

## Capítulo 3. Contacto post mortem con el bebé

**Título libro:** Informe Umamanita. Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina

---

**Autores:** Paul Richard Cassidy, Jillian Cassidy, Ibone Olza, Ana Martín Ancel, Sara Jort, Diana Sánchez, M. Àngels Claramunt, Maria Teresa Pi-Sunyer, Gabriella Bianco, Paloma Martínez Serrano

**Año:** 2018

**Publicado por:** Umamanita

**ISBN:** 978-84-09-03812-1 (Digital: descarga)

**Palabras clave:** muerte intrauterina, interrupción del embarazo, duelo gestacional, duelo perinatal, atención sanitaria, atención al duelo perinatal, obstetricia, matronería, parto, objetos de recuerdo y fotografías, sedantes, diagnóstico, contacto post mortem con el bebé, investigación de la causa de la muerte

Informe UMAMANITA

# Capítulo 3. CONTACTO POST MORTEM CON EL BEBÉ

Cassidy, P.R. et al. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en Casos de Muerte Intrauterina. Umamanita: Girona.



ISBN: 978-84-09-03812-1 (Digital: descarga)



# 3. CONTACTO *POST MORTEM* CON EL BEBÉ

## RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y TABLAS

### Resumen

**Introducción:** La posibilidad de contacto *post mortem* (ver, sostener en brazos, vestir, velar, etc.) con el/la bebé después del parto es una práctica que se le debería facilitar a las madres, a sus parejas y a sus familias porque les permite afrontar el duelo mediante rituales compartidos, reafirmar su identidad y superar aspectos tóxicos de la muerte. Cuando no disponen de esta oportunidad, es común que tienen remordimientos. Sin embargo, como en todo aspecto de la atención, lo más importante es dar la información apropiada para que tomen la decisión más adecuada para ellos. El estudio investiga las prácticas en los hospitales españoles.

**Resultados:** Se analizaron las respuestas de 796 mujeres a una encuesta *online*<sup>1</sup>. El 52,9% de las madres y el 58,9% de los padres vieron a su bebé. El 34,5% de las madres y el 21,5% de los padres sostuvieron a su bebé en brazos. El 41,9% de las madres que vieron a su bebé pasaron menos de 5 minutos con él/ella. El 40,7% respondieron estar 'de acuerdo' con que recibieron "bastante información" sobre la decisión de ver al bebé. 1 de cada 5 mujeres respondieron que les aconsejaron no ver a su bebé. Los resultados manifiestan que las acciones de los profesionales sanitarios influyeron sustancialmente en la toma de decisiones. Tanto la insuficiencia de información, como la presión para ver al bebé o el consejo de no verlo redujeron significativamente la probabilidad de ver al bebé. El 96,4% contestaron estar 'de acuerdo' con que fue una buena decisión ver al bebé y el 57,4% de las madres que no vieron a su bebé respondieron estar 'de acuerdo' con que se arrepentían de la decisión. El estudio no halló una relación significativa entre el contacto *post mortem* y el duelo complicado.

**Conclusiones:** El porcentaje de madres que ven a su bebé era muy bajo en comparación con otros países económicamente semejantes. Asimismo, el grado de interacción con el bebé era muy bajo. Principalmente, son las acciones del personal sanitario las que motivaron o no el contacto con el bebé fallecido. Es necesario ofrecer mejor información y formar a los sanitarios para que sepan cómo comunicarse con las pacientes y a sus familias y darles apoyo en estos momentos.

**Palabras clave:** Muerte intrauterina, muerte fetal, interrupción del embarazo, duelo perinatal, contacto *post mortem*, ver y abrazar, ritual

### Abstract

**Introduction:** Contact with the baby (seeing, holding, dressing, etc.) after the birth is a practice that health professionals (HPs) should support and facilitate for parents and their families following intrauterine death. Through shared rituals and reaffirmation of identities (mother, father, son/daughter) it can help in the grief process by overcoming toxic aspects of the death. When parents don't have this opportunity they tend to have regrets, but as in all aspects of perinatal bereavement care it is crucial to provide good information in a supportive environment so that they make the decision most suited to their own needs and wishes. The study researches practices in Spanish hospitals.

**Results:** Responses from 796 women to an online questionnaire were analysed. 52.9% of mothers and 58.9% of fathers saw their baby. 34.5% of mothers and 21.5% of fathers held their baby. In 41.9% of cases where the mother saw her baby the duration of the contact was less than 5 minutes. 40.7% 'agreed' that they received enough information about the decision to see the baby. 1 in 5 responded that they were advised to not see the baby. *Poor information, advising against seeing and pressuring to see* all significantly reduced the probability of contact with the baby. 96.4% of women who saw their baby felt that it was a good decision and 57.4% of those that didn't regretted it. The study didn't find any significant relationship between postmortem contact (seeing or holding) and complicated grief.

**Conclusions:** The percentage of women who saw their baby is very low in comparison to countries with similar economies. The level of interaction with the baby is also very low. Principally, it is the actions of the healthcare providers that encourage or discourage contact with the baby. It is necessary to provide better information to parents and to train healthcare professionals how to communicate with women and their families and how to provide them with appropriate support.

**Keywords:** Stillbirth, bereavement care, perinatal death, termination of pregnancy, perinatal grief, postmortem contact, seeing and holding

<sup>1</sup> Véase el capítulo 1 para una descripción detallada de la metodología.

## Introducción

Hasta los años 80 en el mundo occidental fue común que no hubiera ningún tipo de contacto entre la madre y su bebé en casos de muerte perinatal porque se pensaba que era mejor y menos doloroso para ella. Era habitual que sedaran a la madre antes o justo después del expulsivo y retiraran al bebé del paritorio inmediatamente [1–3]. En los años 60 y 70, en los hospitales de los países anglosajones y del norte de Europa, empezaron a reconocer que estas prácticas podrían, en realidad, tener un efecto contraproducente en la salud mental de la mujer y, así, complicar el duelo [4–7]. El reconocimiento ‘científico’ de que el vínculo entre la madre y su bebé empieza muy pronto en el embarazo y que el duelo perinatal era un fenómeno real añadió mucho peso a los llamamientos para exigir cambios culturales en la obstetricia [1]. Hoy en día se recomienda que los profesionales sanitarios apoyen a las madres y a sus parejas a ver y pasar tiempo con su bebé, cualquiera que sea la edad gestacional o la severidad de las malformaciones [8–11].

Cuando una madre o un padre no ve a su bebé por miedo, por un sentimiento temporal de rechazo, por un proceso de toma de decisiones paternalista o por una formación del profesional inadecuada, vemos una proliferación de sentimientos de pavor, vulnerabilidad, culpa, desorientación, crisis existencial y falta de control que suelen desencadenarse con el diagnóstico de la muerte [12–19]. Cuando las decisiones no son informadas y o están basadas en el temor la toxicidad de la muerte asume mucho protagonismo en el proceso de duelo. Cuando las madres y los padres no ven a su hijo/a, son habituales los remordimientos y sentimientos de culpa por no haber actuado como buenos padres y no haberle dado una bienvenida acorde a un ser querido, aunque no es siempre el caso. La imposibilidad total de revertir estas decisiones hace que estos remordimientos sean duros y difíciles de resolver [20].

El concepto o idea que subyace al contacto con el bebé no consiste en el simple hecho de ver pasivamente al bebé. Además de verlo, contempla una serie de cuidados activos por parte de la madre, su pareja y su familia, tales como tocar, sostener, vestir, lavar, etc. Aparte de los motivos mencionados anteriormente, los objetivos de estas interacciones son diversos. Primero, abre la posibilidad de reafirmar la identidad materna y paterna, tanto en la relación directa con el hijo/a como en el sentido socio-cultural. Es decir, se les permite comportarse de una manera acorde a lo que la sociedad conceptualiza como una buena madre o un buen padre: asumen los papeles de cuidar, amar, honrar y proteger, tal y como han hecho a lo largo del embarazo [8,9,21–24]. Segundo, permite que la identidad del bebé se afirme, los padres pueden ver su aspecto físico y, por ejemplo, especular sobre a qué familiares se parece.

Otros miembros de la familia también pueden conocerlo y en el acto de compartir estos rituales el proceso de integración social y familiar es más profundo y la experiencia de la muerte se reparte [8,9,18,22,25,26].

En este sentido, cuando los profesionales sanitarios están formados y saben apoyar a las familias durante estos momentos, es muy común que las madres y los padres hablen de la belleza del momento y los sentimientos de ternura y afecto hacia su hijo/a. Esto no implica que sea una experiencia únicamente positiva, un porcentaje significativo de mujeres también sienten miedo, desprotección o molestia junto con los sentimientos más positivos [15,27]. Lo importante es que el contacto permite contrarrestar el miedo, las sensaciones de vulnerabilidad y la falta de control que conlleva la muerte, además de dar recursos, en forma de memorias, que facilitan el proceso de duelo [28,29]. De esta manera, desde la toxicidad de la muerte, la relación con su hijo/a vuelve al primer plano [30].

Objetivos de la investigación:

- Determinar el grado y tipo de contacto con el bebé después del parto por parte de la madre y el padre, incluyendo: ver, tocar, sostener en brazos, vestir, lavar y velar.
- En el caso de ver al bebé, establecer la duración del tiempo que la mujer pasó con él/ella y si sintió que podía pasar todo el tiempo que quería con su bebé.
- Calificar las percepciones de las mujeres acerca del papel de los profesionales sanitarios en la decisión de ver o no al bebé.
- Analizar las variables (relacionadas con la atención, el embarazo u otros aspectos sociodemográficos) que más predicen el contacto con el bebé.
- En el caso de ver al bebé, calificar las percepciones de las madres sobre la involucración de los profesionales durante estos momentos.
- Determinar los sentimientos actuales de las mujeres respecto a la decisión de ver o no al bebé.
- Analizar la relación entre ver y sostener al bebé (o no) y posible duelo complicado, medida con una versión castellana del Perinatal Grief Scale.

