

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto formativo sobre el manejo del
duelo perinatal.***

Alumno: Paula Jiménez Martínez

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, Abril de 2024

ÍNDICE

1. Resumen.....	4
Abstract.....	5
2. Presentación.....	6
3. Estado de la cuestión.....	7
3.1 Definición muerte perinatal.....	7
3.2 Clasificación.....	8
3.3 Factores que influyen en la muerte perinatal.....	9
3.4 Epidemiología.....	10
3.5 Repercusión en los padres.....	11
3.5.1 Fases del duelo.....	12
3.5.2 Manifestaciones del duelo.....	12
3.5.3 Tipos de duelo.....	13
3.6 Posible actuación de los profesionales.....	14
3.6.1 Comunicación de malas noticias.....	16
3.6.2 Sentimientos y emociones en los profesionales de salud ante una pérdida perinatal.....	18
3.7 Embarazo después de una pérdida perinatal.....	19
4. Justificación.....	21
5. Metodología.....	22
5.1 Población y captación.....	22
5.1.1 Población.....	22
5.1.2 Captación.....	22
5.2 Objetivos.....	23
5.2.1 Objetivo general.....	23
5.2.2 Objetivos específicos.....	23
5.3 Contenidos.....	24
5.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	24
5.4.1 Planificación general.....	24
5.4.2 Número de participantes.....	25
5.4.3 Docentes.....	25
5.4.4 Sesiones.....	25
5.4.4.1 Primera sesión.....	26
5.4.4.2 Segunda sesión.....	27
5.4.4.3 Tercera sesión.....	28
5.4.5 Lugar de celebración.....	29

5.5 Evaluación.....	29
5.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo.....	29
5.5.2 Evaluación de los resultados educativos.....	29
5.5.2.1 Evaluación a corto plazo.....	29
5.5.2.2 Evaluación a largo plazo.....	30
5.6 Cronograma general.....	30
6. Bibliografía.....	31
7. ANEXOS.....	34
ANEXO I: Cartel informativo para los profesionales para la participación en el taller.....	34
ANEXO II: Correo electrónico por parte de la supervisora de la Unidad.....	34
ANEXO III: Hoja de asistencia al taller.....	35
ANEXO IV: Cuestionario de conocimientos previos en la primera sesión.....	36
ANEXO V: Cuestionario de satisfacción en la tercera sesión.....	38
ANEXO VI: Respuestas correctas del cuestionario de conocimientos de la primera sesión.....	40
ANEXO VII: Cuestionario de evaluación entre docentes.....	42

1. RESUMEN

Introducción: La muerte perinatal es definida como aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los siete primeros días de la vida del bebé. En España la tasa de mortalidad perinatal ha ido descendiendo en los últimos años, registrándose en el año 2022 una tasa de 4,08 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

La muerte de un hijo supone una de las experiencias más devastadoras en unos padres, lo que conlleva un gran impacto psicológico y emocional, conocido como duelo. Es una respuesta natural a una pérdida significativa, caracterizada por diferentes etapas y emociones; teniendo en cuenta que es una experiencia única en cada persona y que no tiene una misma evolución en todas las personas.

Así mismo, también tiene una gran impacto en los profesionales de salud, especialmente en los profesionales de enfermería, ya que además de enfrentarse a sentimientos y emociones propios de la causa, también debe enfrentarse a los padres. Es importante que los profesionales tengan los conocimientos y habilidades necesarias para tratar a la familia, ya que su actuación incidirá negativa o positivamente en la evolución del duelo de los padres.

Tras la pérdida de un hijo, entre el 50% y 80% de las familias desean volver a concebir, por lo que enfermería debe educar y guiar a estas familias de la mejor manera.

Objetivo: Potenciar el aprendizaje, el desarrollo de habilidades y la valoración de los recursos en los profesionales de enfermería y matronas a la hora de afrontar la atención a las familias con pérdidas perinatales.

Metodología: Desarrollo de un proyecto educativo para los profesionales de enfermería a los que, mediante tres sesiones educativas, se les enseñará y capacitará para manejar el duelo perinatal de las familias.

Conclusión: Los profesionales de enfermería podrán formarse y adquirir las habilidades y competencias necesarias para poder abordar situaciones de duelo perinatal, y que su actuación tenga un impacto positivo en las familias.

Palabras clave: Duelo, atención perinatal, mortalidad perinatal, muerte perinatal, cuidados de enfermería, matrona.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal death is defined as the death of the baby during gestation which happens between the 22nd week of pregnancy and the following seven days after the delivery. In Spain perinatal mortality rate has been decreasing for the last few years, with a rate of 4.08 deaths per 1,000 live births in 2022. The death of a baby is one of the most devastating experiences for parents, causing a severe psychological and emotional impact, known as "grief." It responds to a natural response to a great loss, it involves different stages and emotions, nonetheless it develops and affects differently for each person. Likewise, it also has a deep impact on health professionals, especially on nursing professionals, as in addition to dealing with the feelings and emotions of the loss, they must also deal with the parents. It is important for these professionals to have the knowledge and skills to deal and face the family, as their intervention will have a positive or negative impact on the evolution of the parents' grief. After the loss of a baby, between a 50% and an 80% of the parents want to conceive again, so nurses must educate and guide these families in the best possible way.

Objective: To promote learning, the development of skills and the valuation of resources in nursing and midwifery professionals when dealing with the care of families with perinatal loss.

Methodology: Development of an educational project for nursing professionals, which, through three educational sessions, will teach and train them to manage the perinatal grief of families.

Conclusion: Nursing professionals will be able to train and acquire the necessary skills and competences to be able to deal with situations of perinatal grief, so that their actions have a positive impact on families.

Key words: Grief, Perinatal Care, Perinatal Mortality, Perinatal Death, Nursing Care, Midwifery

2. PRESENTACIÓN

En el siguiente trabajo voy a desarrollar un proyecto educativo destinado a los profesionales de enfermería y matronas sobre como atender de manera integral y óptima el duelo perinatal.

La atención que se presta a una pareja tras sufrir una pérdida perinatal tiene un gran impacto en la evolución del duelo. El nacimiento de un hijo ofrece una de las experiencias más bonitas en la vida de unos padres, es el paso de formar una familia y de dar vida, pero no siempre es así. No todos los embarazos tienen un resultado bonito, hay muchos embarazos que suponen dolor y sufrimiento, y como profesionales debemos estar preparados para atender ambos tipos de embarazo.

La idea de realizar este trabajo ha sido por varios motivos. Desde que empecé la carrera de Enfermería, una de las áreas en las que siempre me ha llamado la atención trabajar ha sido aquellas relacionadas con la maternidad y los cuidados al hijo. Me parece un área que ofrece mucha felicidad y son experiencias bonitas de atender, pero no siempre es así.

Cuando estuve eligiendo tema para la realización del TFG, antes de tenerlo escogido estuve investigando un poco sobre el duelo perinatal. Me di cuenta de que es un tema muy delicado y que normalmente no se ofrece una asistencia adecuada para aquellas madres y familias que lo experimentan, y realmente me pareció algo bastante llamativo, por lo que me pareció interesante realizar mi trabajo de fin de grado acerca del duelo perinatal, y que quizás para el día que pueda ejercer mi profesión en estos servicios también pueda estar alerta.

También me hizo pensar en lo poco que se hace hincapié en estos temas. Durante la carrera, las prácticas nos enseñan a cuidar y curar, pero realmente no nos enseñan a cómo afrontar la muerte, como cuidar y curar a personas que están pasando por un duelo, y considero que es un aspecto muy importante en nuestra práctica asistencial, y más cuando se trata de la maternidad, que por ley general los hijos son la forma de dar vida, y no de quitarla.

La finalidad de este trabajo es poder conocer el impacto psicológico que ejerce la mortalidad perinatal en los progenitores, para concienciarnos como profesionales, especialmente de enfermería y matronas, del deber de brindar la mejor atención para que la evolución del duelo sea favorable y no negativa.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2023 se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica integra a través de: Pubmed, Medline, SciELO, Dialnet, Elsevier, Asociación Española de Comunicación Sanitaria (AECS), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Enfermería Clínica, Umamanita así como a través de Google. En estos recursos se han utilizado las siguientes palabras clave en inglés: Grief, Perinatal Care, Perinatal Mortality, Perinatal Death, Nursing Care, Midwifery; combinando con los operadores booleanos (AND), (NOT), (OR). Los idiomas utilizados para la búsqueda han sido primariamente el inglés y el español.

