamiento, que origina una reacción emocional fuerte provocando perturbación, es decir, es una predisposición para procesar la información de manera errónea y disfuncional (Maldonado, 2013).

Existen diversas distorsiones cognitivas de acuerdo a Maldonado (2013), las cuales se mencionarán a continuación:

- Filtraje selectivo
- Pensamiento polarizado
- Sobregeneralización
- Visión catastrófica
- Saltar a las conclusiones

Es así que dichos pensamientos generados provoquen que las personas tengan complicaciones en su vida cotidiana, ya que son un obstáculo para poder realizar sus actividades y sus planes a futuro, por lo que es importante el estilo de afrontamiento que utilicen para sobrellevar la situación estresante.

Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento con los que cuentan los individuos ayudan a que puedan afrontar aquellas situaciones que se le presente y buscar soluciones efectivas para resolverlos, estos van a depender de los recursos internos o externos de cada persona.

Los estilos de afrontamiento “son predisposiciones personales utilizadas para enfrentar aquellas situaciones que se nos presentan, siendo los responsables en el uso de las estrategias de afrontamiento, la elección de estas es del dominio del sujeto de acuerdo a su experiencia” (Fernández, 1997, como se citó en Salanova, 2010, p.39).

Terapia cognitivo conductual

Una de las terapias más utilizadas para trabajar un duelo, es la terapia cognitivo conductual, ya que se dirige a disminuir el dolor causado por la pérdida y a eliminar todo tipo de emoción, pensamiento y creencia negativa que se presente a causa de esta.

En este sentido, Linero (2020) realizó un estudio de caso con una paciente de 20 años, con la finalidad de trabajar el sentimiento de culpa durante el proceso de duelo mediante una intervención cognitivo conductual y comprobar la eficacia de este mismo. De dicha intervención se obtuvo respuestas exitosas con respecto a su hipótesis planteada frente a la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en la intervención del sentimiento de culpa, donde las técnicas utilizadas ayudaron a la paciente para la disminución de este.

Otro estudio realizó una evaluación, diagnóstico e intervenciones del trastorno del duelo complejo. La intervención consistió en 14 sesiones

en función al enfoque cognitivo conductual utilizando técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, terapia de relajación, tareas propuestas por Worden (1997) para superar el duelo. Dentro de este estudio se demostró que la utilización de técnicas desde el enfoque cognitivo conductual fue favorable para trabajar con el duelo (Pinto, 2018).

Por tanto, el objetivo de la presente investigación será identificar y describir que aspectos psicológicos del duelo presentan las mujeres ante una pérdida perinatal o neonatal con la finalidad de proponer un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual.

MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo conformada por 14 mujeres con edades de 20 a 45 años, encontrando que 8 participantes eran residentes de la Ciudad de México y 6 eran residentes del Estado de México. Respecto al estado civil 4 eran casadas, 3 en unión libre y 7 solteras. Escolaridad 1 tenía licenciatura, 8 preparatoria, 4 secundaria y 1 la primaria. 10 tuvieron muerte fetal y 4 muerte perinatal. Todas las participantes se encontraban internadas en el Hospital de la Mujer, dentro del área de puerperio complicado. Se hizo la selección de las participantes de acuerdo a nuestros criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Residentes del área metropolitana de la CDMX y el Estado de México
- Con pérdida perinatal o neonatal (cualquier pérdida como óbitos, muerte fetal, abortos)
- Internadas en el hospital de la mujer del área puerperio complicado

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue una entrevista a profundidad para poder conocer desde la vivencia de los participantes aspectos sobre su pérdida, y detectar que pensamientos, creencias y emociones presentaban en ese momento respecto a la pérdida perinatal o neonatal.

Consentimiento informado

De acuerdo al código ético 125 del psicólogo en México, no es necesario dar un consentimiento informado escrito ya que la información proporcionada se manejará de forma anónima (sociedad mexicana de psicología, 2009). No obstante, este procedimiento fue grabado, por lo que primero se les preguntaba si estaban de acuerdo en ser grabadas, mencionándoles que todo sería confidencial y anónimo.

Procedimiento

Inicialmente se solicitó permiso al hospital de la mujer para la investigación. En donde se entregó la solicitud de revisión y el proyecto para ser evaluado por la institución, la cual nos notificó su aceptación 30 días después.

Una vez aceptado el permiso, nos asignaron al área de puerperio complicado con un horario matutino de 10:30 am a 13:00 pm, en donde se nos puso bajo supervisión y capacitación de la jefa en turno durante 30 días, en ese tiempo se nos explicaron los protocolos de intervención, en donde se nos indicó que teníamos que brindarles contención emocional a las pacientes para no dejarlas desbordadas, así así mismo, ayudarles a la resignificación de la pérdida.