## Resultados

El estudio se centró en casos mayores o iguales a 16 semanas de gestación y únicamente en los de muerte intrauterina súbita o interrupciones del embarazo por motivos médicos. 796 mujeres, cuyos bebés murieron en el sistema sanitario español durante los cinco años previos a participar en este estudio, respondieron a una encuesta *online*.

El nivel alfa para la significancia estadística es  $p < 0,05$ . Todas las tablas de resultados están expuestas al final del capítulo. Las citas ilustrativas expuestas en la sección 'Discusión' han sido extraídas de preguntas abiertas de la encuesta. Los nombres o apellidos citados son pseudónimos. Véase el capítulo 1 para una descripción detallada de la muestra y de la metodología.

## Grado de contacto con el bebé fallecido

Los resultados (tabla 1, gráfico 1) muestran que algo más de la mitad de las mujeres y sus parejas vieron al bebé tras el parto. En el caso de las mujeres, se halló una relación significativa ( $p < 0,001$ ) con el año de la muerte, pero con un tamaño de efecto pequeño<sup>2</sup>: en los años  $\leq 2011$ , la proporción que vio a su bebé se situó en el 42,3% comparado con el 63,4% en 2015/16 (véase tabla 5). En el caso de los padres, no hubo un cambio significativo en el grado de contacto *post mortem* con el bebé durante los años que el estudio abarcó (véase tabla 6).

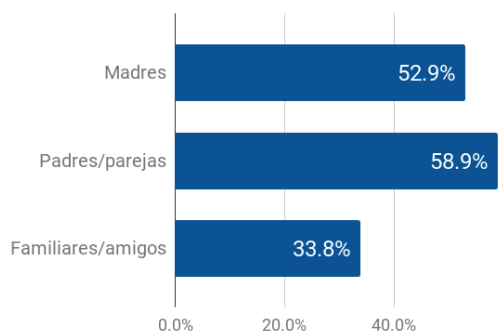


Gráfico 1. % de madres, padres/parejas y familiares que vieron al bebé (n=796)

El análisis encuentra una relación significativa con la edad gestacional (tabla 2), con un tamaño de efecto grande: cuanto más avanzada es la edad gestacional, mayor es la proporción de madres y padres que vieron su bebé. En el caso de las mujeres, la cifra de contacto con el bebé oscila entre el 28,9% en casos  $< 20$  semanas de gestación hasta el 74,1% cuando la muerte ocurrió  $\geq 34$  semanas (véase tabla 3). Controlando por la edad gestacional, no se detectó una relación significativa entre la proporción de madres o padres que vieron al bebé y el tipo de muerte (muerte súbita o interrupción por motivos médicos).

Respecto a los familiares/amigos (tabla 3), en el 33,8% de los casos al menos un familiar (abuelo/a u otro) vio

<sup>2</sup> Véase el capítulo 1 para detalles sobre los parámetros de medición del tamaño de efecto de la relación estadística.

al bebé y en el 2,5% de los casos lo vio un amigo/a. En el 5,4% de los casos un familiar o amigo vio al bebé aunque ninguno de los padres lo vieron.

## Intensidad y tipo de contacto con el bebé

El cuestionario exploraba la práctica de varios tipos de contacto recomendados en las guías de actuación, tales como sostener en brazos, vestir y lavar al bebé. Además, preguntamos si la madre había tocado a su bebé y si le había 'velado durante un tiempo'.

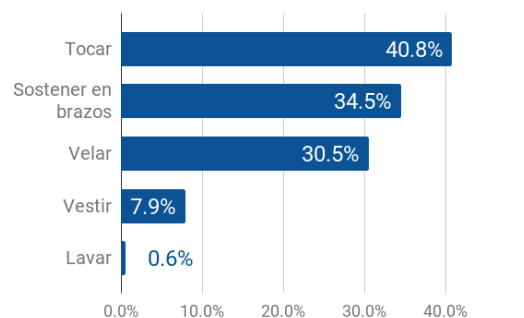


Gráfico 2. Tipo de interacción con el bebé fallecido por parte de la madre (n=421, todas que vieron su bebé)

Los resultados (tabla 4, Gráfico 2) muestran que tanto para las madres como para sus parejas, el acto más frecuente ha sido el de 'tocar' a su bebé (40,8% y 31,7%, respectivamente), seguido por 'sostener' (34,5% y 21,5%, respectivamente). Los otros tipos de contacto (lavar, vestir) apenas se registraron, siendo tan solo un 7,9% en el caso de vestir y  $< 1\%$  en el caso de lavar.

En cuanto al grado de interacción con el bebé y el año de la muerte, el análisis constató más cambios significativos en el caso de la madre que el padre. Por ejemplo, se observó un aumento en la proporción de madres que tocaron (29,9% en los años  $\leq 2011$  vs. 53,3% en los años 2015/16), velaron (22,1% en los años  $\leq 2011$  vs. 40,0% en los años 2015/16) y sostuvieron en brazos a su bebé (25,0% en los años  $\leq 2011$  vs. 42,4% en los años 2015/16). Por otra parte, solo se encontraron cambios significativos en el caso del padre para tocar al bebé y sacar fotografías, en ambos instantes con un tamaño de efecto muy pequeño (tablas 5 y 6).

Finalmente, los resultados evidencian que la edad gestacional es un factor muy influyente en las formas de interactuar tras el parto, siendo más común en edades gestacionales avanzadas que tempranas (tablas 7 y 8).

## El lugar del contacto con el bebé fallecido

La mayoría de las mujeres (78,8%) vieron a su bebé en un lugar asociado con el tratamiento (sala de partos, sala contigua al paritorio, quirófano, reanimación y urgencias), mientras que solo el 17,1% lo vio en su habitación o una habitación para familias (1,7%) (véase tabla 9).

Respecto al lugar donde vieron a su bebé, el 67,3% de las mujeres respondieron 'de acuerdo' con que "fue un lugar privado", mientras que el 24,8% contestó estar 'en desacuerdo' y las restantes se apuntaron en la posición neutra<sup>3</sup> (tabla 11).

## La duración del contacto con el bebé fallecido

El 41,9% de las mujeres que vieron a su bebé pasó menos de 5 minutos con él/ella, mientras que el 10,5% respondió haber pasado más de una hora con él/ella (tabla 10, gráfico 3). Respecto a este resultado, el análisis no halló una diferencia significativa relativa al año de la muerte.

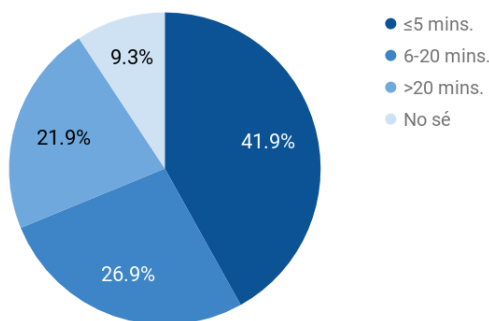


Gráfico 3. Duración del contacto con el bebé (n=421, todas que vieron su bebé)

A la afirmación "sentí que podría pasar todo el tiempo que quería con mi bebé", el 44,5% de las mujeres que vieron a su bebé contestaron estar 'de acuerdo' (tabla 11). En el caso de este resultado no se detectó diferencias significativas según el año de la muerte.

<sup>3</sup> La calificación 'de acuerdo' es una combinación de dos de los cinco puntos en la escala Likert: 'estoy totalmente de acuerdo' y 'estoy de acuerdo', mientras la calificación 'en desacuerdo' es una amalgamación de los dos puntos opuestos: 'estoy totalmente en desacuerdo' y 'no estoy de acuerdo'. La posición neutra es 'ni de acuerdo ni en desacuerdo'.

Existe una asociación significativa ( $p<0,001$ ), con un tamaño de efecto grande, entre la duración del contacto con el bebé y sentir que podría pasar todo el tiempo que quería con él/ella. Cuando la madre pasó más de 20 minutos con su bebé, el porcentaje 'de acuerdo' se incrementó hasta un 73,9% (tabla 12).

Otra medida útil para explorar el concepto de tiempo es contrastar las respuestas afirmativas de haber "velado al bebé durante un tiempo" con la duración del contacto. Los resultados indican que, una vez transcurridos 20 minutos, la gran mayoría (90,2%) de las encuestadas respondieron de forma afirmativa haber "velado al bebé durante un tiempo" (tabla 13).

Para explorar la toma de decisiones respecto al tiempo que las mujeres pasaron con su bebé, un análisis mediante CHAID (árbol de decisiones) revela que la variable que mantiene la asociación más significativa ( $p<0,001$ ) con la duración del contacto es si la mujer sentía que tenía "control sobre la toma de decisiones relacionadas con los aspectos de ritual (ej. cómo ver/sostener)". Cuando pasaron >20 minutos con el bebé afirmaron sentir que tenían control sobre la toma de decisiones relacionadas con ritual en el 75,0% de los casos (tabla 14).

De modo similar, existe una asociación significativa ( $p<0,001$ ) entre la edad gestacional y la duración del contacto, siendo mayor en casos de edades gestacionales más avanzadas (tabla 15).

## Toma de decisiones respecto a ver el bebé

En base a una revisión de la literatura y las entrevistas exploratorias, se incluyeron 3 afirmaciones respecto a la decisión de ver o no al bebé: "recibir bastante información acerca de la decisión", "ser aconsejada que sería mejor no ver al bebé", "sentirse presionada por parte de los profesionales para ver al bebé"<sup>4</sup>.

Un porcentaje minoritario (40,7%) de las mujeres respondieron estar 'de acuerdo' con haber recibido "bastante información acerca de la decisión de ver o no ver al bebé" (tabla 14, gráfico 4). Por otra parte, 1 de cada

<sup>4</sup> En el cuestionario estas afirmaciones aparecieron en dos preguntas separadas dependiendo de si la mujer había visto a su bebé o no. En el caso de 'información' y 'consejo de no ver', la afirmación estaba escrita exactamente igual en ambas preguntas, pero en el caso de 'presión' hubo necesidad de reflejar las diferentes circunstancias para no confundir a las participantes. Por lo que, cuando la madre vio a su bebé, la afirmación fue redactada así: "Me sentí presionada/obligada a ver a mi bebé/s". En el caso de no ver al bebé, fue redactada así: "Aunque decidí no ver a mi bebé me sentí presionada por los profesionales a verle".