A continuación, en el estado de la cuestión, voy a describir los aspectos más relevantes del tema elegido.

Por un primer lado es importante empezar redactando qué es la muerte perinatal, así como sus causas, factores que influyen y su epidemiología. Por otro lado, es importante hacer hincapié sobre el impacto psicológico que tiene. Principalmente en los padres y después en los profesionales. Dentro del impacto psicológico de los padres se hará referencia a el duelo, las fases del duelo, las manifestaciones y los tipos de duelo.

Para finalizar se desarrollará posibles actuaciones de los profesionales, ofreciendo recomendaciones y como comunicar malas noticias. Además de conocer el impacto psicológico en los profesionales. Y como punto final se desarrollará el embarazo después de una pérdida, orientado a recomendaciones para los profesionales.

3.1 Definición muerte perinatal

Existen diferentes definiciones para describir la muerte perinatal, siendo la más específica la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo define como “aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los siete primeros días de la vida del bebé”¹.

La muerte perinatal engloba la muerte gestacional y la muerte neonatal. Cuando hablamos de muerte gestacional, o también conocida como muerte fetal intrauterina, es aquella en la que la pérdida se produce en el útero materno. Este término se emplea cuando la pérdida se produce después de la semana 20 de gestación. En el caso de la muerte neonatal, la muerte abarca desde el nacimiento, hasta los 28 días después¹.

Lo que concluye, que la muerte perinatal es cuando el fallecimiento ocurre a partir de la semana 22 e incluso que llega a nacer, pero no alcance la primera semana de vida.

La muerte intrauterina se puede clasificar cronológicamente en 3 períodos según la OMS:

- Muerte fetal temprana: comprende los fetos que son menores de 22 semanas de gestación y/o menores de 500 gramos de peso (por definición no se consideraría mortalidad perinatal)².
- Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos entre las semanas 22 – 28 de gestación y/o peso entre 500 – 999 gramos².
- Muerte fetal tardía: comprende los fetos mayores de 28 semana y a partir de los 1.000 gramos de peso².

MUERTE PERINATAL			
MUERTE GESTACIONAL		MUERTE NEONATAL	
Muerte fetal intermedia: entre semana 22 - 28	Muerte fetal tardía: > 28 semanas	Muerte neonatal precoz: en los primeros 7 días de vida	Muerte neonatal tardía: entre los 7 y los 28 días.

Tabla 1. Muerte Perinatal. Elaboración propia a partir de (1)

3.2 Clasificación

La Organización Mundial de la Salud desarrolló un sistema de clasificación internacional utilizado para categorizar y registrar las causas de la mortalidad perinatal. Este sistema se conoce como CIE – PM (International Classification of Diseases – Perinatal Mortality) y proporciona un marco estandarizado que clasifica las causas de las muertes perinatales en tres períodos, de acuerdo con la clasificación del CIE – 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)³.

Este sistema clasifica las causas de mortalidad perinatal en 3 períodos:

- Muerte antepartum: malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, infección, hipoxia antepartum, trastornos relacionados con el crecimiento fetal, muerte antepartum de causa no específica y otros trastornos antepartum específicos (incluye códigos específicos del período antepartum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)⁴.
- Muerte intrapartum: malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, trauma al nacimiento, evento intrapartum agudo, infección, trastornos relacionados con el

crecimiento fetal, muerte intrapartum de causa no específica y otros trastornos especificados intrapartum) incluye códigos específicos del período intrapartum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)⁴.

- Muerte neonatal: malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, , trastornos relacionados con el crecimiento fetal, trauma al nacimiento, complicaciones de eventos intrapartum, convulsiones y trastornos del estado cerebral, infección, trastornos respiratorios y cardiovasculares, bajo peso al nacimiento y prematuridad, misceláneos, muerte neonatal de causa no específica y otras condiciones neonatales (incluye códigos específicos del período neonatal sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido, trastornos transitorios endocrinos y metabólicos específicos del feto y recién nacido, desordenes del sistema digestivo del feto y recién nacido, condiciones que implican la regulación y la temperatura de la piel del feto y recién nacido, otros trastornos originados en el período neonatal)⁴.

3.3 Factores que influyen en la muerte perinatal

En la muerte perinatal interviene la interacción de factores presentes en el desarrollo del embarazo, relacionado con el nivel de vida, el acceso educativo o la eficiencia de los servicios de salud⁵. Los factores que influyen se pueden agrupar por:

➤ **Factores sociales y ambientales**:^{2,6}

- Nivel socioeconómico: la tasa de mortalidad perinatal aumenta cuando el nivel socioeconómico es más bajo. De manera generaliza, cuando el nivel socioeconómico es más bajo hay mayor tendencia a tener descendencia siendo jóvenes o existe la necesidad de trabajar durante el embarazo.
- Estado civil: ser madre soltera tiene mayor riesgo que las casadas.
- El intervalo de tiempo desde el final de un embarazo y el comienzo de otro que sea inferior a 6 meses aumenta la tasa de mortalidad perinatal. Lo recomendable es un intervalo alrededor de dos años.
- Trabajo materno durante el embarazo. La posición corporal durante el trabajo, la ausencia de descansos o la duración de la jornada son factores de riesgo.
- Abuso de alcohol y drogas durante la gestación.
- Nutrición materna: ganar peso o hacer una restricción excesiva de ingreso calórico .

➤ **Factores biológicos:**^{2,5}

- Edad materna: el riesgo es alto en aquellas madres con edad inferior a 20 años (especialmente menores de 15 años) y a partir de los 30 años, especialmente marcado después de los 40 años.
- Paridad: la tasa de mortalidad perinatal disminuye cuando aumenta la paridad.
- Antecedentes de muerte perinatal en embarazos previos tienen mayor riesgo de presentar muerte perinatales en embarazos posteriores.

➤ **Factores fetales y del recién nacido:**²

- Sexo fetal: el sexo masculino es superior en mortalidad perinatal que el sexo femenino.
- Peso al nacer: existe mayor riesgo de mortalidad en los nacidos entre 500 – 999 gramos. Aumenta también en los nacidos con un peso superior a 4.000 gramos.
- Edad gestacional: la mortalidad perinatal disminuye a medida que va progresando la edad de gestación.
- Gestación multiple: la tasa de mortalidad perinatal es más alta en embarazos gemelares.

3.4 Epidemiología

La tasa de mortalidad perinatal es la proporción que existe entre las muertes fetales tardías y las muertes neonatales precoces y el número de nacidos vivos o muertos.

La mortalidad perinatal reduce el riesgo ligado a la reproducción, ya que está demostrado que las causas que podrían provocar muerte intrauterina siguen influyendo dentro de la primera semana de vida; es otro importante indicador socio – sanitario que señala de forma bastante específica la calidad asistencial durante el embarazo, parto y puerperio ⁷.

Gracias a los grandes avances científicos y a la calidad de la asistencia sanitaria a las gestantes se ha logrado que la tasa de mortalidad perinatal haya disminuido ⁷. En el caso de España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2022 la tasa de mortalidad perinatal era de 4,08 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Si lo comparamos con otros años,

la mortalidad perinatal ha disminuido significativamente. Por ejemplo, en 1975 la tasa de mortalidad perinatal en España era de 20,91 muertes por cada 1.000 nacidos vivos ⁸.

Así mismo, la tasa de mortalidad perinatal varía según las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas con menos tasa de mortalidad perinatal en 2022 son:

- Cantabria con 1,55 muertes por cada 1.000 vivos.
- Ceuta con 2,74 muertes por cada 1.000 vivos.
- Castilla y la Mancha con 2,89 muertes por cada 1.000 vivos.
- Galicia con 2,96 muertes por cada 1.000 vivos.
- Comunidad de Madrid con 3,35 muertes por cada 1.000 vivos.

En cambio, las comunidades con mayor tasa de mortalidad perinatal son La Rioja (8,17), Melilla (6,68) y País Vasco (6,12) ⁸.