Posterior a la capacitación, nos permitieron realizar las entrevistas, para la selección de las participantes revisamos el registro de ingreso para ver cuál era su diagnóstico y cual se ajustaba a nuestros criterios de inclusión, una vez identificadas nos dirigíamos a la zona de camillas en donde se encontraba cada paciente, realizando así, un total de 14 entrevistas con una duración de entre 40 minutos a 1:15 hrs cada una. A cada entrevistada se le pidió la autorización para grabar y utilizar la información de manera anónima y confidencial.

Análisis de datos

Una vez realizadas las entrevistas se llevó a cabo la transcripción de cada una de las entrevistas a textos en documentos en Word, después se procedió a meter cada entrevista dentro del programa de Atlas ti, dicho programa permitió identificar una serie de familias de códigos de las características reportadas por las participantes. Se realizó un análisis de contenido creando categorías para al análisis de la información.

Resultados

Al realizar el análisis de las entrevistas, se llevó a cabo la codificación de las características reportadas por las participantes, formando redes semánticas de familias de códigos. Se agruparon en 4 redes semánticas, para facilitar la interpretación de los resultados. Llevan por nombre: *emociones y sentimientos ante la pérdida, relación de pareja, creencias irracionales y afrontamiento externo.*

Red emociones y sentimientos ante la pérdida

Se identificaron 10 características que presentaron las participantes ante la pérdida del bebé, las cuales fueron: confusión, culpa, dolor, enojo, estaban en estado de shock, irritabilidad, miedo, negación, preocupación y

Dolor.

El dolor es otro factor que se mostró en estas participantes, observando llanto fácil y que les costaba trabajo hablar sobre su pérdida y más aún, teniendo presente los objetos destinados a su bebé y tratando de ocultar su dolor.

Participante 1: “es que es eso lo que me duele, que no lo tengo conmigo, no puedo decir algo si no lo tengo... Voy a estar fuerte dentro de lo que cabe. ¡Ay, si me duele!”.

Confusión y estado de shock.

Posteriormente se identificó que estas mujeres manifestaban confusión y se encontraban en estado de shock al recibir la noticia de la pérdida, limitando hacer frente a las emociones presentadas, esto debido a que no esperaban pasar por problemas de salud durante su gestación.

Participante 2: “Yo sabía lo que iba a pasar. Pero ahorita es como que, voy a bloquear un rato para olvidar, y que todo está bien. Mientras yo estaba bien podía reír, lo que sea. Pero por dentro sí sentía eso de ¿qué va a pasar?”.

Negación.

Otra característica observada en las participantes fue la negación puesto que mencionaron no querían aceptar que su bebé ya no estaba con ellas, así mismo, preferían pensar en otra cosa para evadir la situación y creer que estaban bien, mostrándose tranquilas ante los demás, cómo si no hubiera pasado nada.

Participante 4: “siento que evado la situación por esto, porque si no, me la pasaría todo el día llorando, pero no me lo puedo permitir por mi hijo, no puedo darme ese lujo... Todavía tengo la sensación de que me patea”.

Culpa por no cuidarse adecuadamente.

Otro factor observado fue la culpa, en este caso se encontró que esta se debía a la falta de cuidados necesarios durante el embarazo y seguir las indicaciones del doctor.

Participante 10: “Porque a lo mejor si hubiera hecho caso y me hubiera ido al médico cuando sentía esas molestias, cuando me dolía el estómago, yo siento que fue eso por lo que falleció mi bebé”.

Enojo

Un motivo de enojo estaba dirigido a la religión, principalmente con Dios, debido al embarazo y posteriormente al arrebató divino.

Participante 3: “sentí coraje porque, hablando de religión, Dios me lo puso en el camino, desilusionada, porque tantas expectativas que me había hecho y ya al otro día, ya no tengo nada. Mi coraje seguía”.

Irritabilidad

La irritabilidad es una característica que se manifestaba cuando las participantes empezaban a contar cómo se sentían respecto a la reacción de su pareja ante la pérdida, sin embargo, solo una de ellas lo manifestó con mayor frecuencia debido a los problemas en su relación y a su pérdida. Participante 9: “a veces con mi pareja me pasa eso, no quiero ni contestarle los mensajes porque como no vivimos juntos, todo es por mensaje, me hace chistes y eso, pero me molesta, el trata de hablar del bebé, pero yo no quiero, trata de hacerme reír, pero no puedo”.