5 encuestadas (21,1%) respondieron estar 'de acuerdo' con que le "aconsejaron no ver al bebé" y el 6,3% contestaron estar 'de acuerdo' con que se sintieron "presionadas" para ver al bebé (véase tabla 16). En cuanto al año de la muerte, el análisis halló únicamente un cambio significativo ( $p = 0,003$ ) en el caso de la provisión de información: en los años  $\leq 2011$ , el 29,1% respondió estar 'de acuerdo' frente al 48,8% en los años 2015/16 (tabla 17).

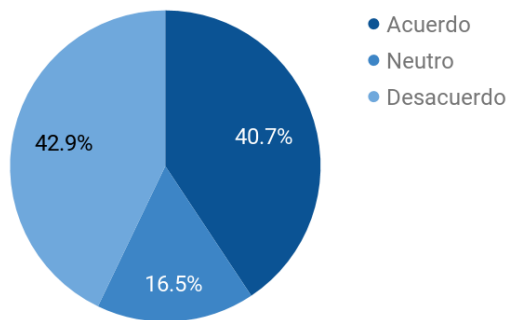


Gráfico 4. "Recibí bastante información acerca de la decisión de ver o no ver al bebé/s" (n=796)

Otra pregunta trataba sobre este tema de manera directa: ¿En algún momento algún profesional te dijo que no podías ver a tu bebé/s? En el 7,7% de los casos la madre respondió de forma afirmativa. Las razones para no permitir a la mujer ver al bebé fueron varias, incluyendo: "contra protocolo", decir que sería "traumático y o desagradable", y que sería "negativo para el duelo/un mal recuerdo" (tablas 18 y 19).

## Variables predictoras de ver al bebé

Para explorar qué variables influyen en la probabilidad de ver o no ver al bebé se realizó un análisis multivariado con la técnica de regresión logística binaria. El modelo contiene 10 variables que predicen el contacto con el bebé y que explican entre el 25,9% y 33,8% de la varianza (véase tabla 20).

En el bloque 1, el análisis encontró una leve relación negativa con los meses transcurridos desde la pérdida, es decir, en los 60 meses que abarcó la encuesta los casos más recientes tenían mayor probabilidad de haber visto al bebé. Las variables predictoras más influyentes son las semanas de gestación y los casos de primigrávida, todas las cuales mantienen una relación negativa con el contacto con el bebé:

- Edad gestacional de 16-19 semanas - OR: 0,178
- Edad gestacional de 20-25 semanas - OR: 0,224
- Edad gestacional de 26-32 semanas- OR: 0,328
- Madre primigrávida - OR: 0,682

En el bloque 2, introdujimos las variables asociadas con la atención sanitaria. Encontramos 5 variables predictoras nuevas, de las cuales 3 son predictoras positivas de haber visto al bebé, independientemente de la edad gestacional:

- Estar acompañada durante el parto- aOR: 2,073
- Al menos un sanitario usó el nombre del bebé - aOR: 3,148
- Responder 'de acuerdo'<sup>5</sup> a la afirmación "Recibí bastante información acerca de la decisión" - aOR: 2,077

Finalmente, 2 variables de la atención fueron predictoras negativas del contacto con el bebé.

- Responder estar 'de acuerdo' con que aconsejaron no ver al bebé - aOR: 0,469
- Responder estar 'de acuerdo' con sentirse presionada para ver al bebé - aOR: 0,171

En términos reales, el impacto de estas variables es evidente cuando analizamos la proporción de mujeres que vieron a su bebé dependiendo de si estas 5 condiciones, asociadas con un efecto positivo<sup>6</sup>, fueron presentes (o no) durante la atención (véase tabla 21).

La media de condiciones positivas presentes fue el 3,0 (St. dev. 1,06). En el caso de que la atención cumplió con 3 de las condiciones la proporción de madres que vieron a su bebé se situó en el 49,3%, mientras que con 4 y 5 condiciones el porcentaje de las que vieron a su bebé alcanza el 77,8% y el 90,5%, respectivamente.

## Percepciones acerca del papel de los profesionales durante el proceso de ver al bebé

A las 421 mujeres que vieron a su bebé les presentamos 3 afirmaciones acerca del papel que asumieron los profesionales durante el encuentro (tabla 22). Primero, la mayoría (80,3%) de las mujeres respondieron estar 'de acuerdo' con que los profesionales fueron "respetuosos y afectuosos" en la manera en que presentaron al bebé y que fueron "respetuosos en el trato físico del bebé" (81,6%). Algo más de la mitad (51,3%) contestó estar 'de acuerdo' con el hecho de que los profesionales "participaron en el proceso de ver, sostener, etc." El análisis bivariado según el año de la muerte no consta-

<sup>5</sup> Para el análisis sintetizamos los 5 puntos de la escala en 2 categorías: "en desacuerdo o neutro" y "de acuerdo".

<sup>6</sup> 1) Acuerdo con recibir bastante información sobre la decisión; 2) desacuerdo con ser aconsejada mejor no ver al bebé; 3) desacuerdo con sentirse presionada a ver al bebé; 4) estar acompañada durante el parto; 5) al menos un profesional se refería al bebé por su nombre.



tó cambios significativos con respecto a estos resultados.

## Sentimientos en la actualidad acerca de haber visto o no al bebé

Con el propósito de averiguar los sentimientos en la actualidad acerca de haber visto o no al bebé, presentamos dos afirmaciones distintas a cada cohorte. A las madres que no vieron a su bebé les presentamos la afirmación “Me arrepiento de no haber visto a mi/s bebé/s” y a las madres que vieron a su bebé la afirmación, “Fue una buena decisión ver al bebé”<sup>7</sup>.

En el caso de las madres que vieron a su bebé, el 90,7% declaró estar ‘totalmente de acuerdo’ y el 5,7% ‘de acuerdo’ con que fue una buena decisión. El 1,9%, 8 casos, contestó estar ‘en desacuerdo’ y el resto adoptaron una posición neutral (gráfico 5, tabla 23).

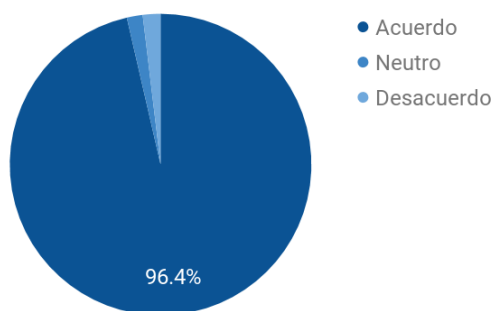


Gráfico 5. "Fue una buena decisión ver al bebé" (n=419, todas que vieron a su bebé, perdido=2)

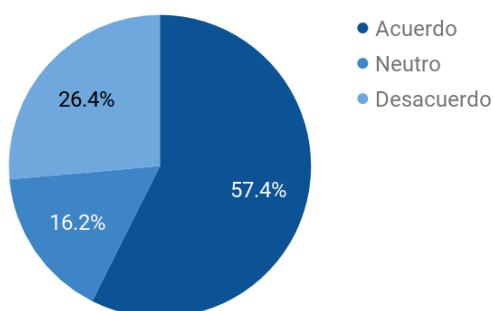


Gráfico 6. "Me arrepiento de no ver a mi bebé" (n=371, todas que no vieron a su bebé, perdido=4)

<sup>7</sup> El motivo para usar dos afirmaciones distintas tiene su origen en los hallazgos de las entrevistas exploratorias y el desarrollo de la escala donde destacó la posibilidad de que en el caso de no ver al bebé la madre podría sentir que no había ‘tomada’ una decisión; que fue más bien impuesta por las circunstancias o interacciones con los profesionales, etc.

En el caso de las madres que no vieron a su bebé, el 57,8% respondieron estar ‘de acuerdo’ que se arrepentían de no verle. Por otra parte, el 26,4% contestó estar ‘en desacuerdo’ que se arrepintieron de no verle y el 16,2% respondió en la posición neutra (gráfico 6, tabla 23).

## Impacto del contacto *post mortem* sobre la intensidad del duelo y un posible duelo complicado

El análisis exploró la relación entre el contacto con el bebé (ver/no ver y sostener/no sostener) y la intensidad del duelo, medida con una versión de la Escala de Duelo Perinatal [31] validada y adaptada al contexto castellano por Paramio-Cuevas [32]. En total, 788 sujetos rellenaron la escala y este subgrupo forma la base del análisis de esta sección.

Para llevar a cabo el análisis empleamos regresión logística binaria mediante la cual comprobamos, independientemente, la relación entre las variables ver y sostener y los casos que se apuntaron por encima del punto medio de la escala de duelo complicado. Controlando por una serie de otras variables predictoras de duelo complicado (*tiempo desde la pérdida en meses, grado de apoyo social, administración de sedantes durante la estancia, estando embarazada a la hora de rellenar la encuesta, percepción de negligencia, creencias religiosas/espirituales después de la pérdida*) que podrían actuar para confundir el resultado, el análisis no halló ninguna relación significativa con el duelo complicado para la muestra entera, el grupo de  $\leq 1$  año o el grupo de 2-5 años. Es decir, en este estudio, ver o sostener al bebé no son predictores de duelo complicado.

## Discusión

Las muertes inesperadas, resultado de violencia, suicidio o negligencia, las estigmatizadas y los casos en los que la familia y otros seres queridos no pueden cumplir con sus responsabilidades hacia el muerto están asociadas con duelos tóxicos y complicados. Conocidas como ‘malas’ muertes, conllevan una destrucción de la esperanza, la confianza y las creencias existenciales, además de fomentar la vulnerabilidad, la sensación de desprotección y la falta de control, así como una preponderancia de pensamientos del tipo “y si...” [33,34]. La muerte intrauterina ya es, de por sí, una “mala” muerte en el sentido de que es inesperada y está estigmatizada. Pero, aunque no se puede cambiar la inmensa tristeza de la muerte, las intervenciones asociadas con el contacto y las interacciones con el bebé son muy importantes, precisamente, porque tienen la capacidad de evitar



una proliferación de la toxicidad y los remordimientos, además de reafirmar identidades y restaurar la confianza y el control sobre la vida.