	2022	1975
Total nacional	4,08	20,91
Cantabria	1,55	20,33
Castilla – La Mancha	2,89	24,63
Galicia	2,96	22,82
Comunidad de Madrid	3,35	17,48
País Vasco	6,12	18,26
La Rioja	8,17	20,68
Ceuta	2,74	24,70
Melilla	6,68	13,61

Tabla 2. Tasa de mortalidad perinatal según comunidad autónoma. Elaboración propia a partir de (8)

3.5 Repercusión en los padres

El embarazo es el estado fisiológico en el que se crea un ser humano, y cuyo resultado esperado es el nacimiento de un niño sano y fuerte; mientras que la muerte de un hijo supone una experiencia devastadora para los padres, porque ningún parente está preparado para la muerte de un hijo ⁹.

Por ley de vida, es de esperar que los hijos deben ser los que entierren a sus progenitores, y no al revés. En muchas ocasiones se piensa que la experiencia puede ser más o menos

dolorosa según la edad del hijo perdido, pero la realidad es que la pérdida de un hijo es muy dolorosa a cualquier edad. En el caso de la muerte perinatal el impacto emocional puede ser abrumador para los padres y familiares como para los profesionales de salud ¹⁰.

El duelo es la respuesta natural a la pérdida de algo significativo en la vida de una persona. Se caracteriza por una serie de reacciones emocionales, físicas, psicológicas y sociales que varían en función de la persona y el tipo de pérdida ¹¹.

Es una experiencia única que cada persona afrontara con su propio estilo y recursos. Tradicionalmente se estima que el duelo dura entre seis meses y un año, pero es importante tener presente que no todos los duelos tienen una evolución normal y una resolución adecuada ¹¹.

3.5.1 Fases del duelo

La psicóloga Elisabeth Kübler-Ross (1969) propuso un modelo de las fases del duelo, cuyo modelo se constituye en cinco etapas:

- **Negación y aislamiento:** en esta etapa se niega que haya sucedido la pérdida. Es un mecanismo de defensa que la persona pone en marcha al no poder comprender el fallecimiento “Esto no me está pasando a mí” ^{12, 13}.
- **Ira y hostilidad:** es la etapa más difícil de superar y de manejar. La persona se siente frustrada, enfadada y con rabia por la pérdida, lo que le lleva a buscar responsables o culpables de la muerte ^{12, 13}.
- **Negociación o pacto:** en el transcurso de esta etapa, la persona empieza a tomar contacto con la pérdida. Al mismo tiempo se fantasea con la idea de que puede revertir o cambiar la situación ^{12, 13}.
- **Depresión y pena:** durante esta etapa, la persona empieza a asumir la pérdida, por lo que aparecen sentimientos de tristeza o sensación de vacío. Algunas personas pueden sentir que no tienen incentivos para continuar viviendo ^{12, 13}.
- **Aceptación:** en esta última etapa del proceso del duelo la persona comienza a comprender de manera racional la pérdida. Esto permite poder aceptar la realidad y adaptarse a una nueva vida. En esta etapa desaparecen los sentimientos de rabia e ira, y comienza la serenidad y la paz ^{12, 13}.

3.5.2 Manifestaciones del duelo

El duelo es un proceso natural que es necesario y cumple una función de adaptación a una realidad. Abarca un amplio rango de sentimientos y conductas después de una pérdida, que

se pueden presentar a lo largo de las fases del duelo, no siendo obligatoria la presencia de todas las manifestaciones ¹⁴.

FISIOLOGÍCAS	AFECTIVAS	COGNITIVAS	CONDUCTUALES	ESPIRITUALES
✓ Aumento de la morbimortalidad.	✓ Tristeza, apatía, abatimiento, angustia.	✓ Incredibilidad, confusión, preocupación.	✓ Trastorno del sueño y/o alimentarios.	✓ Replanteamiento de las creencias.
✓ Vacío en el estómago.	✓ Ira, frustración, enfado.	✓ Sentido de presencia.	✓ Conducta distraída.	✓ Búsqueda de sentido.
✓ Opresión en el pecho y la garganta.	✓ Ansiedad.	✓ Alucinaciones.	✓ Aislamiento social.	
✓ Hipersensibilidad al ruido.	✓ Culpa.	✓ Dificultades de concentración, atención y memoria.	✓ Llorar y/o suspirar.	
✓ Falta de aire.	✓ Desesperación.	✓ Distorsiones cognitivas.	✓ Evitar recordatorios del fallecido.	
✓ Palpitaciones.	n.	✓ Obsesión por recuperar la pérdida.	✓ Soñar con el fallecido.	
✓ Falta de energía.	✓ Hostilidad.	✓ Anhelo.	✓ Buscar y llamar.	
✓ Cefalea y sequedad de boca.	✓ Impotencia.	✓ Shock.		
✓ Debilidad muscular.		✓ Pensamientos e imágenes recurrentes.		

Tabla 3. Manifestaciones del duelo. Elaboración a partir de (14)

3.5.3 Tipos de duelo

Tal y como se ha relatado anteriormente, el duelo se considera la respuesta normal asociado a la pérdida de algo significativo. Sin embargo, lo considerado como un “duelo normal” o como un “duelo patológico” se va a caracterizar principalmente por la intensidad y la duración de la reacción emocional. Por lo tanto, surge la diferenciación de diferentes tipos de duelo con el objetivo de determinar la importancia de la intervención ^{11, 15}.

- **Duelo anticipado:** es un tipo de duelo en el que el dolor de la pérdida se origina sin que haya ocurrido todavía. Es una manera de actuar para disminuir los sentimientos negativos cuando llegue el momento de la pérdida. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando la madre recibe un aviso de que existe un alto riesgo en el embarazo

^{11, 15}.

- **Duelo crónico:** también conocido como duelo patológico. Es aquel duelo que tiene una duración excesiva, no hay una adaptación a la nueva situación tras la pérdida. La persona puede tardar años, se muestra llena de recuerdos y en ocasiones considera una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad ¹¹.
- **Duelo congelado:** también conocido como duelo inhibido. Se genera cuando no se dan signos de afectación o de dolor por la pérdida, provocando un embotamiento afectivo. El hecho de no expresar las emociones puede derivar en otros trastornos psicológicos ¹¹.
- **Duelo ambiguo:** existen dos tipos de pérdida ambigua. El fallecimiento se puede percibir ausente físicamente, pero psicológicamente presente, o viceversa. Es una de las pérdidas que más ansiedad provoca dado que permanece sin aclarar ¹¹.

3.6 Posible actuación de los profesionales

A nivel profesional, la muerte suele ser un tema tabú que suele provocar sentimientos tales como frustración, derrota, decepción y tristeza ^{16, 17}.

Es poco frecuente que los centros hospitalarios se hayan propuesto pautas de actuación ante las pérdidas perinatales, lo que supone que las intervenciones, cuidados y formación para este tipo de situaciones sean insuficientes ¹⁶.

Para los profesionales, este tipo de pérdida supone una tarea delicada. En la práctica asistencial, la tendencia de los profesionales es centrarse en los cuidados físicos, evadiendo los cuidados emocionales. Tienden a evadir el aspecto emocional por la falta de estrategias y recursos para afrontar la situación, y en muy pocas veces se es consciente de que prestar una atención inadecuada influye significativamente en la correcta evolución del duelo de los padres ¹⁷. Además de lo dolorosa que es la experiencia del fallecimiento de un hijo, algunos padres también tienen que enfrentarse a la falta de compresión y apoyo por parte de los profesionales .

El acrónimo LAST (por sus siglas en inglés) es una técnica sencilla para los profesionales de la salud de recordar cuatro aspectos básicos para atender a las personas que han perdido un hijo ¹⁸:

- **L (Listen)** hace referencia a que se debe escuchar. La escucha es uno de los aspectos más relevantes en estas situaciones. Una de las necesidades más demandadas por los progenitores es la de sentirse escuchado. Es importante que quienes escuchan sientan el silencio como un aliado y no como un enemigo ¹⁸.
- **A (Acknowledgement)** representa el reconocimiento. Es muy importante que el

doliente sienta la validación por parte de los profesionales de todas aquellas cosas que sienten para que se reduzca significativamente la duda y el autocuestionamiento ¹⁸.

- **S (Support)** haciendo referencia al apoyo. El profesional de salud debe brindar apoyo y contestar todas las preguntas y preocupaciones que los dolientes tengan. En este punto es esencial construir una relación basada tanto en la confianza, en la honestidad y en la empatía entre los profesionales y los dolientes ¹⁸.
- **T (Touch)** representa el tacto, entendiéndolo como el contacto físico. Se ha comprobado que este tacto contribuye a reducir la sensación de desconexión con la realidad en los padres ¹⁸.