Red relación de pareja

Otra red de códigos formada por los datos proporcionados por las participantes, fue la relación de pareja, observando que las participantes sufrieron diversas problemáticas en la relación de pareja, antes, durante

y después de la pérdida del bebé, las cuales fueron: problemas de pareja, violencia de pareja, dependencia emocional, falta de apoyo y abandono (Véase Figura 2), red que se describirá a continuación:

Figura 2. Red relación de pareja.



Fuente: Elaboración propia

Problemas de Pareja.

Las mujeres mencionaban que en su relación de pareja existía algún tipo de conflicto, por ejemplo, el consumo de sustancias tóxicas, el cual terminaba generalmente en insultos.

Participante 1: “entonces dije ya no, aparte me di cuenta ya al último que se drogaba, era muy tóxico se podría decir y yo no quiero eso, pero ya fue demasiado tarde. Cuando yo me enteré de eso, ya me decidí a irme, por eso me salí y ya no lo volví a ver”.

Violencia de Pareja.

Debido a los problemas de pareja antes comentados, las participantes refirieron sufrir algún tipo de violencia psicológica y física, la cual no identificaban hasta el momento de su pérdida, donde tomaron el valor para poder salir adelante y detenerse a pensar que es lo que realmente querían para ellas y para sus hijos.

Participante 8: “porque con él me sentía como atada, amarrada, no me dejaba tener ninguna red social, manejaba mi celular y ahorita me siento como libre...e incluso me llegó a pegar”.

Participante 1: “porque así literalmente me tenía encerrada, era de ‘vamos al doctor, pero yo te llevo’... entonces nunca me llevó... Eran palabras, nunca llegamos a los golpes, pero si las palabras te lastiman”.

Dependencia Emocional.

A pesar de los problemas existentes y en ocasiones presentar violencia física o psicológica, se encontró que una participante presentaba dependencia hacia su pareja pues mencionó que tenía la necesidad de estar con él, por miedo a estar sola, por lo que al momento de la pérdida generó que se diera cuenta de lo que estaba sufriendo.

Participante 8: “él tiene un vicio al cristal y por eso me privaba de muchas cosas y mi bebé, apenas la semana pasada cuando cobré, dije quiero eso y me quedé así de ‘no, es que tengo ahorrar’ y ya después en que tengo que ahorrar si yo trabajo y me puedo comprar mis cosas”.

Creencias irracionales.

Se encontró que la violencia y la dependencia emocional estaba relacionada con la creencia de ideas irracionales, las participantes refirieron no poder dejar a los padres de sus hijos, necesitaban estar con ellos porque no podían permitir que sus hijos crecieran sin un padre, en ocasiones minimizando las agresiones.

Participante 1: “me fui, pero mi pensamiento era de ‘no pues es el papá de mi hijo, quiero estar con él’ y otra vez regresar, pero era pelear, otra vez lo mismo... Eran palabras, nunca llegamos a los golpes, pero si las palabras te lastiman”.

No hay apoyo de pareja.

Los factores antes mencionados están relacionados con una falta de apoyo emocional y económico, en este caso, comentaron no tener el apoyo de su pareja, refiriendo que eran ignoradas y cuando la pareja se enteraba del embarazo y durante el mismo, no sintieron el apoyo emocional.

Participante 1: “mi esposo, luego me decía que no lo dejo dormir y se enojaba. Como que luego reaccionaba mal y me decía ‘es que yo no sé qué hacer’, y yo le decía ‘es que yo me siento mal’ y me decía que el que iba a hacer luego eso me decía”.

Abandono de pareja y enojo.

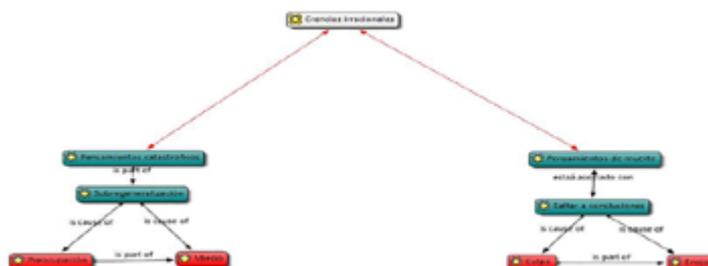
Otro factor identificado fue el abandono de pareja y el enojo que este producía, mencionaron que al momento de que sus parejas se enteraron del embarazo o al haber pasado por la pérdida las abandonaron, dejándolas solas con la responsabilidad.

Participante 3: “sí, me dijo que no era de él que mi otro bebé tampoco es de él y que no tenía nada que hacer conmigo”.

Red creencias irracionales.

En la siguiente red construida, se identificaron diversas características como: los pensamientos de muerte y las creencias irracionales, aspectos que están estrechamente relacionados con el miedo, preocupación, enojo y culpa, las cuales se explican a continuación (Véase figura 3).