## Contacto con el bebé

El contacto con el bebé después del parto es una práctica tan establecida en los hospitales de los países anglosajones y del norte de Europa que casi la totalidad de las madres y sus parejas que sufren una muerte intrauterina en el segundo o tercer trimestre ven y pasan tiempo con su hijo o hija después del parto [19,35–38].

Teniendo en cuenta las recomendaciones, el bajo porcentaje de madres y padres que vieron a su hijo/a en España es muy llamativo. Aunque en el caso de las madres se percibió una tendencia positiva hacia un mayor grado de contacto *post mortem* con el bebé en los últimos años del estudio, en el caso de los padres los cambios no fueron significativos. Asimismo, la participación de otros familiares (hermanos, abuelos) en el proceso de ver al bebé está recomendada si la madre y su pareja lo desean, pero solo fue una realidad para una minoría de las familias, situándose en menos de la mitad de la participación, según hallaron en un estudio inglés [39].

Por otra parte, como en todos los aspectos de la atención estudiados en este informe, la edad gestacional es una variable fuertemente asociada a los resultados: para las madres y los padres de bebés de edad gestacional menor, especialmente anterior a las 26 semanas, es menos probable haber visto a su hijo/a. Con respecto a este resultado, el grado de contacto en los hospitales españoles es incluso inferior al de los hospitales anglosajones a principios de los años 80 [40]. Puede que todavía exista una preconcepción de que las muertes en edades gestacionales más tempranas son menos significativas para las mujeres que las sufren, pero la edad gestacional no es un indicador fiable para guiar la atención<sup>8</sup>. De todos modos, siempre debería ser una decisión de la madre o su pareja tras recibir información de calidad y apoyo.

Respecto a otros actos como tocar, sostener, vestir y lavar el cuerpo vemos la gran brecha que existe entre las prácticas en los hospitales españoles y las recomendaciones en las guías de actuación. En los últimos años de la encuesta (2015/16) solamente 4 de cada 10 madres y 1 de cada 4 padres sostuvieron a su bebé en

<sup>8</sup> Algunos estudios no encuentran una relación significativa entre la intensidad del duelo y la edad gestacional [59–64] y otros sí [65–69]. Sin embargo, todos encuentran mucha variabilidad entre casos y la edad gestacional no suele ser un indicador de duelo que explica mucha de la varianza entre casos [70].

brazos, resultados que no comparan favorablemente con otros países en los cuales el 80-90% de las madres y padres se aprovechan de estos actos [37,39,41].

## El lugar donde vieron al bebé y la duración del contacto

Los resultados son notables por el hecho de que muy pocas veces la madre vio a su bebé en la habitación donde estaba ingresada y, en la gran mayoría de casos, lo vio solo una vez. Mientras es de esperar que la madre vea a su bebé directamente después del parto, también debería tener la oportunidad de verlo múltiples veces o una vez que haya vuelto a su habitación [8,25,42]. Además, a las madres o los padres que eligen no ver al bebé se les debería ofrecer la posibilidad de nuevo porque es común que puedan cambiar su decisión con el transcurso del tiempo o tener remordimientos después [12,37,43].

Asimismo, a las madres y a sus parejas siempre se les debe transmitir que pueden pasar todo el tiempo que quieran con su hijo/a [8,11,14]. En los casos en los que quieren una autopsia, es habitual saber de casos en España en los que el personal sanitario ha comunicado que no es posible pasar mucho tiempo con su bebé porque es necesario que no haya demora entre el parto y la autopsia. Es cierto que hay un deterioro natural del cuerpo, pero la práctica en otros países indica que las necesidades del departamento de anatomía patológica no deberían subsumir las necesidades de los padres y que la calidad de la autopsia no se ve ‘tan’ afectada [44]. Además, existe la posibilidad de empezar con un examen de la placenta. En países como Irlanda, Reino Unido y Australia emplean *cuddle-cots* [cuñas frías] para desacelerar el deterioro natural [11], además de comunicar a la madre y al padre que el bebé puede volver después de la autopsia, vestido con la misma ropa y con las incisiones cubiertas [44].

El hecho de que el 41,9% de las madres estimaron pasar menos de 5 minutos con su bebé y solo el 10,5% más de una hora, parece indicar que la práctica de este tipo de atención está muy poco desarrollada en los hospitales españoles. Además, el análisis señala que es un aspecto de la atención que no mostró mejoras durante los últimos años.

Estos resultados ponen de manifiesto que la manera en que los profesionales abordan el tema del contacto *post mortem* con el bebé es muy “tentativo” y en muchos casos un simple acto de “mostrar” el bebé a la madre. Para contrastar este resultado, un estudio realizado en Noruega reveló que el 25% de la muestra ( $\geq 23$  semanas de gestación) pasó menos de una hora con su bebé, mientras que el 27% pasó entre 1 hora y 11

horas y el 48% estuvo 12 horas o más con su bebé, viéndole en múltiples ocasiones [41].

La brevedad del tiempo que las madres españolas pasaron con su hijo/a se refleja en el bajo porcentaje que declaró estar 'de acuerdo' con sentir que podía "pasar todo el tiempo que quería" con el/ella, un resultado bastante más bajo que en otros estudios [41,45].

Asimismo, el análisis halló una asociación significativa entre las madres que pasaron poco tiempo con su bebé y las que declararon no sentir control sobre la toma de decisiones, lo que sugiere que los profesionales sanitarios están marcando la forma y duración del contacto y no las mujeres.

*Me hubiera gustado tener más tiempo con ella...verle bien, bañarle, vestirle. Me la dejaron muy poco tiempo y luego volvieran a llevársela. Dejaron la puerta medio abierta y pasaba mucha gente. No sentí que teníamos intimidad. Me sentí muy presionada para despedirme de ella con poco tiempo. Es una cosa que después me ha dolido MUCHO.*  
(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)

*No tendrían que poner límite al tiempo de tenerlo entre tus brazos. Pienso que es fundamental poderte relacionar con tu pequeño con libertad, tocarlo, besarlo, sentirlo. Ayudará mucho después durante el proceso de duelo.*  
(Muerte súbita, 26-33 semanas)

*Me hubiera gustado verle más tiempo y poder tocarle, pero no me dejaron. Tuve que discutir con ellas para que me dejaran verlo.*  
(Muerte súbita, 16-19 semanas)

*Antes del parto me preguntaron si quería tenerlo piel con piel. No tengo claro el tiempo total que estuve con él en brazos, pero sí que me pareció poco. Me dijeron que no podía tenerlo más tiempo porque tenían que llevárselo para hacer la autopsia. No sé hasta qué punto corría tanta prisa.*  
(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)

Citas ilustrativas

## Toma de decisiones

La decisión de ver o no ver al bebé tras el parto se debería entender en el contexto social y personal de las madres y los padres cuyo bebé ha muerto. Estudios en otros países han constatado que la primera reacción de la mayoría de las mujeres y sus parejas es no querer ver al bebé, pero casi la totalidad de las madres que ven a su bebé afirman que fue una buena decisión [46], mientras que las que deciden no verle suelen tener remordimientos [17,40].

En el contexto del *shock*, la inmensa tristeza y el miedo sufridos tras el diagnóstico, las madres y los padres suelen estar desorientados y sin el conocimiento adecuado para tomar la mejor decisión para ellos. Por tanto, buscan señales y pautas en los profesionales sobre lo que es socialmente aceptable o incluso espe-

rado [42]. Además de la provisión de información adecuada, puede ser necesario hablar del tema más de una vez y alentarles sin presionar [17,24,35,47].

En este sentido, cualquier señal de reticencia por parte de los profesionales, incluso la confusión entre neutralidad y negatividad, puede tener un impacto adverso sobre la decisión. Asimismo, usar preguntas dicotómicas a la hora del expulsivo como "¿quieres verle?", sin preparación previa, no se considera una manera apropiada de abordar el tema. Cuando las mujeres y sus parejas no expresan preocupaciones, se recomienda proceder como si fuera cualquier nacimiento y ofrecer el bebé a la madre y al padre tras el expulsivo [23,48].

Es cierto que la manera en que los profesionales abordan la decisión de ver y o sostener al bebé es tal vez el tema más controvertido de la literatura [8,48–50], pero hay acuerdo en ciertos puntos: apoyo y información basada en la evidencia, los profesionales nunca deberían aconsejar que sería mejor no ver al bebé y tampoco deberían presionar para que elijan verle.

En este sentido, los resultados acerca del grado de información proporcionada sobre la decisión de ver o no al bebé recibieron una calificación muy baja, aunque se halló pequeñas mejoras en los últimos años del estudio.

Sin embargo, el resultado más preocupante es que 1 de cada 5 mujeres afirmó que le aconsejaron que era mejor *no ver* al bebé. Igualmente en contra de las recomendaciones, el 6,3% se sintieron presionadas a verlo. Estos resultados tal vez reflejan que, por una parte, las prácticas de atención antiguas todavía están en vigor y, por otra parte, existen intentos fervientes de implementar cambios.

La influencia de estas prácticas sobre la toma de decisiones de las madres y sus parejas queda muy clara. Cuando la madre recibía mejor información era mucho más probable que eligiera ver a su bebé. Para ilustrar, en los casos en los que la madre declaró estar 'totalmente en desacuerdo' en cuanto a recibir bastante información sobre la decisión, el 33,9% vio a su bebé, mientras que cuando estuvo "totalmente de acuerdo" sobre la misma afirmación el 75,9% vio a su bebé. Del mismo modo, 'aconsejar en contra de ver' y 'presionar a ver' tenían un impacto negativo.

Además de estas tres variables subjetivas, el uso del nombre del bebé por parte de los profesionales tuvo una influencia muy positiva en la probabilidad de ver al bebé. Este simple acto está muy recomendado en la literatura [48] pero se practica poco en los hospitales españoles (véase capítulo 2). Asimismo, si la madre estuvo acompañada durante el parto, otra práctica recomendada pero ausente en más del 30% de los casos (véase capítulo 8), la proporción de mujeres que

vio a su bebé aumenta sustancialmente. El poder positivo de estas prácticas es evidente en el hecho de que en casi la totalidad de los casos en los cuales las cinco condiciones positivas para ver al bebé fueron presentes (90,5%) la madre lo vio, independientemente de la edad gestacional.