A continuación, la asociación de Umamanita describe algunas de las recomendaciones que se le puede ofrecer al profesional de salud para tratar a los progenitores que han sufrido una pérdida:

- **Presentarse:** es valioso que el profesional comience diciendo su nombre y cuál es su cargo para poder acercarse a quien se está dirigiendo ¹⁹.
- **Escucha:** es imposible quitarles el dolor, pero a través de la escucha puedes compartir el dolor y ayudarles para que no se sientan solos. Es importante tener presente que, si no se está dispuesto a escuchar y prestar atención, no se deberá comenzar una conversación ¹⁹.
- **Darles tiempo:** en estos casos de shock es imposible tomar decisiones correctas, por lo que es importante dejar espacio para que puedan tomar sus decisiones y conclusiones. Es importante explicarles las decisiones que tendrán y dejarles tiempo para poder decidir ¹⁹.
- **Habla con ellos sobre la situación actual:** para que sientan que tienen cierto control sobre la situación es necesario que estén bien informados. No se les debe juzgar ¹⁹.
- **Explícales sus opciones y apóyales en sus decisiones:** no se debe interferir en sus decisiones, se deben respetar ¹⁹.
- **Mantén la calma** ¹⁹.
- **Cuida tu lenguaje corporal:** es importante mirarlos a los ojos, no estar con los brazos

cruzados, sentarnos a poca distancia, etc. En muchas ocasiones un gesto vale más que las palabras ¹⁹.

- **Se comprensivo:** es necesario usar el sentido común ¹⁹.
- **No intentar encontrar algo positivo a la pérdida:** no es una manera de consolar ¹⁹.
- **Hazles sentir tu presencia, pero con discreción:** mostrar nuestra disposición en cualquier momento ¹⁹.
- **No les digas que tendrán más bebés:** las personas son irremplazables, este bebe es único para ellos ¹⁹.
- **No les digas que entiendes su dolor si no has pasado por alago similar** ¹⁹.
- **Se debe aconsejar, pero nunca obligarles:** se debe respetar al máximo los criterios de cada uno. Hoy en día a los padres se les da la posibilidad de ver a su bebé fallecido, habrá quien prefiera y quien no. Algunos estudios afirman que no ver al bebe fallecido puedo aumentar el riesgo de estrés postraumático ¹⁹.
- **Ayúdales a tomar decisiones** ¹⁹.
- **Ayúdales a tener recuerdos de su bebé, si lo desean:** se puede ofrecer la posibilidad de hacer fotos, darles el brazalete identificativo o las huellas de las manos y de los pies, siempre que lo deseen ¹⁹.
- **Cuida la terminología:** no se debe negar la existencia de su bebe, se les debe preguntar por el nombre de su hijo/a para poder referirnos a él ¹⁹.
- **Habla con ambos padres equitativamente.** No se debe dar por hecho que los padres no sufren ni muestran su dolor ¹⁹.
- **Explicarles personalmente los resultados de la autopsia** ¹⁹.

3.6.1 Comunicación de malas noticias

El momento del diagnóstico o comunicación de la muerte es el punto de importancia más vital,

debido a que se establece el tono de atención. Ser poco hábiles para comunicar la noticia generará de manera innecesaria un mayor sufrimiento, lo que supondrá que la elaboración del duelo sea más negativa para las familias.

Para comunicar la noticia se deben tener las habilidades necesarias, pero también se debe tener en cuenta los factores personales, socioculturales y del personal sanitario ²⁰.

Los factores del personal sanitario están constituidos principalmente por los miedos ante las repercusiones que pueden desencadenar en la relación con el paciente la comunicación de una noticia. Los miedos más frecuentes en los profesionales para comunicar malas noticias son²¹:

- Miedo a causar dolor: al tener interiorizado la idea de no infringir dolor físico o moral, en ocasiones los profesionales adoptan por actitudes evasivas respecto a la comunicación de malas noticias ²¹.
- Dolor empático: los profesionales sienten incomodidad de comunicar la noticia por el estrés que le genera la noticia a los usuarios ²¹.
- Miedo a ser culpado: cuando una situación es difícil de afrontar, se personaliza sobre el profesional sanitario, con quien descarga su rabia e ira ²¹.
- Miedo de decir “no sé”: solemos asociar el no saber con inexperiencia y confusión y tendemos a desvalorizarnos, pero realmente se muestra nuestra honestidad y con ello aumenta la credibilidad ²¹.

Water F. Baile y Robert Buckman, son dos oncólogos que elaboraron una protocolo de actuación para la comunicación de malas noticias. El protocolo consta de siete etapas, las cuales deben ser recorridas en orden ²².

- Etapa 1: Preparar el entorno. Procurar que sea un entorno tranquilo y privado favoreciendo la intimidad, en este caso, de la pareja y la familia. El profesional debe intentar favorecer un ambiente de interés y respeto ²².
- Etapa 2: ¿Qué sabe el paciente? Antes de comunicar la noticia es necesario saber que sabe o sospecha, y a la hora de comunicar la noticia poder ayudarnos ²².
- Etapa 3: ¿Qué y cuánto quiere saber? En esta etapa se deberá concordar lo que la familia quiere saber y hasta donde ²².
- Etapa 4: Información. Una vez concretado los puntos anteriores se procederá a dar la información. Es importante usar un lenguaje sencillo y conciso, evitando usar terminología médica. Se debe asegurar que la información está siendo entendida y

comprendida ²².

- Etapa 5: Apoyo al paciente y la familia. Es importante detectar la reacción que embarga tras escuchar la información ²².
- Etapa 6: Plan de cuidados. En este punto, se intentará demostrar que estamos de su lado y que vamos a hacer todo lo que está en nuestras manos para poder ayudar ²².
- Etapa 7: Auto chequeo del profesional. Esta reflexión ayudará a identificar los sentimientos y emociones que ha experimentado, y permitirá mejorar en el desarrollo de su profesión ²².

3.6.2 Sentimientos y emociones en los profesionales de salud ante una pérdida perinatal

La pérdida perinatal no solo ejerce un gran impacto en las familias, sino también en los profesionales de salud, por lo que es necesario que los profesionales de salud se cuiden para poder ofrecer una atención adecuada ²³.

En estas situaciones el impacto emocional es mayor dado que no solo tienen que enfrentarse a sus propios sentimientos, sino que también deben enfrentarse a los padres. Los principales sentimientos manifestados suelen ser frustración, pena, inseguridad, ansiedad, rabia, culpa, sensación de fracaso e impotencia e influyen significativamente con no saber manejar la situación para poder enfrentarse, adoptando conductas inapropiadas ^{24, 25}.

Las conductas adoptadas por los profesionales de salud principalmente son dos: conducta de evitación y conducta de sobreimplicación. La conducta de evitación provoca que la atención sea puramente técnica, limitando su atención a apoyar. Por otro lado, la conducta de sobreimplicación provoca asumir el dolor de los padres comportándose de forma paternalista y sobreprotectora ^{17, 26}.

Por esto, es importante dotar de herramientas que a los profesionales nos sirvan para poder enfrentarnos a estas situaciones. Desde la asociación de Umumanita describen unas recomendaciones para poner en práctica ¹⁹:

- Es importante y necesario que los profesionales cambien. Esto hace referencia a que no deben ser siempre los mismos profesionales los que atiendan estas situaciones.
- Se debe fomentar la expresión de sentimientos, se debe perder el miedo a expresar.
- Se debe favorecer el apoyo entre los compañeros para expresar las dificultades.
- Es importante que aquellos profesionales que la atención les suponga un problema personal (creencias religiosas, pérdidas personales, etc.) deban estar exentos de

ofrecer la atención.

- Crear grupo de apoyo entre compañeros.
- Tratar las pérdidas en sesiones clínicas.
- Se debe trabajar en equipo.
- Reconocer el trabajo realizado por cada uno. Es importante ayudarse, animarse y apoyarse entre compañeros.
- Evitar mezclar nacimientos y muertes atendidas por los mismos profesionales.
- Favorecer la propuesta de cursos acerca de las pérdidas perinatales.