Figura 3. Red creencias irracionales.



Fuente: elaboración propia.

Pensamientos catastróficos.

Al enterarse de un diagnóstico poco favorable, las participantes comenzaron a imaginar escenarios desfavorables relacionados a la gestación y cuidado del producto, en ocasiones, estos se vieron reforzados cuando se presentó la pérdida.

Participante 1: “trataba de estar bien porque yo sabía que si no comía pues no come él. Igual le digo que yo agarré eso de no llorar o no pensar por él”.

Sobregeneralización.

Otra distorsión identificada en las participantes era la sobregeneralización tras la pérdida, ya que consideraban que, si se embarazaba en un futuro, pasaría lo mismo.

Participante 14: “si llego a quedar embarazada voy a tener esos pensamientos de que me va a pasar lo mismo y voy a tener ese miedo y voy a empezar a llorar”.

Saltar a las conclusiones.

Otro tipo de pensamiento que manifestaban las participantes era el saltar a conclusiones, refiriendo que debido a la pérdida preferían no expresar lo que sentían para que no se fueran a molestar sus parejas o familiares.

Participante 10: “Es que sufro de la vesícula y luego me daban mucho los dolores, y para no molestar no le decía a nadie y me aguantaba”.

Pensamientos de muerte.

El recibir la noticia de que el producto murió, es algo impresionante y fuerte para la mujer y más si es su primera pérdida, debido a esto, les generaba pensamientos de ya no querer vivir.

Participante 2: “dije ¿por qué? ¿Por qué me está pasando esto?, así como que quiero morirme”.

Miedo.

El miedo fue una de las expresiones referidas por las participantes el cual está relacionado a vivir otra vez una experiencia traumática en futuros embarazos.

Participante 7: “sí, ya tendría miedo a eso, a lo que nos hacen”.

Preocupación.

Las participantes relataron estar preocupadas por la reacción que pudiera generar su pareja o familiares ante la noticia de la pérdida, por lo que no sabían como decirles.

Participante 2: “pues no, no sé cómo reaccionarían. Yo sé que mal, se enojarían”.

Culpa y enojo.

La culpa y el enojo generaban pensamientos de minusvalía como mujer a causa de su pérdida, en ocasiones este pensamiento era reforzado debido a que uno era la primera pérdida que tenían.

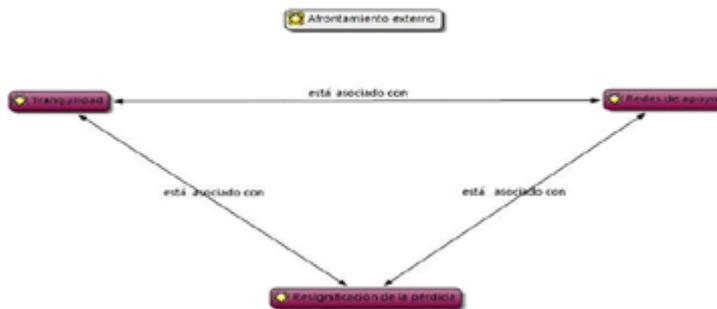
Participante 13: “porque ya es el tercer bebé que pierdo y más bien yo me siento como si yo fuera la que no sirve”.

Participante 8:” fue culpa mía porque desde el principio yo no lo quería tener”.

Red afrontamiento externo

La última red desarrollada tiene por nombre afrontamiento externo y se refiere a aquellas personas con las que cuentan las participantes al momento de vivir su pérdida siendo principalmente sus familiares y en algunos casos su pareja, cuenta con 3 códigos los cuales son: redes de apoyo resignificar la pérdida y tranquilidad, las cuales se describen a continuación (véase figura 4).

Figura 4. Red afrontamiento externo.



Fuente: elaboración propia

Redes de apoyo.

Un aspecto favorable para afrontar la pérdida es el recibir ayuda durante el proceso de duelo, en este sentido, las participantes mencionaron que contaban con el apoyo tanto de familiares y amigos, haciéndoles ver que no están solas en su proceso.

Participante 6: “sí, me apoyan mis papás, por eso siento que lo tome con calma. Sí, me apoyan bastante”.

Resignificar la pérdida y tranquilidad.

Durante la entrevista y contención las mujeres se permitieron reflexionar y encontrar un significado a su pérdida, expresando haber aprendido sobre dicha experiencia y en un futuro tomar mejores decisiones, generándoles una sensación de calma.

Participante 1: “pues todo, si voy a tener un bebé, planearlo y ver principalmente a mi pareja. Saber con quién voy a estar, planear bien mi embarazo e ir al doctor antes de que pase otra cosa”.