*[...] no nos dejaron cogerla ni estar un rato con ella. Me gustaría volver atrás para decirle poderme imponer al trato, pero en aquel momento no tenía fuerzas para discutir.*

*(Interrupción, ≥34 semanas)*

*No se nos planteó en ningún momento la posibilidad de ver a nuestra bebé y mi sensación como mamá fue la de ser guiada como una niña que no sabe qué es lo mejor para ella.*

*(Muerte súbita, 16-19 semanas)*

*Yo preferí no verlo, nadie me presionó en ningún sentido, sencillamente en ese momento creí que me afectaría mucho verlo y decidí no hacerlo. [...]*

*(Muerte súbita, 16-19 semanas)*

*Cuando llegué al hospital y me preguntaron si quería conocer a María, mi hija, les dije que no lo sabía, pero en el momento que nació, supe que necesitaba verla.*

*(Muerte súbita, 26-33 semanas)*

*En principio se la llevaron sin dejármela ver. Luego, al pedir yo que quería verla me miraron raro y dos enfermeras me preguntaron repetidas veces si estaba segura de lo que quería como si tuviera que ser algo traumático [...] por suerte la doctora no puso ninguna pega [...]*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*El ginecólogo que me recibió en el ingreso me recomendó ver al niño, sino no lo hubiera visto y le estoy muy agradecida. Pero todo pasa tan deprisa que no da tiempo a pensar y decidir. Me arrepiento de no haberlo cogido en brazos.*

*(Interrupción, 16-19 semanas)*

*No lo vi porque me daba miedo que me quedara un mal recuerdo suyo. Me hubiera gustado que me hubieran animado a verla, creo que yo no podía tomar una decisión así en tan poco tiempo.*

*(Muerte súbita, 26-33 semanas)*

Citas ilustrativas

## Sentimientos respecto a la decisión de ver o no al bebé

Los resultados de investigaciones cualitativas son en gran medida positivos en lo referente a la importancia para las madres y los padres de prácticas como ver y sostener a su bebé, cuyos testimonios manifiestan el valor que tienen para el proceso de duelo [17,18,24,46]. Y, por lo general, solo suelen tener remordimientos por no haber pasado más tiempo con él y ella o por no haberlo cogido en brazos o vestido [17,18,46,51]. También es cierto que algunas pocas madres y padres expresan remordimientos por haber visto o sostenido a su bebé y esto tuvo implicaciones negativas para ellos [18,52,53].

En este estudio, el hecho de que el 96,4% contestó estar 'de acuerdo' con que fue una buena decisión ver a su bebé manifiesta claramente que para las mujeres es un acto muy positivo. Por otra parte, una buena proporción de las que no vieron a su bebé (57,4%) se arrepintió de la decisión, lo que enfatiza la importancia de las buenas prácticas alrededor de este aspecto de la atención y la necesidad de un proceso informado de toma de decisiones.

*Después de verlo considero que fue algo natural y necesario para podernos despedir de él y decirle que le queríamos*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Supongo que no tuve fuerzas para ver a mi hijo sin vida, pero me arrepiento de no haberle visto. [...]*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

*Mi ginecólogo me contó que era un bebé perfecto y respetaba totalmente nuestra decisión de no querer verlo... yo prefería recordarlo como en las ecos...*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

*Recomiendo a todo el mundo que pase por un trauma así que vea al bebé donde quiera y pueda porque es muy importante psicológicamente ver su cuerpo.*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

*La matrona que nos asistió en el parto insistió respetuosamente en que viéramos a nuestra niña, nos dijo que era preciosa y que nos alegraríamos mucho de haberla visto; nos ofreció cogerla y nosotros no pudimos y ahora nos arrepentimos de ello.*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

*Para mí fue muy positivo ver a las dos niñas. Eran preciosas. Y su recuerdo visual me ayudó mucho en el proceso del duelo.*

*(Muerte súbita, 20-25 semanas)*

*En ese momento me dieron la opción de verlo, creo que no tenía fuerzas y es una de las cosas que no me perdono a día de hoy.*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Me arrepentiré siempre de no haberla visto*

*(Muerte súbita, 16-19 semanas)*

Citas ilustrativas

## Influencia de ver y sostener sobre la intensidad del duelo

Ligado a lo descrito anteriormente y en relación con el papel de los profesionales a la hora de tomar la decisión de ver o no al bebé, existe una cierta polémica a raíz de un estudio que reveló que las madres que 'no vieron' a su bebé tuvieron menos síntomas de ansiedad y estrés postraumático [54]. Sin embargo, una serie de estudios realizados por Rådestad y col. no encontraron ningún efecto positivo sobre la ansiedad o depresión [15,55–57]. Gravensteen y col. [41] hallaron que sostener al bebé protegía contra síntomas de trauma y otra investigación reciente sugiere una relación positiva

entre sostener al bebé, la ansiedad y las dificultades en las relaciones [58]. Los dos estudios que encontraron resultados negativos para las mujeres tras sostener al bebé han sido fuertemente contrarrestados por la comunidad científica, basándose en cuestiones de metodología y muestreo. Asimismo, es necesario destacar que la medida de resultados en base a escalas psicométricas es extremadamente compleja dada la diversidad de experiencias de duelo y contextos sociales por lo que, en este sentido, no se puede llegar a conclusiones fuertes en base a los resultados aquí expuestos.

El análisis que llevamos a cabo para este estudio no encontró evidencia alguna que sostenga la idea de que actos como ver o sostener al bebé son indicadores de duelo complicado, pero tampoco salvaguardan a la madre de ello. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las escalas de duelo como el Perinatal Grief Scale no son homólogas de las escalas que miden la depresión o ansiedad, aunque se solapan sustancialmente [31].

## Limitaciones

En el capítulo 1 presentamos una discusión general sobre las limitaciones y fortalezas de la metodología del estudio. Respecto a este capítulo, la principal limitación es la ausencia de mujeres y familias inmigrantes procedentes de Asia y África, ambas con comunidades sustanciales en España. Cada cultura y religión suele tener diferentes rituales y prácticas respecto al contacto con el bebé y la disposición del cuerpo (véase capítulo 5) y la ausencia de sus voces en este estudio es un punto de debilidad que debería solventarse en futuros estudios.

## Conclusiones

La evidencia de las mujeres que han participado en el estudio manifiesta que los actos de ver, velar y coger al bebé en brazos son muy valorados. Sin embargo, y a pesar de mejoras evidentes durante los años del estudio, los hallazgos señalan que España, realmente, está muy atrasada en la implementación de estas buenas prácticas en comparación con otros países similares. No es suficiente, simplemente, con mostrar el bebé, sino que también es necesario crear un contexto físico e interpersonal que favorezca el contacto, la interacción y pasar tiempo con el bebé. Se puede argumentar que estas diferencias son culturales y no se pueden imponer prácticas de culturas ajenas, lo cual es un argumento importante, pero, como hemos establecido, las diferencias en las prácticas entre España y otros países están asociadas más con el tipo de atención sanitaria que con creencias culturales propias de España y expresadas por las mujeres.

Los resultados manifiestan que el personal sanitario está enfrentándose a casos de muerte perinatal con poca formación, preparación e información sobre buenas prácticas y que este hecho es el principal motivo por el que la calidad de la atención queda muy por debajo de lo que necesitan estas mujeres y sus familias.

## Bibliografía

- [1] Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med* 1970;283:344–9.
- [2] Kirkley-Best E, Kellner KR. The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *Am J Orthopsychiatry* 1982;52:420–9.
- [3] Thompson SR. Birth pains: changing understandings of miscarriage, stillbirth and neonatal death in Australia in the twentieth century. Doctoral Thesis. University of Western Australia, 2008.
- [4] Bruce SJ. Reactions of nurses and mothers to stillbirths. *Nurs Outlook* 1961;10:88–91.
- [5] Bourne S. The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *J R Coll Gen Pract* 1968;16:103–12.
- [6] Yates SA. Stillbirth: what a staff can do. *Am J Nurs* 1972;72:1592–4.
- [7] Lewis E. Reactions to Stillbirth.pdf. *Psychomatic Med. Obstet. Gynaecol. 3rd Int. Congr. London. 1971, Basel: Karger; 1972, p. 323–5.*
- [8] PLIDA (Pregnancy Loss and Infant Death Alliance). Practice Guidelines: Offering the Baby to Bereaved Parents. 2008.
- [9] PLIDA (Pregnancy Loss and Infant Death Alliance). Pregnancy Loss and Infant Death Alliance Position Statement: Bereaved Parents Holding their Baby. 2008.
- [10] RCOG. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline No. 55. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists; 2010.
- [11] Sands (Stillbirth & Neonatal Death Charity). Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. 4th ed. Coventry: Tantamount; 2016.
- [12] Malacrida CA. Perinatal death: Helping parents find their way. *J Fam Nurs* 1997;3:130–48. doi:10.1177/107484079700300203.
- [13] Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001;28:124–30. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x.
- [14] Trulsson O, Rådestad I. The silent child: mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth* 2004;31:189–96. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x.
- [15] Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery* 2009;25:422–9. doi:10.1016/j.midw.2007.03.005.
- [16] Peelen J. Between birth and death: rituals of pregnancy loss in the Netherlands. Doctoral Thesis. Radboud University Nijmegen. Radboud University Nijmegen, 2011.
- [17] Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2013;3. doi:10.1136/bmjopen-2012-002237.
- [18] Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:1–10. doi:10.1186/1471-2393-14-203.
- [19] Lee C. "She was a person, she was here": the