3.7 Embarazo después de una pérdida perinatal

La experiencia de una muerte neonatal genera en los padres una profunda tristeza que es difícil de afrontar, ya que no solo sienten que han podido perder su descendencia, sino que también altera las perspectivas futuras ²⁷.

Tras una muerte perinatal entre el 50% y el 80% de familias vuelve a concebir, y esto supone dudas, miedo e inseguridades lo que provoca un desgaste físico y emocional. Por ello, después de haber tenido una pérdida anterior, un nuevo embarazo se vive con una percepción distinta. Hay cuatro preocupaciones principales ²⁸:

- Existe inseguridad y desasosiego.
- Los latidos o los movimientos fetales producen inquietudes diarias.
- Evitación de vinculación con el bebé por miedo a un resultado negativo.
- Sensación de aceptación frente a la idea de que podría presentar otra pérdida.

Estas preocupaciones pueden hacer que el embarazo este muy marcado por ansiedad y depresión, prolongándose meses hasta después del nacimiento del nuevo hijo. En muchas ocasiones se manifiestan conductas de sobreprotección o preocupación exagerada por el estado de salud de su hijo, lo que provoca dificultad exagerada de separarse del bebé ²⁹.

Los profesionales deben asesorar a las familias que deseen tener una nueva gestión, después de haber sufrido una perdida perinatal, sobre varios aspectos:

- No se debe acelerar la oportunidad de una nueva gestación. Como objetivo de salud no es recomendable iniciar una nueva gestación en medio del duelo ³⁰.
- Se debe advertir que para la gestación de un nuevo hijo se necesita la recuperación tanto física como psíquica, dado que si no es así puede repercutir negativamente en

el desarrollo psicológico del nuevo bebé ³⁰.

- Se debe concienciar que un nuevo embarazo no alivia el dolor emocional y sensación de vacío que produjo la pérdida. En muchas ocasiones las familias necesitan recuperar la escena previa a la pérdida, lo que es imposible. Es parte del duelo aceptar esa imposibilidad ³⁰.

En esta etapa los profesionales de salud tienen un gran papel de acompañamiento y educación en la familia. Como profesionales es importante tener presente las siguientes recomendaciones:

- El nuevo embarazo se consideraría de alto riesgo dado el antecedente, por lo que el seguimiento de embarazo y nacimiento exige un abordaje interdisciplinario, personalizado y empático. La gestante debe ser acompañada y asistida según sus necesidades ²⁸.
- Durante el nuevo embarazo la gestante va a estar en un estado de alerta, ansiedad y temor a la repetición de muerte perinatal, incrementando la intensidad de estos estados con la cercanía de la fecha de la pérdida anterior y las características subjetivas de cada situación ²⁸.
- La percepción de los movimientos fetales y latidos puede generar emociones ambiguas. Se recomienda una escucha empática sin juicios ²⁸.
- Es importante que como profesionales no se pierda la vulnerabilidad emocional para poder acompañar a la gestante y pareja en todas sus necesidades ²⁸.
- Durante la gestación pueden aparecer conductas restrictivas como por ejemplo “no voy a comprar ropa hasta que no nazca”. Ante estas conductas el profesional debe tener una escucha empática sin juicios y en la medida en que las circunstancias lo permitan ir abriendo un espacio diferente ²⁸.
- Se debe preguntar si se quiere conocer el sexo fetal. A veces, a la familia le tranquiliza saber que el nuevo bebé no tiene el mismo sexo que el fallecido ²⁸.
- La anticipación puede operar como marco de contención. Es decir, llegado el momento del parto es conveniente que se conozca el lugar donde se va a producir el parto. Algunas gestantes y sus allegados para protegerse del recuerdo de un sufrimiento cambian de obstetra o de hospital para el nuevo nacimiento ²⁸.
- Los procedimientos necesarios durante la gestación deben estar orientados también hacia la preservación y el cuidado de la salud mental materna y paterna ²⁸

4. JUSTIFICACIÓN

La muerte perinatal es una pérdida que supone un gran impacto psicológico en los padres, y tras la pérdida de un bebé durante el embarazo, o en los momentos previos o posteriores al parto aparece un proceso natural conocido como duelo.

Este tipo de pérdidas también suponen un impacto en los profesionales, sobre todo en los profesionales de enfermería.

Normalmente como profesionales nos enseñan a dar vida, pero en raras ocasiones nos enseñan a enfrentarnos a la muerte, lo que supone que nuestras prácticas ante determinadas situaciones no sean las correctas. De esta manera, al no tener una formación sobre cómo manejar y gestionar emociones, sobre cómo se debe acompañar en una pérdida perinatal, y como nos debemos comunicar, la postura de elección es huir de estas situaciones.

Es bastante doloroso como padre, enfrentarte a la pérdida de un hijo, pero el dolor aumenta cuando además de tener que enfrentarse a la pérdida, tienes que recibir una atención deficiente por parte de los profesionales debido a que no tienen una formación.

La evolución del duelo en las familias está relacionada significativamente en las actuaciones de los profesionales, porque cuanto más acogidas y acompañadas estén las familias, el comienzo del duelo será más fácil.

Es importante empezar a visibilizar este tipo de pérdida y conocer el impacto psicológico que provoca. Pero también es importante empezar a visibilizar que en estas situaciones se necesita formación para poder enfrentarlas. El hecho de no existir formación de cómo actuar perjudica a ambas partes, tanto a la familia como al profesional. Por ello, se debe formar a los profesionales en el manejo del duelo en las muertes perinatales, puesto que son un punto decisivo en el proceso de las familias. Este es el motivo por el que hemos diseñado el presente trabajo de fin de grado.

5. METODOLOGÍA

5.1 Población y captación

5.1.1 Población

Este proyecto educativo va dirigido a los profesionales sanitarios graduados en enfermería y matronería que por definición trabajan en los servicios de Obstetricia, Paritorios o Cuidados Intensivo neonatales de los hospitales de la Comunidad de Madrid, que atienden a familias que han sufrido una pérdida perinatal. Aunque la realización del curso será en el Hospital Universitario La Paz, el curso está abierto también a profesionales de los demás hospitales de La Comunidad de Madrid que estén interesados en ello.

La población a la que se puede dirigir el curso está formada por varios centenares de enfermeras o matronas (es difícil precisar una cifra exacta, pues puede variar temporalmente); dados los medios disponibles, podremos impartir el curso inicialmente a un máximo de 20 alumnos, cifra que, si la evaluación del curso resultara positiva, se puede ampliar en sucesivas ediciones.

Criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería asignado a servicios de Obstetricia, Paritorios o Cuidados Intensivos neonatales o bien matronas.
- Que trabajen en La Comunidad de Madrid.
- Experiencia mínima de 1 año trabajando en servicios de Obstetricia, Paritorios o Cuidados Intensivos.

Cumpliendo las condiciones que hemos puesto como criterios de inclusión, no establecemos criterios de exclusión.

5.1.2 Captación

El lugar de captación será el servicio de Obstetricia, Paritorios y Cuidados Intensivos neonatales del Hospital Universitario la Paz. Las sesiones se realizarán en el pabellón de docencia de dicho hospital, en un aula suficientemente espaciosa y con buena iluminación que cuenta con tecnología audiovisual, mobiliario adecuado y acceso a internet.

El taller será anunciado mediante carteles (**Anexo 1**) colocados en el Servicio de Obstetricia, Paritorios y Cuidados Intensivos neonatales, en salas de descanso, cafeterías y pasillos, que proporcionen información sobre el tema a impartir, el lugar de celebración y los días en los que se va a impartir. Para reforzar, la supervisora del servicio mandara un correo electrónico (**Anexo 2**) para motivar al personal a que se apunten al taller.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general

Potenciar el aprendizaje, el desarrollo de habilidades y la valoración de los recursos en los profesionales de enfermería y matronas a la hora de afrontar la atención a las familias con pérdidas perinatales.