Participante 11: “ahorita si me siento más tranquila”.

Propuesta de intervención

Cumpliendo los objetivos de la presente investigación y una vez analizadas las experiencias y significados de las participantes a través de las redes construidas, se crea la propuesta de intervención psicológica con la finalidad de llevar un proceso de duelo normativo y prevenir que este se torne complicado o patológico.

Ya que muchas veces no se les brinda o no se les menciona que es importante el acudir a un servicio psicológico para su proceso de duelo.

De acuerdo con lo analizado esta intervención está propuesta para ser implementada en modalidad de taller dentro de instituciones públicas

debido a la carencia de atención psicológica en este tipo de pacientes, de acuerdo a lo reportado en diversas investigaciones (González et al., 2013; Páez y Arteaga, 2019 y Sánchez, 2019), constará de 7 sesiones de 2 horas cada una y tendrá un enfoque cognitivo conductual (Véase tabla 1), la cual estará dirigida a mujeres que hayan pasado por una pérdida perinatal o neonatal con un rango de edad de 20 a 45 años. A continuación, se muestra la estructura de la propuesta de intervención.

Tabla 1. Estructura propuesta de intervención.

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Tema a trabajar</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tiempo</i>
Conocer qué es el duelo y sus características, tipos de duelo, diferencias entre duelo normal y por muerte perinatal con la finalidad de ayudarlas a llevar un proceso de duelo favorable, lo que les permitirá identificar en qué etapa del duelo se encuentran.	Sesión 1: Manejo del duelo perinatal.	Sensibilización entre las participantes, exteriorizar su experiencia, explicar temas del enfoque CC, duelo, características, tipos, diferencias y las etapas, ritual de despedida, buscar un significado de la pérdida, disminución sentimientos de dolor y actividad de relajación.	Psicoeducación, resignificación de la pérdida, reestructuración cognitiva, contención emocional y técnica de relajación.	2 horas.

<p>Conocer la importancia de expresar sus emociones y sentimientos, el impacto emocional que se genera ante la pérdida, identificarán las emociones predominantes en el duelo, contarán con herramientas para el manejo y expresión de emociones y sentimientos.</p>	<p>Sesión 2: Emociones y sentimientos ante la pérdida.</p>	<p>Emociones y sentimientos ante la pérdida y los que predominan, impacto emocional, como trabajar la culpa e ira, identificar las emociones, manejo de la culpa e ira, expresar sus emociones, actividad de relajación.</p>	<p>Refuerzo, psicoeducación, contención emocional, auto observación, solución de problemas, reestructuración cognitiva, técnica de relajación.</p>	<p>2 horas.</p>
<p>Disminuir la sintomatologías ansiosa y depresiva que lleguen a presentar las participantes ante la pérdida.</p>	<p>Sesión 3: Ansiedad y depresión.</p>	<p>Temas de ansiedad ante la pérdida, como controlarla, técnicas para manejarla, depresión ante la pérdida y como prevenirla, pensamientos ansiosos, relajación.</p>	<p>Refuerzo, psicoeducación, técnicas de relajación, técnicas para la adquisición de habilidades de autocontrol emocional, parada de pensamientos y reestructuración cognitiva.</p>	<p>2 horas.</p>

Fortalecer su autoestima y autoconcepto para favorecer el proceso de duelo	Sesión 4: Autoconcepto y autoestima.	Autoestima, como afecta, su relación con la pérdida de un hijo, autoconcepto, diferencias entre estos conceptos, como mejorarlos, relajación.	Refuerzo, psicoeducación, auto observación, resaltar valores, técnica ventana de Johari, técnica autorretrato, árbol de mis cualidades, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.	2 horas.
Comprender y aplicar la información y herramientas sobre la dependencia emocional y favorecer la comunicación en su relación de pareja.	Sesión 5: Relación de pareja y dependencia emocional.	Relación de pareja, comunicación, valores dentro de ella, cambios después de la pérdida, dependencia emocional, como identificarla y prevenirla y relajación.	Refuerzo, psicoeducación, escritura terapéutica, técnica de modelado, auto observación, contrato conductual, reestructuración cognitiva y técnica de relajación.	2 horas.