- experience of late pregnancy loss in Australia. *J Reprod Infant Psychol* 2012;30:62–76. doi:10.1080/02646838.2012.66184.
- [20] O'Leary J, Warland J. Untold stories of infant loss: The importance of contact with the baby for bereaved parents. *J Fam Nurs* 2013;19:324–47. doi:10.1177/1074840713495972.
- [21] Cohen L, Zilkha S, Middleton J, O'Donoghue N. Perinatal mortality: Assisting parental affirmation. *Am J Orthopsychiatry* 1978;48:727–31. doi:10.1111/j.1939-0025.1978.tb02577.x.
- [22] Lovell A. Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Soc Sci Med* 1983;17:755–61. doi:10.1016/0277-9536(83)90264-2.
- [23] Rådestad I, Westerberg A, Ekholm A, Davidsson-Bremborg A, Erlandsson K. Evaluation of care after stillbirth in Sweden based on mothers' gratitude. *Br J Midwifery* 2011;19:646–52. doi:10.12968/bjom.2011.19.10.646.
- [24] 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;10:1–20. doi:10.1371/journal.pone.0130059.
- [25] Kowalski K. Managing perinatal loss. *Clin Obstet Gynaecol* 1980;23:1113–23.
- [26] Säflund K, Sjögren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 2004;31:132–8. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x.
- [27] Erlandsson K, Säflund K, Wredling R, Rådestad I. Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care* 2011;7:139–52. doi:10.1080/15524256.2011.593152.
- [28] Klass D, Silverman P, Nickman S. *Continuing bonds: new understandings of grief*. New York: Routledge; 1996.
- [29] Neimeyer RA, editor. *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington DC: American Psychological Association; 2001.
- [30] Cassidy PR. The body and ontology: perinatal death and bereavement in the technoscientific landscape of hospital care. *Teknokultura* 2015;12:285–316. doi:10.5209/rev\_TK.2015.v12.n2.49668.
- [31] Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *J Psychopathol Behav Assess* 1989;11:29–45. doi:10.1007/BF00962697.
- [32] Paramio-Cuevas JC. *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal*. Unpublished doctoral thesis. Universidad de Cádiz; 2016.
- [33] Seale C, van der Geest S. Good and bad death: Introduction. *Soc Sci Med* 2004;58:883–5. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.034.
- [34] Langer S. Distributed personhood and the transformation of agency: an anthropological perspective inquests. In: Hockey J, Komaromy C, Woodthorpe K, editors. *matter death Space, place Mater., Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010, p. 85–102*.
- [35] Rand CSW, Keelner KR, Massey JK. Parental behavior after perinatal death: twelve years of observations. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19:44–8.
- [36] Elklit A, Björk Gudmundsdóttir D. Assessment of guidelines for good psychosocial practice for parents who have lost an infant through perinatal or postnatal death. *Nord Psychol* 2006;58:315–30. doi:10.1027/1901-2276.58.4.315.
- [37] Cacciatore J, Rådestad I, Frøen JF. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth* 2008;35:313–20. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x.
- [38] Hunt K, France E, Ziebland S, Field K, Wyke S. "My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral": a qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1111–21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.004.
- [39] Redshaw M, Rowe R, Henderson J. Listening to Parents after Stillbirth or the Death of their Baby after Birth. National Perinatal Epidemiology Unit. University of Oxford; 2014.
- [40] Lasker JN, Toedter LJ. Satisfaction with hospital care: Interventions after pregnancy loss. *Death Stud* 1994;18:41–64.
- [41] Gravensteen IK, Helgadóttir LB, Jacobsen E-M, Rådestad I, Sandset PM, Ekeberg Ø. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open* 2013;3:e003323. doi:10.1136/bmjopen-2013-003323.
- [42] Rådestad I, Christoffersen L. Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. *Br J Midwifery* 2008;16:588–91. doi:10.12968/bjom.2008.16.9.30885.
- [43] Gensch BK, Midland D. When a Baby Dies: A Standard of Care. *Illness, Crisis Loss Spec Issue Perinat Bereavement* 2000;8:286–95. doi:10.1177/105413730000800305.
- [44] Dahlstrom JE, Fitzgerald B. Pathology Information Workshop for Advocacy and Support Groups. *Int. Stillb. Alliance Conf. Cork, Ireland, 22-24 Sept., 2017*.
- [45] Basile ML, Thorsteinsson EB. Parents' evaluation of support in Australian hospitals following stillbirth. *PeerJ* 2015;3:e1049. doi:10.7717/peerj.1049.
- [46] Cacciatore J, Flint M. Mediating grief: Postmortem Ritualization after child death. *J Loss Trauma* 2012;17:158–72. doi:10.1080/15325024.2011.595299.
- [47] Lundqvist A, Nilstun T, Dykes A-K. Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth* 2002;29:192–9. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00187.x.
- [48] Warland J, Davis D, Cacciatore J, Cassidy J, Christoffersen L, Conway L, et al. Caring for families experiencing stillbirth: a unified position statement on contact with the baby. *Illn Crisis Loss* 2012;20:295–8. doi:10.2190/IL.20.3.f.
- [49] Hughes P, Riches S. Psychosocial aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:107–11. doi:10.1097/01.gco.0000063548.93768.17.
- [50] National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance CG192* 2014.
- [51] Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007;109:1156–66. doi:10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df.
- [52] Wilson PA, Boyle FM, Ware RS. Holding a stillborn baby: The view from a specialist perinatal bereavement service. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 2015;55:337–43. doi:10.1111/ajo.12327.
- [53] Sun J, Rei W, Sheu S. Seeing or not seeing: Taiwan's parents' experiences during stillbirth. *Int J Nurs Stud* 2014;51:1153–9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.11.009.
- [54] Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans C. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002;360:114–8. doi:10.1016/S0140-6736(02)09410-2.
- [55] Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. Stillbirth is no longer managed as a nonevent: a nationwide study in Sweden. *Birth* 1996;23:209–15.
- [56] Surkan PJ, Rådestad I, Cnattingius S, Steineck G, Dickman PW. Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth* 2008;35:153–7. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00229.x.
- [57] Rådestad I. Stillbirth: care and long-term psychological effects. *Br J Midwifery* 2001;9:474–80. doi:10.12968/bjom.2001.9.8.7931.

- [58] Redshaw M, Hennegan JM, Henderson J. Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: Findings from a national survey. *BMJ Open* 2016;6:15–7. doi:10.1136/bmjopen-2015-010996.
- [59] Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Dietz L. Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Ment Health J* 1995;16:80–93. doi:10.1002/1097-0355(199522)16:2<80::AID-IMHJ2280160203>3.0.CO;2-J.
- [60] Benfield DG, Leib SA, Vollman JH. Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 1978;62:171–8.
- [61] Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980;43:155–9. doi:10.1521/00332747.1980.11024061.
- [62] Clarke-Smith A, Borgers SB. Parental grief response. *Omega J Death Dying* 1988;19:203–14.
- [63] Paton F, Wood R, Bor R, Nitsun M. Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *J Reprod Infant Psychol* 1999;17:301–15. doi:10.1080/02646839908404596.
- [64] Rich DE. The Impact of Postpregnancy Loss Services on Grief Outcome: Integrating Research and Practice in the Design of Perinatal Bereavement Programs. *Illness, Crisis Loss* 2000;8:244–64. doi:10.1177/105413730000800303.
- [65] Kirkley-Best E. Grief in response to prenatal loss: an argument for the earliest maternal attachment. Doctoral Thesis. University of Florida, 1981.
- [66] Theut SK, Pedersen FA, Zaslow MJ, Cain RL, Rabinovich BA, Morihisa JM. Perinatal loss and parental bereavement. *Am J Psychiatry* 1989;146:635–9. doi:10.1176/ajp.146.5.635.
- [67] Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:510–22. doi:10.1037/h0079288.
- [68] Goldbach KRC, Dunn DS, Toedter LJ, Lasker JN. The effects of gestational age, gender on grief after pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:461–7. doi:10.1037/h0079261.
- [69] Cuisinier MJ, Kuijpers J, Hoogduin C, de Graauw C, Janssen H. Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;52:163–8. doi:10.1016/0028-2243(93)90066-L.
- [70] Janssen HJEM, Ph D, Ph D, Hoogduin KAL, Ph D, Graauw KPHM De, et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am J Psychiatry* 1996;153:226–30. doi:10.1176/ajp.153.2.226.

### 3. CONTACTO *POST MORTEM* CON EL BEBÉ

#### TABLAS DE RESULTADOS

#### GRADO DE CONTACTO CON EL BEBÉ

Tabla 1. Número y porcentaje de madres y padres que vieron a su bebé

	n (%)
Madre y pareja/padre	385 (48,4)
Solo la madre	36 (4,5)
Solo la pareja/padre	84 (10,6)
Ni la madre ni su pareja vieron a su bebé	291 (36,6)
Total	796 (100,0)
Madres que vieron a su bebé	411 (52,9)
Padres que vieron a su bebé	469 (58,0)

Tabla 2. Grado de contacto *post mortem* con el bebé por parte de la madre y su pareja según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)*				Total n (%)
	16-19 n (%)	20-25 n (%)	26-33 n (%)	≥34 n (%)	
<b>Contacto <i>post mortem</i> (ver)</b>					
Madre ver*	37 (28,9)	66 (34,2)	78 (51,7)	240 (74,1)	421 (52,9)
Padre ver **	33 (25,8)	62 (32,1)	104 (68,9)	270 (83,3)	469 (58,9)

\* $\chi^2 (3, n = 796) = 115,06, p < 0,001, V \text{ de Cràmer} = 0,380$

\*\* $\chi^2 (3, n = 796) = 201,29, p < 0,001, V \text{ de Cràmer} = 0,503$

Tabla 3. Número y porcentaje de casos en los que, al menos, un familiar o amigo vio al bebé

	n (%)
Ningún caso	520 (65,3)
Un abuelo/a u otro familiar	269 (33,8)
Un/a amigo/a	20 (2,5)
Total	796 (100,0)

\*Se permiten respuestas múltiples



## INTENSIDAD Y TIPO DE CONTACTO CON EL/LA BEBÉ

Tabla 4. Tipos de interacción *post mortem* con el bebé

	Madre n (%)	Pareja/Padre n (%)
<b>Interacciones</b>		
Tocarle/s	325 (40,8)	252 (31,7)
Sostenerle/s	275 (34,5)	171 (21,5)
Vestirle/s o arroparle/s	63 (7,9)	40 (5,0)
Lavarle/s	5 (0,6)	7 (0,9)
Velarle/s durante un tiempo	244 (30,5)	225 (28,3)
Tomar fotografías	42 (5,3)	69 (8,7)