5.2.2 Objetivos específicos

- Área cognitiva: los objetivos del área cognitiva están vinculados con la obtención de conocimientos. Los objetivos para desarrollar son:
 - Conocer que es la mortalidad perinatal, factores de riesgo y causas.
 - Conocer el impacto psicológico de la muerte perinatal en las familias y los profesionales.
 - Conocer la repercusión de un mal abordaje del duelo y del manejo de las emociones en el profesional.
 - Adquirir conocimientos sobre el nuevo embarazo tras una pérdida perinatal.
- Área afectiva: los objetivos del área afectiva se relacionan con las emociones y sentimientos. Los objetivos para desarrollar son:
 - Disposición para expresar abiertamente los miedos, emociones y sentimientos tras la pérdida.
 - Fomentar la expresión de las experiencias personales con relación al cuidado de familias que han sufrido una pérdida perinatal.
 - Transmitir sus dudas y preguntas a los docentes.
- Área psicomotriz: los objetivos del área psicomotriz están relacionados con la habilidad de hacer. Los objetivos que desarrollar son:
 - Poner en práctica técnicas del manejo del duelo y gestión de las emociones.
 - Desarrollar e incrementar habilidades de comunicación efectiva.
 - Fomentar la capacidad de generar un equipo multifuncional en determinadas situaciones para actuar de una manera más integral y cohesionada.

- Ejercitarse en técnicas de acompañamiento emocional para proporcionar un apoyo integral a las familias.

5.3 Contenidos

El proyecto educativo será desarrollado en tres sesiones. En la primera sesión los contenidos a desarrollar serán:

- Aprender a reconocer la mortalidad perinatal, las causas, los factores que influyen y su incidencia.
- Enseñar el impacto psicológico en las familias que sufren un duelo perinatal. Conocer el duelo y sus etapas, las manifestaciones y los tipos de duelo.

En la segunda sesión los contenidos a desarrollar serán:

- Aprender a gestionar las emociones y sentimientos para que no interfieran en la mala evolución del duelo de las familias.
- Enseñar comunicarse con la familia de una manera empática y efectiva. Saber que se debe decir y que no, y saber comunicar malas noticias.
- Enseñar como se debe actuar para acompañar a las familias que sufren una pérdida perinatal. Fomento de rituales y recuerdos, derivación a servicios especializados y ofrecer un seguimiento y apoyo continuo.

En la tercera sesión los contenidos a desarrollar serán:

- Enseñar sobre el embarazo después de una pérdida perinatal. Asesoramiento reproductivo para el futuro y consideraciones y recomendaciones para el nuevo embarazo.

5.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

5.4.1 Planificación general

Este proyecto educativo se llevará a cabo en tres sesiones. Las dos primeras sesiones se desarrollarán en una hora y media, y la última en una hora, por lo que el proyecto educativo en total constará de cuatro horas. En las tres sesiones se va a trabajar el área cognitivo, la información técnica y de conocimientos teóricos, pero a su vez se va a trabajar el área psicomotriz y afectivo.

En principio, solo se va a realizar el proyecto educativo con un grupo. Si el taller tiene éxito y

buenos resultados se realizará de nuevo con otro grupo.

La primera sesión se realizará el lunes 3 de junio de 2024 en horario de mañana, de 14:00h hasta 15:30 h, con el propósito de que la carga de trabajo a esas horas es menor y para que a los participantes de turno de tarde o turno de noche les cuente como horas trabajadas. La segunda sesión se realizará el miércoles 5 de junio de 2024 en horario de mañana, de 14:00h hasta 15:30h, igual que la primera sesión. Y, por último, la tercera sesión se realizará el viernes 7 de junio de 2024 en horario de mañana, de 14:00h hasta las 15:00h.

5.4.2 Número de participantes

Para que los talleres sean más dinámicos y efectivos, lo ideal es que el número de participantes no sea muy pequeño, porque puede condicionar la variedad de perspectivas, pero tampoco muy grande ya que puede dificultar la interacción individual y la participación activa.

Por lo que en cada sesión se aceptarán un mínimo de 12 personas y un máximo de 20 personas, con el objetivo de que el tamaño del grupo no influya en el aprendizaje individual.

5.4.3 Docentes

El proyecto educativo, como se mencionaba anteriormente, trabajará el área cognitivo, afectivo y psicomotriz, por lo que serán impartidas las sesiones por diferentes profesionales.

En las tres sesiones participarán dos profesionales de enfermería del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario la Paz, capacitadas en el duelo y los cuidados perinatales. Además, en la segunda sesión se contará con el apoyo de un profesional de psicología especializado en el duelo, para tartar los puntos del área psicomotriz, y que también será de ayuda para la posterior evaluación.

5.4.4 Sesiones

A continuación, mediante tres tablas, cada una correspondiente a cada sesión, se van a explicar la dinámica de las sesiones.

En cada tabla aparecen los contenidos con sus objetivos, técnicas, tiempo y recursos y evaluación.

5.4.4.1 Primera sesión

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Presentación – Acogida	Conocer la función del taller. Conocer a los docentes. Crear una atmósfera grupal de confianza y buena comunicación.	Técnica expositiva	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sillas con escritorio abatible ✚ Proyector ✚ Power point. ✚ Hoja de asistencia (Anexo III) 	Analizando el nivel de atención de los participante.
Cuestionario previo al comienzo del taller.	Conocer el grado de conocimientos desde el que se parte, facilitando la evaluación posterior.	Técnica de investigación al aula: cuestionario.	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Cuestionario (Anexo IV) ✚ Sillas con escritorio abatible ✚ Bolígrafos. 	Sera evaluado mediante el guion del observador
Contextualización muerte perinatal	Reconocer que es la muerte perinatal y sus factores de riesgo. Conocer su incidencia en España.	Técnica expositiva: charla participativa. Mediante esta técnica favorecemos un ambiente interactivo y colaborativo.	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proyector ✚ Power point ✚ Sillas con escritorio abatible 	Sera evaluado mediante el guion del observador
Contextualización del duelo perinatal y su impacto en las familias.	Conocer que es el duelo y que fases tiene como los tipos de duelo. Conocer el duelo perinatal y su impacto en las familias.	Técnica expositiva: lección con discusión. Mediante esta técnica favorecemos que los participantes comparten sus experiencias, opiniones, ideas y preguntas.	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proyector ✚ Power Point ✚ Sillas con escritorio abatible. 	Sera evaluado mediante el test final.
Debriefing y resolución de dudas	Expresar las dudas y preguntas con el objetivo de facilitar la comunicación abierta en equipo y promover el pensamiento crítico	Técnica participativa	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Silla con escritorio abatible. 	Resolución de dudas.

5.4.4.2 Segunda sesión

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Presentación	Inicio de la nueva sesión. Presentación del nuevo docente (psicólogo) y de la temática.	Técnica expositiva	10 minutos	➡ Sillas con escritorio abatible ➡ Proyector ➡ Power point	Analizando el nivel de atención de los participantes.
Experiencias personales ante el duelo perinatal.	Los participantes expondrán su experiencia ante el duelo perinatal de sus pacientes.	Técnica participativa	15 minutos	➡ Sillas con escritorio abatible ➡ Proyector ➡ Power point	Será evaluado mediante el guion del observador.
Técnicas correctas para abordar el duelo.	Aprender a gestionar las emociones y los sentimientos.	Técnica de habilidad: Mindfulness. Consiste en una técnica que te ayuda a estar en el momento presente y a observar tus pensamientos y emociones sin juzgar.	20 minutos	➡ Sillas con escritorio abatible ➡ Proyector ➡ Power point	Será evaluado mediante el test final
	Fomentar y dominar una comunicación efectiva y empática. Saber que decir y como decirlo, al igual que saber qué no decir. Capacidad para notificar malas noticias.	Técnica de análisis: caso. Esta técnica permite entrenarse en actuaciones posteriores con hechos reales.	20 minutos		
	Conocer cómo se debe actuar en el proceso de duelo de los padres.	Técnica expositiva: charla participativa. Mediante esta técnica favorecemos un ambiente interactivo y colaborativo.	15 minutos		
Cierre	Resolver las preguntas y las dudas surgidas durante la sesión	Técnica participativa	10 minutos	➡ Sillas con escritorio abatible	Será evaluado mediante la participación de los alumnos.

5.4.4.3 Tercera sesión

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Presentación	Apertura de la sesión y su temática	Técnica expositiva	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sillas con escritorio abatible ✚ Proyector ✚ Power point 	Analizando el nivel de atención de los participantes.
Embarazo nuevo tras un duelo perinatal	Desarrollar conocimientos y habilidades para la práctica.	Técnica expositiva: charla participativa. Mediante esta técnica favorecemos un ambiente interactivo y colaborativo.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sillas con escritorio abatible ✚ Proyector ✚ Power point 	Sera evaluado mediante el test final.
Cierre de sesión	Resumen sobre las ideas tratadas y resolución de dudas.	Técnica participativa.	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sillas con escritorio abatible 	Sera evaluado mediante el test final.
Evaluación	Conocer el grado de conocimientos adquirido.	Técnica de investigación al aula: cuestionario.	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Cuestionario de satisfacción (Anexo V) ✚ Sillas con escritorio abatible ✚ Bolígrafos. 	Conocer si tras las sesiones se han adquirido conocimientos.