<p>Reestructurar creencias y pensamientos distorsionados de las participantes, generados a partir de la pérdida para que les permita concluir su proceso de duelo de manera favorable.</p>	<p>Sesión 6: Creencias, pensamientos y distorsiones cognitivas ante la pérdida.</p>	<p>Pensamientos catastróficos ante la pérdida de un hijo, distorsiones cognitivas, tipos, creencias irracionales y como están conformadas.</p>	<p>Refuerzo, psicoeducación, parada de pensamientos, auto observación, técnica costos y beneficios, registro de pensamientos, psicoeducación, contención emocional y técnica de relajación.</p>	<p>2 horas.</p>
<p>Reforzar los estilos de afrontamiento en las participantes para favorecer su proceso de duelo.</p>	<p>Sesión 7: Estilos de afrontamiento.</p>	<p>Estilos de afrontamiento, para que sirven, los que se utilizan ante la pérdida de un hijo, recursos internos con lo que cuentan las mujeres, como afrontar eventos estresantes.</p>	<p>Refuerzo, psicoeducación, técnica de manejo de situaciones negativas por Leahy, auto observación, contención emocional, técnica pregunta del milagro, reestructuración cognitiva, solución de problemas y técnica de relajación.</p>	<p>2 horas.</p>

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Durante las entrevistas se encontró que las madres ante la pérdida de sus embarazos, pueden llegar a manifestar diversas reacciones emocionales, donde refirieron sentir tristeza, enojo, culpa, irritabilidad, miedo, preocupación, dolor, confusión y negación, no obstante, estas emociones no están únicamente asociadas a la pérdida, sino que en ocasiones, se relacionaban con la dinámica familiar y de pareja, lo cual coincide con lo que menciona Worden (1997) al momento de que se vive la pérdida de un ser amado se pueden presentar reacciones fisiológicas, mentales y emocionales, estas reacciones van desde la tristeza, el enfado, pánico, culpa, auto reproche, negación, ansiedad, soledad, impotencia, shock y anhelo.

Como se observó en las entrevistas, las participantes mencionaron sentir un gran dolor porque llegarían a casa con los brazos vacíos, al respecto, Mota et al., (2008) mencionan que, sin importar el número de meses transcurridos desde la pérdida, la manifestación del dolor en las mujeres sigue presente.

En la presente investigación, se reportaron problemas de pareja antes y después de la pérdida, a tal grado que, durante este periodo, se presentaron situaciones de violencia tanto física como psicológica por parte de los hombres, en este sentido, Woolley (1997) menciona que la pareja es un factor positivo para el proceso de duelo en las madres que han sufrido una pérdida perinatal, no obstante, también menciona que los padres pueden reaccionar de maneras diferentes ya que en ocasiones pueden unirse más como pareja al realizar actividades que ayudan a superar la pérdida o pueden separarse.

Un aspecto relacionado a lo anterior es la irritabilidad que mostraban las mujeres hacia su pareja porque no expresaban sus sentimientos ante la pérdida de su hijo, lo que coincide con lo que mencionan Griebel et al., (2005) que los padres (mujeres y hombres) pueden llorar y atravesar la pérdida de manera diferente, por lo que pasan por las etapas en diferente orden y ritmo. Cada uno vivirá el proceso de duelo a su manera.

Se pudo observar en las entrevistas, que las mujeres decían sentirse no “servibles” como mujer, por lo que constantemente buscaban una explicación a dicho evento tal como comenta Claramunt et al., (2009) que la mujer después de haber sufrido una pérdida busca motivos para auto inculparse (“Si hubiera descansado más”, “Si me hubiera cuidado” ...). Casi siempre estos motivos son irracionales y no son causa de la pérdida, a pesar de eso, las mujeres se empeñan en creer esos motivos, autocastigándose y queriendo encontrar una explicación a lo sucedido.

Las participantes manifestaron ideas erróneas respecto a futuros embarazos, a la relación de pareja y a los planes a futuro en cuestión de tener hijos, en este sentido, se relaciona con lo que Figueras (2015) menciona, que lo que puede impedir una realización de duelo son las diversas creencias erróneas que llegan a manifestar las mujeres ante la pérdida, como, por ejemplo “siempre nos pasa a nosotras cosas malas”.

Uno de los pensamientos más frecuentemente mencionado, fue el temor de abandono por parte de sus parejas al no poderles dar un hijo, al respecto Callister, (2006); Meza y Vargas, (2011); Oviedo et al., (2009) mencionan que dicha idea puede llegar a desvanecer los proyectos a futuro en la relación de pareja, principalmente cuando no se han tenido hijos, trae consigo la pérdida de las expectativas creadas con el mortinato y el rol

de padres o la percepción de la pareja sobre la posibilidad de tener hijos a futuro.

Otra creencia irracional latente en las participantes, fueron los pensamientos catastróficos, donde las mujeres referían que en futuros embarazos les pasaría lo mismo, por lo que sacaban sus propias conclusiones, tal como menciona, Figueras (2015), en ocasiones las mujeres con pérdida perinatal, pueden presentar pensamientos recurrentes o intrusivos, así como tener la sensación de que no pueden creer lo sucedido o que les volverá a pasar lo mismo.

La realización de un duelo normal está relacionada con el tipo de estilo de afrontamiento que lleven las mujeres ante dicha situación, ya que durante las entrevistas las mujeres que tenían redes de apoyo reportaron que el apoyo las ayudaría a favorecer su proceso de duelo pudiendo resignificar su pérdida, sin embargo, aquellas mujeres que no cuentan con estos recursos, el proceso se podría volver complicado, lo que coincide con lo referido por Mota et al., (2008) que los factores internos y externos (redes de apoyo, pareja, familia, situación económica) pueden facilitar o desfavorecer dicho proceso, ocasionando una posible complicación y generando alguna patología.

Conclusiones

Los resultados anteriormente mencionados permiten decir que las mujeres entrevistadas en el hospital se encontraban en la primera etapa del duelo que es la negación, expresando diversas emociones como la tristeza, el enojo, miedo o preocupación, siendo una reacción normal ante dicha pérdida.

Las mujeres que resignifican su pérdida, tienen un proceso de duelo favorable debido a que se quedan con los aprendizajes que dicha pérdida les dejó.

La culpa es una característica persistente en las mujeres que pierden un bebé a causa de la presencia de creencias irracionales.

Los pensamientos catastróficos en las mujeres ante una pérdida perinatal o neonatal pueden provocar preocupación, miedo al futuro, tristeza y culpa, así como problemas en la dinámica de pareja y familia nuclear.

La presencia de un duelo complicado puede estar asociado a la falta de apoyo en las mujeres por parte de sus parejas antes y después de haber sufrido la pérdida.

Un duelo no favorable podría estar asociado con problemas de pareja o en aquellas mujeres que presentan abandono.

A partir de la pérdida, las mujeres generan creencias irracionales lo cual podría provocar una dependencia emocional hacia la pareja.

La presencia de distorsiones cognitivas en estas mujeres, parecen ser la generalización y saltar a conclusiones.

REFERENCIAS

- Acero, P. D., Pulido, M. A. & Pérez, B. F. (2007). Efectos emocionales, en padres que han perdido a un hijo por accidente de tráfico en el contexto colombiano. *Umbral Científico*, 11, 111-127
- Alcolea, S. & Mohamed, D. (2011). *Guía de cuidados en el embarazo Consejos de su matrona*. Madrid: Instituto Nacional de Gestación Sanitaria.
- Artal, R. (2019). *Fisiología del embarazo, Manual mds una visión para profesionales*. Extraído de: <https://www.msmanuals.com/esmx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujerembarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/fisiolog%C3%ADa-del-embaraz>.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). *Depression during Pregnancy. Clinical Drug Investigation*, 24 (3), 157–179. doi:10.2165/00044011-200424030-00004
- Bisugerra, R., Punset, E., Mora, F., García, E., López, E., Pérez, J. C., Lantieri, L., Nambiar, M., Aguilera, P., Segovia, N. & Planells, O. (2012). *¿Cómo educar las emociones? Inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Hospital Santo Joan de Déu.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal Loss. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227–234. doi: 10.1097/00005237-200607000-00009
- Claramunt, M. A., Álvarez, M., Jové, R. & Santos, E (2009). *La cuna vacía*. México: La esfera de los libros.
- Figueras, I. (2015). Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. Perspectiva de la madre. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 32, 35-47.
- Goleman, D. (2001). *Inteligencia emocional. Porque es más importante que el consiente intelectual*. México: Kairós.
- Gómez, L. M., Aldana, C. E., Carreño, M. J. & Sánchez, B. C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14 (2), 28- 35.

- González, D. M., Pérez, G., Leal, J. C., Ruíz, R. A. & González, J. J. (2016). Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional. *Revista Mexicana de pediatría*, 83 (4), 115-123.
- González, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M. J. & Rodríguez, E. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de Atención Primaria*, 19, 113-117.
- Griebel, C. P., Halvorsen, J., Golemon, T. B. & Day, A. A. (2005). Management of spontaneous abortion. *American Family Physician*, 72 (7), 1243-1250.
- Instituto nacional de estadística y geografía (2020). *Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2019, Comunicado de prensa núm. 410/20*. Extraído el 07 de septiembre de 2021 de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019_08.pdf
- Instituto nacional de estadística y geografía (2021). *Características de las defunciones fetales registradas en México durante 2020, Comunicado de prensa núm. 504/21*. Extraído el 07 de noviembre de 2021 de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesFetales2020.pdf>
- Kelly, R. H., Russo J & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry*, 23(3), 107-113. doi: 10.1016 / s0163-8343 (01) 00129-3.
- Kübler, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. España: Ediciones Luciérnaga.
- Linero, A. P. (2020). *Efectividad de la intervención en el sentimiento de culpa desde el enfoque cognitivo conductual aplicado en una paciente de 20 años en proceso de duelo*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte División de ciencias Sociales y humanas, Colombia.
- Maldonado, D. (2013). *Relación entre las Distorsiones Cognitivas y la Autoestima en Mujeres con Experiencia de Separación de Pareja, Consultantes del Subcentro de Salud de Cumbayá*. (Tesis licenciatura). Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

- Martínez, E. (2016). *Propuesta de programa de apoyo y seguimiento para padres en proceso de duelo perinatal*. (Tesis de grado). Universidad de Lleida, España.
- Meza, E. G., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Meza, M. & Vargas, M. (2011). Pérdidas perinatales: abordaje psicológico. *Instituto de nutrición nestlé*, 13 (1), 1-6.
- Mota, C., Aldana, E., Gómez, M., Sánchez, M. & González, G. (2008). Impacto emocional en las parejas a quienes se informa que su feto tiene defectos congénitos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 (10), 604-609.
- Mota, G. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa un embarazo con defecto congénito. *Reproducción Perinatal*. 21 (2):81-87.
- Norma Oficial Mexicana. (1993). *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Extraído de: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con Amor*. México: Trillas.
- OMS (2019). *Reducir la mortalidad de los recién nacidos*. Organización Mundial de la Salud. Extraído el 11 de noviembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Oviedo, S., Urdaneta, E., Parra, F. M. & Marquina, M. (2009). Duelo Materno por Pérdida Perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76 (5), 215- 219.
- Páez, M. L. & Arteaga, L. F. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de medicina*, 19 (1), 32-45.

- Pastor, S. M., Vacas, A. G., Rodríguez, M. B., Macías, J. M. & Pozo, F. (2007). Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Revista Paraninfo Digital*, 1, s/p.
- Pinto, R. A. (2018). *Intervención cognitivo conductual en caso clínico trastorno de duelo complejo persistente*. (Tesis para obtener el título de especialista de psicología clínica). Universidad Pontificia Boliviana Escuela de Ciencias sociales, Bucaramangara.
- Ramírez, J. (2002). *Etapas del Desarrollo Fetal. Filosofía fetal*. Extraído de: [https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20001%20\(2002\).pdf](https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20001%20(2002).pdf).
- Salanova, M. (2010). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sánchez, A. D. (2019). Propuesta de intervención para el manejo del duelo por muerte perinatal. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Santos, P., Yáñez, A. & Al-Adib, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio extremeño de salud*. Extraído el 3 de noviembre de 2019 de: <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-duelo-SES.pdf>
- Valdez, R., Meza, R., Núñez, J. & Ocampo, A. (2009). Etiología de la mortalidad perinatal. *Perinatología y reproducción humana*, 23 (1), 1-4.
- Vedia, V. (2016). Duelo patológico Factores de riesgo y protección. *Medicina Psicosomática y psicoterapia*. 4 (2) 12-34.
- Woolley, M. M. (1997). La muerte de un niño: la perspectiva y el consejo de los padres. *Revista de Cirugía Pediátrica*, 32 (1), 73–74.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Envío dictamen: 16 octubre 2021

Reenvío: 4 de noviembre de 2021

Aprobación: 17 noviembre 2021

Ingrid Abigail Flores Pérez. Licenciada en Psicología por la Universidad del Distrito Federal Campus Santa María. Asistente en la jornada virtual del grupo de investigación en nutrición en la facultad de estudios superiores Iztacala. Correo electrónico: aam_ingrid14@yahoo.com.mx

Diana Morales Gallardo. Licenciada en Psicología por la Universidad del Distrito Federal Campus Santa María, pasante de psicología clínica en el Hospital de la Mujer. Correo electrónico: lic.dianamg@gmail.com

Camilo López Cuautle. Doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se ha desempeñado en investigación relacionada a los problemas con la imagen corporal en varones. Cuenta con publicaciones en revistas especializadas fungiendo como primer autor y también como coautor, siendo coautor en dos capítulos de libro sobre imagen corporal y obesidad. Ha impartido clases a nivel licenciatura dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Tecnológica de México y la Universidad del Distrito Federal. Ha sido editor y revisor de artículos de investigación dentro de la revista mexicana de trastornos alimentarios. Ha sido ponente en diversos seminarios, coloquios y congresos organizados por entidades académicas tanto nacionales como internacionales. Correo electrónico: lopez.c.camilo@gmail.com