Tabla 5. Tipos de interacciones *post mortem* con el bebé por parte de la madre según el año de la muerte

	Año de la muerte						$\chi^2$ , <i>p</i> *	V de Cràmer
	≤2011* (n=168) n (%)	2012 (n=127) n (%)	2013 (n=176) n (%)	2014 (n=153) n (%)	2015/16 (n=172) n (%)	Total (n=796) n (%)		
<b>Actos</b>								
Ver	71 (42,3)	62 (48,8)	86 (48,9)	93 (60,8)	109 (63,4)	421 (52,9)	21,02, <i>P</i> <0,001	0,162
Tocarle/s	50 (29,9)	43 (34,1)	67 (38,3)	74 (48,8)	90 (53,3)	324 (41,0)	25,5, <i>P</i> =0,001	0,179
Velarle/s durante un tiempo	36 (22,1)	33 (26,4)	57 (32,8)	52 (35,1)	66 (40,0)	244 (31,5)	14,76, <i>P</i> =0,005	0,138
Sostenerle/s	42 (25,0)	38 (29,9)	55 (31,2)	67 (43,8)	73 (42,4)	275 (34,5)	19,34, <i>P</i> =0,001	0,156
Tomar fotografías	5 (3,1)	7 (5,7)	11 (6,6)	6 (4,2)	13 (8,1)	42 (5,5)	4,70, <i>P</i> =0,319	—
Vestirle/s o arroparle/s	10 (6,2)	11 (9,0)	14 (8,4)	13 (8,9)	15 (9,5)	63 (8,4)	1,40, <i>P</i> =0,844	—
Lavarle/s	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	3 (1,9)	5 (0,7)	—	—

\*Chi cuadrado de Pearson

\*\*Al menos un profesional sanitario usó el término durante la estancia

Tabla 6. Tipos de interacciones *post mortem* con el bebé por parte del padre según el año de la muerte

	Año de la muerte						$\chi^2$ , <i>p</i> *	V de Cràmer
	≤2011* (n=168) n (%)	2012 (n=127) n (%)	2013 (n=176) n (%)	2014 (n=153) n (%)	2015/16 (n=172) n (%)	Total (n=796) n (%)		
<b>Actos</b>								
Ver	86 (51,2)	76 (59,8)	103 (58,5)	96 (62,7)	108 (62,8)	469 (58,9)	6,19, <i>P</i> =0,185	—
Tocarle/s	40 (24,0)	40 (31,7)	55 (31,4)	50 (32,7)	67 (39,6)	252 (31,9)	9,58, <i>P</i> =0,048	0,110
Velarle/s durante un tiempo	35 (21,5)	32 (25,6)	52 (29,9)	47 (31,8)	59 (35,8)	225 (29,0)	9,45, <i>P</i> =0,051	—
Sostenerle/s	30 (17,9)	24 (18,9)	35 (19,9)	35 (22,9)	47 (27,3)	171 (21,5)	5,74, <i>P</i> =0,220	—
Tomar fotografías	8 (4,9)	11 (8,9)	15 (9,0)	11 (7,6)	24 (14,9)	69 (9,1)	10,32, <i>P</i> =0,035	0,117
Vestirle/s o arroparle/s	5 (3,1)	7 (5,7)	10 (6,0)	8 (5,5)	10 (6,3)	40 (5,3)	2,14, <i>P</i> =0,710	—
Lavarle/s	1 (0,6)	1 (0,8)	1 (0,6)	1 (0,7)	3 (1,9)	7 (0,9)	—	—

\*Chi cuadrado de Pearson

\*\*Al menos un profesional sanitario usó el término durante la estancia

Tabla 7. Tipos de interacciones *post mortem* con el bebé por parte de la madre según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)*					$\chi^2$ , <i>P</i> *	V de Cràmer
	16-19	20-25	26-32	≥33	Total		
	(n=128)	(n=193)	(n=151)	(n=324)	(n=796)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Actos</b>							
Ver	37 (28,9)	66 (34,2)	78 (51,7)	240 (74,1)	421 (52,9)	115,06, <i>P</i> < 0,001	0,380
Tocarle/s	16 (12,5)	46 (23,8)	57 (37,0)	206 (63,6)	325 (40,8)	135,60, <i>P</i> < 0,001	0,416
Velarle/s durante un tiempo	19 (14,8)	37 (19,2)	48 (31,8)	140 (43,2)	244 (30,7)	51,14, <i>P</i> < 0,001	0,253
Sostenerle/s	10 (7,8)	39 (20,2)	47 (31,1)	179 (55,2)	275 (34,5)	120,18, <i>P</i> < 0,001	0,389
Tomar fotografías	3 (2,3)	4 (2,1)	7 (4,6)	28 (8,6)	42 (5,3)	15,58, <i>P</i> = 0,003	0,131
Vestirle/s o arroparle/s	4 (3,1)	12 (6,2)	11 (7,3)	36 (11,1)	63 (7,9)	9,41, <i>P</i> = 0,024	0,109
Lavarle/s	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,5)	5 (0,6)	— —	—

\*Chi cuadrado de Pearson

Tabla 8. Tipos de interacciones *post mortem* con el bebé por parte del padre según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)*					$\chi^2$ , <i>P</i> *	V de Cràmer
	16-19	20-25	26-32	≥33	Total		
	(n=128)	(n=193)	(n=151)	(n=324)	(n=796)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Actos</b>							
Ver	33 (25,8)	62 (32,1)	104 (68,9)	270 (83,3)	469 (58,9)	201,29, <i>P</i> < 0,001	0,503
Tocarle/s	6 (4,7)	24 (12,4)	46 (30,5)	176 (54,3)	252 (31,7)	153,01, <i>P</i> < 0,001	0,438
Velarle/s durante un tiempo	11 (8,6)	29 (15,0)	45 (29,8)	140 (43,2)	225 (28,3)	78,98, <i>P</i> < 0,001	0,331
Sostenerle/s	2 (1,6)	16 (8,3)	31 (20,5)	122 (37,7)	171 (21,5)	100,34, <i>P</i> < 0,001	0,355
Tomar fotografías	2 (1,6)	5 (2,6)	15 (9,9)	47 (14,5)	69 (8,7)	31,42, <i>P</i> < 0,001	0,199
Vestirle/s o arroparle/s	1 (0,8)	5 (2,6)	4 (2,6)	30 (9,3)	40 (5,0)	— —	—
Lavarle/s	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (2,2)	7 (0,9)	— —	—

\*Chi cuadrado de Pearson

## LUGAR Y DURACIÓN DEL CONTACTO CON EL BEBÉ

Tabla 9. Lugar donde la madre vio a su bebé\*

	n (%)
En la sala de partos	244 (58,1)
En la habitación donde nos alojaron	72 (17,1)
En una sala contigua a la sala de partos	67 (16,0)
Neonatología	10 (2,4)
Quirófano	9 (2,1)
En una sala de urgencias	11 (2,6)
Reanimación	12 (2,9)
En una habitación para familias	7 (1,7)
Otro	18 (4,3)
Total (madres que vieron a su bebé)	420 (100,0)
Perdido	1
Filtrado (madres que no vieron a su bebé)	375
Media de sitios	1,07

\*Se permiten respuestas múltiples

Tabla 10. Aproximación de la duración del contacto *post mortem*

	n	(%)
1-2 minutos	86	(20,5)
3-5 minutos	90	(21,4)
6-20 minutos	113	(26,9)
21-60 minutos	48	(11,4)
1 hora a 2 horas	27	(6,4)
Más de 2 horas	17	(4,0)
No sé, no puedo decirlo	39	(9,3)
Total	420	(100,0)
Filtrado	375	

Tabla 11. Grado de acuerdo con 2 afirmaciones sobre el contacto *post mortem* con el bebé (n=421, todas que vieron su bebé)

Afirmaciones	n	X (1-5)	Des. Típica	Grado de acuerdo (Escala Likert)					Total de acuerdo (4+5) %
				Totalmente en desacuerdo (1) %	Ni de acuerdo ni desacuerdo (2) %	(3) %	Totalmente de acuerdo (4) %	(5) %	
El sitio donde vi a mi bebé/s fue un lugar privado	419	3,73	1,48	14,8	10,0	7,9	21,7	45,6	67,3
Sentí que podría pasar todo el tiempo que quería con mi bebé	418	3,09	1,58	23,7	18,9	12,9	13,6	30,9	44,5

Tabla 12. Duración del contacto *post mortem* con el bebé según si la madre "sentía que podría pasar todo el tiempo que quería con su bebé"

	Duración del contacto con el bebé					Total n (%)
	1-2 minutos n (%)	3-5 minutos n (%)	6-20 minutos n (%)	>20 minutos n (%)	No sé/no me acuerdo n (%)	
<b>Sentir que podría pasar todo el tiempo que quería con su bebé</b>						
En desacuerdo o neutro	72 (68,9)	62 (68,9)	59 (52,2)	24 (26,1)	15 (39,5)	232 (55,5)
De acuerdo	13 (15,3)	28 (31,1)	54 (47,8)	68 (73,9)	23 (60,5)	186 (44,5)
Total	85 (100,0)	90 (100,0)	113 (100,0)	92 (100,0)	38 (100,0)	418 (100,0)
Perdido						3

\* $\chi^2 (4, n=418) = 72,56, p < 0,001, V \text{ de Cràmer} = 0,417$

Tabla 13. Duración del contacto *post mortem* con el bebé según si la madre “veló” a su bebé durante un tiempo

	Duración del contacto con el bebé					Total n (%)
	1-2 minutos	3-5 minutos	6-20 minutos	>20 minutos	No sé/no me acuerdo	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Si la madre veló a su bebé</b>						
No	65 (75,6)	45 (50,0)	43 (38,1)	9 (9,8)	14 (35,9)	176 (41,9)
Sí	21 (24,4)	45 (50,0)	70 (61,9)	83 (90,2)	25 (64,1)	244 (58,1)
Total	86 (100,0)	90 (100,0)	113 (100,0)	92 (100,0)	39 (100,0)	420 (100,0)
Perdido						1

\* $\chi^2$  (4, n=420) = 93,37, p <0,001, V de Cràmer =0,444

Tabla 14. Duración del contacto *post mortem* con el bebé según si la madre “sentía que tenía control sobre las decisiones relacionadas con ritual (ej. ver/sostener, etc.)”

	Duración del contacto con el bebé					Total n (%)
	1-2 minutos	3-5 minutos	6-20 minutos	>20 minutos	No sé/no me acuerdo	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sentir que tenía control sobre la toma de decisiones relacionadas con ritual</b>						
En desacuerdo o neutro	69 (80,2)	52 (58,4)	49 (43,4)	23 (25,0)	22 (56,4)	215 (51,3)
De acuerdo	17 (19,8)	37 (41,6)	64 (56,6)	69 (75,0)	17 (43,6)	204 (48,7)
Total	86 (100,0)	89 (100,0)	113 (100,0)	92 (100,0)	39 (100,0)	419 (100,0)
Perdido						2

\* $\chi^2$  (4, n=419) = 59,35, p <0,001, V de Cràmer =0,376

Tabla 15. Duración del contacto *post mortem* con el bebé según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)*				Total n (%)
	16-19	20-25	26-32	≥33	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Si el tiempo de contacto duró más de 5 minutos</b>					
No	28 (82,4)	41 (65,1)	29 (42,0)	78 (36,3)	176 (46,2)
Sí	6 (17,6)	22 (34,9)	40 (58,0)	137 (63,7)	205 (53,8)
Total	34 (100,0)	63 (100,0)	69 (100,0)	215 (100,0)	381 (100,0)
Filtrado (las que no vieron al bebé)					375
Filtrado (no acordaron la cantidad de tiempo)					39
Perdido					1

\* $\chi^2$  (3, n= 381) = 35,91, p <0,001, V de Cràmer=0,307

## TOMA DE DECISIONES SOBRE TENER CONTACTO CON EL BEBÉ

Tabla 16. Grado de acuerdo con 3 afirmaciones sobre la decisión de ver al bebé

Afirmaciones	n	X (1-5)	Des. Típica	Grado de acuerdo (Escala Likert)					
				Totalmente en desacuerdo (1)	(2)	Ni de acuerdo ni desacuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)	(5)	Total de acuerdo (4+5)
				%	%	%	%	%	%
<i>Recibí bastante información acerca de la decisión de ver o no ver al bebé/s</i>	788	2,90	1,59	32,0	10,9	16,5	16,5	24,2	40,7
<i>Me aconsejaron que sería mejor que no viera al bebé/s</i>	788	2,12	1,51	56,1	11,9	10,9	6,0	15,1	21,1
<i>Me sentí presionada a verle [el/la bebé]</i>	785	1,54	0,98	69,2	16,2	8,3	3,7	2,6	6,3

Tabla 17. Grado de acuerdo con 3 afirmaciones sobre la decisión de ver al bebé según el año de la muerte

Afirmaciones	Media calificación (1 a 5)						Sig.	% de acuerdo 2015/		
								≤2011	2016	Total
	≤2011	2012	2013	2014	2015/ 2016	Total		(%)	(%)	(%)
<i>Recibí bastante información acerca de la decisión de ver o no ver al bebé/s</i>	2,55	2,90	2,79	3,11	3,15	2,90	0,003	(29,1)	(48,8)	(40,6)
<i>Me aconsejaron que sería mejor que no viera al bebé/s</i>	2,24	2,40	2,17	1,94	1,96	2,13	0,052	(23,0)	(18,1)	(21,4)
<i>Me sentí presionada a verle [el/la bebé]</i>	1,62	1,66	1,50	1,58	1,42	1,55	0,253	(6,7)	(3,5)	(6,4)

Tabla 18. Incidencia de decir explícitamente que la madre no podría ver a su bebé

	n	(%)
Sí	61	(7,7)
No	734	(92,2)
Total	795	(100,0)
Perdido	1	

Tabla 19. Razón proporcionada para decir que la madre no podría ver al bebé

	n*	(%)
Mejor no ver/impacto negativo en el duelo o salud mental/mal recuerdo	24	(39,3)
Aspecto del bebé/no entero después de la expulsión/no en condiciones para ver	21	(34,4)
No permitido/contra protocolo	15	(24,6)
Sería traumático/desagradable/mucho impacto	9	(14,8)
No era un bebé	2	(3,3)
n	61	
Filtrado	735	

\*Se permiten respuestas múltiples

Tabla 20. Modelo de variables predictoras de ver o no ver al bebé (regresión logística binaria)

	% ver bebé	B	Error est.	Wald	Sig.	Exp(B)	Int. Conf. Exp(B) 95%	
							Inf.	Sup.
Proporción de madres que vieron a su bebé	53,1%							
<b>Bloque 1.</b>								
Meses desde la pérdida (continuo)	—	-0,012	0,006	4,177	0,041	0,988	0,977	1,000
Edad gestacional (16-19 semanas)	28,9%	-1,729	0,263	43,350	<0,001	0,178	0,106	0,297
Edad gestacional (20-25 semanas)	34,2%	-1,498	0,222	45,715	<0,001	0,224	0,145	0,345
Edad gestacional (26-32 semanas)	51,7%	-1,115	0,235	22,493	<0,001	0,328	0,207	0,520
Primer embarazo	45,7%	-0,382	0,172	4,909	0,027	0,682	0,487	0,957
<b>Bloque 2.</b>								
Acompañada durante el parto	59,4%	0,729	0,190	14,694	<0,001	2,073	1,428	3,010
Al menos un profesional usó el nombre del bebé	83,1%	1,147	0,279	16,945	<0,001	3,148	1,823	5,434
Recibió bastante información acerca de la decisión*	71,6%	0,731	0,188	15,072	<0,001	2,077	1,436	3,004
Aconsejaron no ver al bebé*	34,9%	-0,758	0,208	13,342	<0,001	0,469	0,312	0,704
Sentirse presionada a ver al bebé*	30,0%	-1,768	0,380	21,632	<0,001	0,171	0,081	0,360
Constante		0,671	0,246	7,446	0,006	1,955		

Método = Enter

Omnibus:  $\chi^2 (10, n= 774) = 232,13, p <0,001$ -2 log likelihood = 837,82, Cox y Snell  $R^2=0,259$ /Nagelkerke  $R^2=0,46$ Prueba de Hosmer y Lemeshow:  $\chi^2 (8, n= 779) = 8,157, p =0,338$ 

Cambio en la clasificación: de 53,1% a 72,1%

\*Ordinal data/el valor de la primera columna representa la proporción de casos en los que la madre vio a su bebé cuando contestó 'estoy de acuerdo' o 'totalmente de acuerdo' con la afirmación

Tabla 21. Porcentaje de madres que vieron a su bebé según el número de intervenciones positivas\*

	Número de intervenciones positivas para la toma de decisiones sobre ver o no ver al bebé (max. 5)**						Total n (%)
	0	1	2	3	4	5	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Si la madre vio a su bebé</b>							
No	4 (100,0)	41 (80,4)	138 (67,6)	137 (50,7)	43 (22,2)	6 (9,5)	369 (46,9)
Sí	0 (0,0)	10 (19,6)	66 (32,4)	133 (49,3)	151 (77,8)	57 (90,5)	417 (53,1)
Total	4 (100,0)	51 (100,0)	204 (100,0)	270 (100,0)	194 (100,0)	63 (100,0)	786 (100,0)

\*Estar de acuerdo con recibir bastante información sobre la decisión; desacuerdo con ser aconsejada que mejor no ver al bebé; desacuerdo con sentirse presionada a ver al bebé; estar acompañada durante el parto; al menos un profesional se refería al bebé por su nombre

\*\* $\chi^2 (5, n= 786) = 147,34, p <0,001, V$  de Cràmer =0,433

## DEL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DURANTE EL CONTACTO CON EL BEBÉ

Tabla 22. Valoración de las interacciones con los profesionales sanitarios durante el contacto con el bebé (n=421, todas las que vieron a su bebé)

	n	X (1-5)	Des. Típica	Grado de acuerdo (Escala Likert)					
				Totalmente en desacuerdo (1)	Ni de acuerdo ni desacuerdo (2)	Totalmente de acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)	Total de acuerdo (5)	Total de acuerdo (4+5)
				%	%	%	%	%	%
<b>Afirmaciones</b>									
<i>Me presentaron al bebé/s de una manera respetuosa y afectuosa</i>	418	4,19	1,27	8,6	5,3	5,7	19,1	61,2	80,3
<i>Los profesionales participaron en el proceso de ver/sostener/velar al bebé/s</i>	419	3,22	1,54	23,2	11,7	13,8	22,4	28,9	51,3
<i>Los profesionales fueron respetuosos en el trato físico de mi bebé/s</i>	419	4,25	1,16	6,7	2,9	8,6	22,2	59,4	81,6

## SENTIMIENTOS ACTUALES RESPECTO A TENER CONTACTO CON EL BEBÉ

Tabla 23. Sentimiento actual respecto al hecho de haber visto o no al bebé

	Sentimientos actuales respecto al hecho de haber visto o no a su bebé			
	No vio al bebé- Me arrepiento de no ver a mi bebé		Vio al bebé- Fue una buena decisión ver a mi bebé	
	n	(%)	n	(%)
<b>Escala Likert</b>				
Estoy totalmente en desacuerdo (1)	62	(16,7)	5	(1,2)
No estoy de acuerdo (2)	36	(9,7)	3	(0,7)
Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo (3)	60	(16,2)	7	(1,7)
Estoy de acuerdo (4)	43	(11,6)	24	(5,7)
Estoy totalmente de acuerdo (5)	170	(45,8)	380	(90,7)
Total	371	(100,00)	419	(100,0)
Perdido	4		2	
Estoy de acuerdo (4) + estoy totalmente de acuerdo (5)	213	(57,4)	404	(96,4)