5.4.5 Lugar de celebración

Las sesiones se realizan en el ámbito hospitalario, en el Hospital Universitario la Paz. Se realizarán en una de las aulas del pabellón de docencia, ya que cuentan con un espacio amplio, cómodo, con tecnología audiovisual y acceso a internet.

5.5 Evaluación

Para conocer si los objetivos planteados de dicho proyecto educativo se están cumpliendo y los procesos de enseñanza están siendo de provecho para la correcta incorporación de los nuevos conocimientos, se debe llevar a cabo una evaluación.

La evaluación establecerá la eficacia, calidad y cumplimiento de los objetivos, como la identificación de áreas de mejora para valorar la necesidad de modificar los contenidos o las técnicas de enseñanza y para poder garantizar la continuidad de estas sesiones con más grupos.

5.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo

La evaluación de la estructura y del proceso educativo contribuirá a analizar tanto los componentes físicos y organizativos, como el funcionamiento y la eficacia de los métodos de enseñanza y aprendizaje. Se llevará a cabo a través de los participantes y de los docentes que imparten la sesión.

La evaluación de los participantes se llevará a cabo mediante un cuestionario de satisfacción en el final de la última sesión que valorará de manera cuantitativa la actividad educativa, la organización e infraestructura y al personal docente (**Anexo V**).

Por otro lado, se pasará otro cuestionario a los docentes que hayan impartido la sesión para valorar la exposición de sus compañeros. Los ítems para valorar serán el lenguaje, la claridad, el tono de voz, y la infraestructura (**Anexo VII**)

5.5.2 Evaluación de los resultados educativos

5.5.2.1 Evaluación a corto plazo

La evaluación a corto consistirá en evaluar la capacidad de obtención de los principales puntos clave impartidos en el taller por parte de los participantes.

Se valorará mediante dos cuestionarios, un cuestionario realizado en la primera sesión (**Anexo I**) antes de impartir los conocimientos, con el objetivo de saber desde qué conocimientos se parte. Y en la última sesión se volverá a pasar el mismo cuestionario, para valorar la posible mejora en el número respuestas correctas en relación con el primer cuestionario.

Al finalizar el último cuestionario, se podrá compartir las respuestas con los participantes

(Anexo VI).

5.5.2.2 Evaluación a largo plazo

Para la evaluación a largo plazo se deberá esperar un período de un año para poder ponerse en contacto con los participantes mediante un correo electrónico y saber si se han podido aplicar los conocimientos a la práctica, además de cómo se sintieron al tratar este tipo de situaciones para ello se ha elaborado una encuesta.

5.6 Cronograma general

	Octubre – Diciembre 2023	Enero – Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024	Julio - Septiembre 2024
Fase de búsqueda bibliográfica y preparación.					
Redacción y presentación del proyecto.					
Fase de difusión y captación de alumnos.					
Realización del curso.					
Evaluación de resultados.					

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Guía de asistencia en la muerte perinatal. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2021;64(3):124-154.
- (2) Neto Maestre MD, Rico Neto I, Rico Neto M. Muerte perinatal y duelo (1a. parte). Documents de enfermería 2010(39 (September)):16-23.
- (3) World Health Organization. The WHO application of ICD – 10 to deaths during the perinatal period: ICE – PM [Internet]. 2016 [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf?sequence=1>
- (4) Villasís - Keever MÁ. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM. Revista Mexicana de Pediatría 2016;83(4):105-107.
- (5) Jiménez Puñales S, Petón Cortés RJ. Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2015;42(1):2-6.
- (6) Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2011 09/;37(3):432-443.
- (7) Patrones de mortalidad en España, 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_mortalidad_Esp_2020.pdf. Acceso abril 28, 2024.
- (8) Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo(1699). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699>. Acceso abril 28, 2024.
- (9) Madinabeitia LGd, Pía A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2011 03/;31(1):53-70.
- (10) Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendir M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud ed.2015; 25-28
- (11) Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2007 00/;30:163-176.
- (12) Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. el significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología 2013;10(1):109-130.
- (13) Moral de la Rubia J, Miaja Ávila M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. Pensamiento Psicológico 2015 06/;13(1):7-25.

- (14) Oviedo-Soto S, Urdaneta-Carruyo E, Parra-Falcón FM, Marquina-Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría* 2009;76(5):215-219.
- (15) Flórez SD. Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2002;25(Extra 3):77-85.
- (16) Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011 December 1;19:1405-1412.
- (17) Martos López I, Guedes Arbelo C, Sánchez Guisado MdM. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2016;7(2):300-309.
- (18) Serrano Diana C, López del Cerro E, Cañadas Castillo A, Gómez García T, Amezcuá Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* 2015;58(8):368-372.
- (19) Cassidy J. *Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal*. 2015; Disponible en: <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>. Acceso abril 28, 2024.
- (20) Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendir M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. *Servicio Extremeño de Salud* ed.2015; 89-103
- (21) Villa López B. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería* 2007(31):4.
- (22) García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva* 2006 /12/01;30(9):452-459.
- (23) Roncallo P. Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal. *Muerte y Duelo Perinatal* 2018(4):35-40.
- (24) Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P, Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2020 06/;85(3):281-305.
- (25) Martínez Dávalos CS. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 2018(3):10-15.
- (26) Figueroa Ibarra C, Aranda Gallegos P, Figueroa Ibarra C, Aranda Gallegos P. Experiencias del personal de enfermería ante la muerte perinatal. *Revista Cubana de Enfermería* 2022 03/;38(1).
- (27) Cote-Arsenault D, Marshall R. One foot in-one foot out: weathering the storm of pregnancy

after perinatal loss. *Res Nurs Health* 2000 -12;23(6):473-485.

(28) Mercadé Carranza C, Torá Ardévol A, Figueras Uranga IT. Nuevo embarazo tras una pérdida perinatal. *Psicosomática y Psiquiatría* 2017(0):37-46.

(29) Rozas García MR, Francés Ribera L. Maternidad tras una muerte perinatal. *Articles publicats en revistes (Infermeria de Salut Pública, Salut mental i Maternoinfantil)* 2001.

(30) Sánchez-Pichardo MA. Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum* 2007;21(3):147-150.

7. ANEXOS

ANEXO I: Cartel informativo para los profesionales para la participación en el taller.



ANEXO II: Correo electrónico por parte de la supervisora de la Unidad.

Recordatorio asistencia curso formativo sobre "Manejo Duelo Perinatal"

Mensaje Insertar Aplicar formato al texto Dibujar Opciones

Envir Envir

Para

CC

Recordatorio asistencia curso formativo sobre "Manejo Duelo Perinatal" Borrador guardado a las 13:00

Buenos días.

El motivo de dicho correo es recordar que en el mes de junio de 2024 se impartirá un taller sobre el "**Manejo del Duelo Perinatal**" con el fin obtener las capacidades y habilidades necesarias para poder abordar el duelo perinatal causado en las familias. El taller se dará en el pabellón de docencia del Hospital Universitario la Paz.

El taller se impartirá en 3 sesiones:

- Lunes 3 de junio de 2024 de 14:00h a 15:30h.
- Miércoles 5 de junio de 2024 de 14:00h a 15:30h.
- Viernes 7 de junio de 2024 de 14:00h a 15:00h.

Como incentivo recordaros que el tiempo que estéis de formación será contando como horas de trabajo. Os ánimo a todos aquellos que estéis interesados en que os apuntéis, puesto que, como profesionales, nuestra actuación tiene un gran impacto.

¡Un saludo!

ANEXO III: Hoja de asistencia del taller.



HOJA DE ASISTENCIA

ANEXO IV: Cuestionario de conocimientos previos en la 1º sesión.

CUESTIONARIO PREVIO A LA 1º SESIÓN

A continuación, debéis responder de manera honesta a las siguientes preguntas tipo test.

Consta de 7 preguntas, con tres opciones a elegir y solo **una respuesta correcta**.

1. Cuál de las siguientes afirmaciones consideras que es la correcta acerca de la muerte perinatal:
 - a) La muerte perinatal es aquella que se produce en cualquier periodo del embarazo.
 - b) La muerte perinatal abarca la muerte fetal y la muerte neonatal.
 - c) La muerte perinatal es aquella que se produce después del nacimiento del bebé.
2. En la muerte perinatal interviene la interacción de factores presentes en el desarrollo del embarazo, relacionado con el nivel de vida, el acceso educativo o la eficiencia de los servicios de salud. Cuál de los siguientes crees que no es un factor de riesgo en la muerte perinatal:
 - a) El sexo masculino es superior en mortalidad perinatal que el sexo femenino.
 - b) La tasa de mortalidad perinatal aumenta cuando aumenta la paridad.
 - c) El estado civil no es un factor de riesgo.
3. Tras una pérdida, se desencadena una respuesta natural conocida como duelo. En relación con el duelo que afirmación consideras que es falsa:
 - a) La experiencia puede ser más o menos dolorosa según la edad del hijo perdido.
 - b) Conocer los detalles vinculados a la muerte de su ser querido ayuda a aceptar la realidad de la pérdida.
 - c) Participar en grupos de apoyo permite al doliente entender que no está solo en su dolor.
4. Como profesional sanitario, cuál de las siguientes afirmaciones crees que es la más apropiada para tratar a familias que han sufrido una muerte perinatal:
 - a) Hacerles referencia que podrán tener otro hijo.
 - b) No intentar encontrar algo positivo a la pérdida.
 - c) Decirles que entiendes su dolor.

CUESTIONARIO PREVIO A LA 1º SESIÓN

5. La pérdida perinatal no solo ejerce un gran impacto en las familias, sino también en los profesionales de salud, por lo que es necesario que los profesionales de salud se cuiden para poder ofrecer una atención adecuada. Cuál de las siguientes respuestas crees que no es una manera de cuidarse:
 - a) Reconocer el trabajo realizado por cada uno. Es importante ayudarse, animarse y apoyarse entre compañeros.
 - b) Es importante que aquellos profesionales que la atención les suponga un problema personal deban estar exentos de ofrecer la atención.
 - c) No es necesario expresar los sentimientos dentro del equipo de trabajo.
6. Tras una muerte perinatal entre el 50% y el 80% de familias vuelve a concebir:
 - a) Verdadero.
 - b) Falso.
7. El duelo abarca un amplio rango de sentimientos y conductas después de una pérdida, cual de las siguientes manifestaciones pertenecen al duelo:
 - a) Pensamientos e imágenes recurrentes.
 - b) Palpitaciones, falta de aire y sequedad en la boca.
 - c) A y b son correctas.

ANEXO V: Cuestionario de satisfacción en la 3º sesión



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Como parte del proyecto, nos gustaría saber si el taller ha cumplido con las expectativas y de la misma manera conocer los puntos débiles.

A continuación, se describen unos ítems a evaluar según el grado de satisfacción. Se debe marcar la casilla con la que se sienta mejor identificado, siendo el 1 poco satisfactorio y el 5 el más satisfactorio.

ACTIVIDAD EDUCATIVA	1	2	3	4	5
Cuanto consideras que los contenidos abordados son útiles para la práctica.					
La dinámica de los talleres ha favorecido la adquisición de los conocimientos.					
La dinámica de los talleres ha favorecido la expresión de sentimientos.					
Los materiales de apoyo han sido útiles.					

En relación con la actividad educativa ¿Quieres comentarnos algo?

PERSONAL DOCENTE	1	2	3	4	5
Cómo evaluarías la claridad y organización de las explicaciones del docente.					
Los docentes han podido resolver y responder las dudas y preguntas del grupo.					
Consideras que los docentes tienen los conocimientos suficientes para abordar el tema.					
Cuanto consideras que los docentes han sido cercanos con el grupo.					
Valoración general de los docentes					

En relación con los docentes ¿Quieres comentarnos algo?

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

ORGANIZACIÓN DE LOS TALLERES	1	2	3	4	5
Valoración de los horarios y duración de los talleres.					
La cantidad de participantes ha sido adecuada.					
Valoración del lugar donde se han realizado los talleres.					

En relación con la organización ¿Quieres comentarnos algo?

VALORACIÓN GENERAL	1	2	3	4	5
Te has sentido cómodo dentro del grupo para poder expresar tus experiencias y sentimientos.					
Te sientes más preparado para poder abordar las situaciones que se presenten.					
Cómo calificarías el taller en su conjunto, incluyendo la enseñanza del docente, los materiales utilizados y la organización general.					
Recomendarías el taller a otros profesionales.					

ANEXO VI: Respuestas correctas del cuestionario de conocimientos de la 1º sesión.

CUESTIONARIO PREVIO A LA 1º SESIÓN

A continuación, debéis responder de manera honesta a las siguientes preguntas tipo test.

Consta de 7 preguntas, con tres opciones a elegir y solo **una respuesta correcta**.

1. Cuál de las siguientes afirmaciones consideras que es la correcta acerca de la muerte perinatal:
 - d) La muerte perinatal es aquella que se produce en cualquier periodo del embarazo.
 - e) La muerte perinatal abarca la muerte fetal y la muerte neonatal.**
 - f) La muerte perinatal es aquella que se produce después del nacimiento del bebé.
2. En la muerte perinatal interviene la interacción de factores presentes en el desarrollo del embarazo, relacionado con el nivel de vida, el acceso educativo o la eficiencia de los servicios de salud. Cuál de los siguientes crees que no es un factor de riesgo en la muerte perinatal:
 - d) El sexo masculino es superior en mortalidad perinatal que el sexo femenino.
 - e) La tasa de mortalidad perinatal aumenta cuando aumenta la paridad.**
 - f) El estado civil no es un factor de riesgo.
3. Tras una pérdida, se desencadena una respuesta natural conocida como duelo. En relación con el duelo que afirmación consideras que es falsa:
 - d) La experiencia puede ser más o menos dolorosa según la edad del hijo perdido.**
 - e) Conocer los detalles vinculados a la muerte de su ser querido ayuda a aceptar la realidad de la pérdida.
 - f) Participar en grupos de apoyo permite al doliente entender que no está solo en su dolor.
4. Como profesional sanitario, cuál de las siguientes afirmaciones crees que es la más apropiada para tratar a familias que han sufrido una muerte perinatal:
 - d) Hacerles referencia que podrán tener otro hijo.
 - e) No intentar encontrar algo positivo a la pérdida.**
 - f) Decirles que entiendes su dolor.

CUESTIONARIO PREVIO A LA 1º SESIÓN

5. La pérdida perinatal no solo ejerce un gran impacto en las familias, sino también en los profesionales de salud, por lo que es necesario que los profesionales de salud se cuiden para poder ofrecer una atención adecuada. Cuál de las siguientes respuestas crees que no es una manera de cuidarse:

- d) Reconocer el trabajo realizado por cada uno. Es importante ayudarse, animarse y apoyarse entre compañeros.
- e) Es importante que aquellos profesionales que la atención les suponga un problema personal deban estar exentos de ofrecer la atención.
- f) No es necesario expresar los sentimientos dentro del equipo de trabajo.**

6. Tras una muerte perinatal entre el 50% y el 80% de familias vuelve a concebir:

- c) Verdadero.**
- d) Falso.

7. El duelo abarca un amplio rango de sentimientos y conductas después de una pérdida, cuál de las siguientes manifestaciones pertenecen al duelo:

- d) Pensamientos e imágenes recurrentes.
- e) Palpitaciones, falta de aire y sequedad en la boca.
- f) A y b son correctas.**

ANEXO VII: Cuestionario de evaluación entre docentes.



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN ENTRE DOCENTES

DOCENTES	1	2	3	4	5
Capacidad del docente para transmitir conceptos de manera clara y comprensible.					
El tono de voz y la vocalización ha sido adecuado.					
Relación del docente con los participantes.					
El docente demuestra dominio del contenido y utiliza estrategias efectivas de enseñanza.					
El docente adapta su enseñanza según las necesidades y estilos de aprendizaje de los participantes.					
Las dinámicas de grupo estaban bien dirigidas.					
El docente ha sabido de responder y resolver las dudas y preguntas de los participantes.					

Observaciones: