



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Proyecto educativo, manejo de la muerte  
perinatal por parte de enfermería.***

Alumna: Lucila Corinne García Delgado

Directora: María Urtasun Lanza

**Madrid, 29 de abril del 2022**

# Contenido

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Presentación .....	5
2. Estado de la cuestión: .....	6
2.1 Fundamentación.....	6
2.1.1 Causas de la muerte perinatal .....	6
2.1.2 Impacto de la muerte perinatal en las distintas esferas.....	7
2.1.3 Tipos de duelo .....	11
2.1.4 Duelo anticipado.....	12
2.1.5 Actuaciones a lo largo de la historia en la muerte perinatal .....	12
2.1.6 Impacto emocional en los profesionales sanitarios .....	13
2.2 Justificación:.....	18
3. Población y captación.....	20
3.1 Población diana .....	20
3.2 Captación .....	20
4. Objetivos .....	21
5. Contenidos .....	21
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	22
7. Evaluación.....	26
7.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	26
7.3 Evaluación de resultados.....	27
8. Bibliografía .....	28
Anexo .....	31

## Resumen

**Introducción:** la muerte perinatal se define como la muerte producida entre la semana 22 de gestación o 500 gramos de peso hasta los siete días después del nacimiento. La muerte de un hijo es una de las experiencias más traumáticas y dolorosas que unos padres pueden sufrir. El duelo tiene un impacto en los aspectos biológicos, sociales, espirituales o incluso económicos. Los padres viven una gran variedad de síntomas. Hay síntomas físicos como la pérdida de peso, insomnio etc y psicológicos como depresión, ansiedad, etc La muerte perinatal no está debidamente reconocida a nivel social y además se infravalora el dolor. A la vez, se trata de un tema difícil para abordar por parte de los profesionales de la salud. Éstos siempre intentan dar los mejores cuidados, pero no siempre disponen del conocimiento necesario para hacerlo, faltan guías de actuación y a veces sintiéndose desbordados a nivel emocional.

**Objetivos:** este trabajo persigue llevar a cabo un proyecto educativo donde el objetivo educativo sea que los profesionales sanitarios adquieran las competencias, conocimientos y actitudes necesarias para mejorar los cuidados que precisan las familias que han sufrido una muerte perinatal.

**Metodología:** a través de tres sesiones educativas de una hora cada una, las enfermeras podrán expresarse y aprender sobre la muerte perinatal.

**Conclusión:** Las enfermeras poseerán un mejor manejo a nivel social y psicológico de las necesidades de las familias que han sufrido una muerte perinatal.

**Palabras clave:** “muerte perinatal”, “atención de enfermería”, “duelo”, “educación continua en enfermería” y “enfermera matrona”.

## **Abstract**

**Introduction:** stillbirth is described as the death that happens between the 22<sup>nd</sup> weeks of pregnancy or 500 grams up to seven days after birth. The death of a child is one of the most traumatic and painful experience a parent can go through. Grieving has an important impact in, social, spiritual, biological, psychological or even economic aspects. Parents undergo a range of different kind of symptoms. There are physical symptoms like insomnia, weight loss, ... and psychological ones as depression, anxiety, decrease quality of live... Grieving the death of unborn child is not fully recognized and socially is underestimated the pain. Also, it is a difficult topic to manage for the health professionals. They try to bring the best care but sometimes they do not have the knowledge to do it, they do not have protocols or they can be very emotional in order to work right.

**Objective:** this final project is about an educative project with a final goal that allows heath care professionals get the labilities, knowledge and attitude needed in order to take care of the families that had experienced a perinatal death.

**Methods:** though two educative session of one hour each, nurses could express and learn more about stillbirth.

**Results:** nurses would develop a better understanding of social and psychological family's needs that suffered a perinatal grief.

**Key words:** "perinatal death", "care providers", "grief", "Education" and "nurse midwives".

# 1. Presentación

Las motivaciones que me han llevado a tratar este tema como proyecto de fin de grado son diversas.

Primero me parece que es un tema que nunca deja de estar de actualidad. De vez en cuando, aparece en las noticias algún famoso que comunica que ha perdido un hijo que esperaba tener. Todos en algún momento hemos cantado la canción de “Tenía tanto que darte” de Nena Daconte. Esta canción nació como terapia para superar el fallecimiento del hijo de la cantante y su modo de sobre llevar el duelo. Este tipo de pérdidas se han dado en figuras conocidas a lo largo de los años, desde Frida Kahlo que confesó haber sufrido varios abortos espontáneos a lo largo de su vida, Chrissy Teigen tras una hemorragia placentaria hasta el creador de Facebook que confesó como imaginaba que sería su futuro, los planes que haría para que la final tuviese una experiencia solitaria.

Sin ir tan lejos como la vida de un famoso, si escuchamos a nuestros conocidos podremos percatarnos de que este fenómeno es más común de lo que nos damos cuenta. Uno de los problemas es este, es que se trata de una muerte que no está valorada ni es socialmente aceptada. Al ocurrir en parejas jóvenes se las intenta consolar con comentarios vacíos del tipo “eres joven ya tendrás más hijos” o “apenas estabas de unas semanas / meses”. Este tipo de comentarios destrozan a las personas que esperan ilusionadas a conocer a su hijo y que al final esto no ocurre. Porque no haya nacido no lo hace menos doloroso.

Habiendo hablado escasamente del tema y viendo el impacto que tiene a nivel familiar y personal, de este tema me sorprendió muchísimo que apenas se hablase en clase. Durante las asignaturas de cuidados de enfermería en la mujer y cuidados de enfermería en la infancia y adolescencia apenas se mencionó el tema y lo poco que se hizo fue superficialmente. Es cierto que es un tipo de fallecimientos que, gracias a los avances socio-sanitarios, no es muy común en España y ha ido disminuyendo a lo largo de los años, pero no por ello son menos traumáticos.

La idea que persigue este trabajo es la realización de un proyecto educativo para que los profesionales de la salud, sobre todo enfermeras y matronas tengan las pautas y herramientas necesarias para realizar unos buenos cuidados a estas familias.

## **2. Estado de la cuestión:**

### **2.1 Fundamentación**

En este estado de la cuestión se va hablar de la muerte perinatal en su impacto tanto a nivel de los padres, cómo les afecta a nivel emocional, familiar, económico etc como para los sanitarios que reclaman más formación, medios, protocolos a nivel asistencial etc. Para ellos se hará además una revisión de los tipos de duelo que viven estas familias y el modo en el que se ha tratado la muerte perinatal a lo largo de la historia.

Esta revisión se ha realizado a través de distintas bases de datos: Pubmed, Elsevier, Aapublications, Asociación Española de Comunicación Sanitaria, Dialnet así como a través de Google. Los idiomas utilizados para las búsquedas de artículos fueron tanto el inglés como el español. Algunas de los términos DeSC y MeSC que se usaron para la búsqueda fueron: muerte perinatal, atención de enfermería, duelo, educación continua en enfermería y enfermera matrona. Estos términos se buscaron a través de los operadores booleanos *and* y *or*.

Lo primero sería definir que es la muerte perinatal. Se trata de un término que es ampliamente definido y en función de la fuente en la que miremos, encontraremos distintos matices. La definición que utilizaremos será la que lo define como la muerte que se da entre la semana veintidós de gestación o 500 gramos de peso hasta los siete días tras el parto (1). En cambio, en otros países este periodo de tiempo varía, ya sea en algunos países dentro de la propia Unión Europea como en países que se encuentran en vías de desarrollo donde no se llegan a registrar cuando esto ocurre (1).

#### **2.1.1 Causas de la muerte perinatal**

Los datos que muestra el Instituto Nacional de Estadística de nuestro país arrojan un descenso de las muertes perinatales a lo largo de los últimos 35 años (2). Gracias a los avances sociosanitarios se ha conseguido ir disminuyendo esta cifra a lo largo de los años, los avances en medicina, en imagen, las pruebas cada vez más sensibles, los tratamientos precoces etc consiguen que la supervivencia del bebé sea mayor. Esta mayor supervivencia, se trata de un fuerte indicador de salud pública (3). A pesar de ello, no se conocen todos los factores que llevan a que un embarazo no llegue a término o que no viva el bebé. Estos factores desconocidos suelen rondar el 25-35% pero si se saben algunos porcentajes de por

qué se producen estas pérdidas: entre un 25-40% de las veces se debe a causas fetales, otro 5-10% a causas maternas, un 25-35% a causas placentarias (4,5). Según en el trimestre en el que se encuentre la madre se pueden destacar, en el primero las causas genéticas, en el segundo las infecciosas y en el tercero las umbilicales (5). El duelo perinatal abarca no solo las muertes producidas durante el periodo perinatal, sino también los abortos, partos de fetos inmaduros o reacciones a tener un hijo con anomalías congénitas incompatibles con la vida (5). Además, otros factores a tener en cuenta son (4,6):

- Edad avanzada de la madre, a partir de los 35 años.
- Edad muy joven.
- Obesidad.
- La raza negra.
- Consumo de tóxicos como alcohol y tabaco durante el embarazo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes tipo II.
- Múltiples partos.
- Haber tenido con anterioridad otra muerte perinatal.

### **2.1.2 Impacto de la muerte perinatal en las distintas esferas**

El duelo es una respuesta normal y sana ante la pérdida de un ser querido, necesario para asimilar los sentimientos y los cambios producidos por la muerte. Este proceso es único en este tipo de fallecimientos debido a que tenemos como única asociación que el embarazo de lugar al parto y, por tanto, a un nacimiento y en ningún momento se contempla que pueda ocurrir una tragedia. La muerte perinatal tiene un gran impacto emocional en la persona. Por lo que, la muerte de un hijo se vive como un fracaso que despierta sentimientos de culpabilidad hacia uno mismo y los demás, añadiéndole a esto la pérdida de sueños, futuro, identidades o roles, esperanzas puestas y los proyectos que se habían hecho para el futuro (5,7). Todo ello complica el entender y manejar de forma natural la muerte debido a que lo que sucede se vive como algo injusto, ilógico y demasiado alejado de lo previsible (3). El duelo perinatal tiene un impacto a diversos niveles:

- Afectación psicológica: es muy común que los padres desarrollen síntomas psicológicos. Muchos en un primer momento no son conscientes del impacto de la noticia, es tan inesperada que no se llega a procesar en el momento (1).

Es muy común desarrollar síntomas de depresión, ansiedad y en los casos graves estrés posttraumático e ideación suicida (6,8,9). Otros síntomas que puede experimentar son: el aturdimiento, shock, inestabilidad o dificultad para funcionar, todo ello seguido de un choque de emociones, de irritabilidad, de búsqueda de un bebé que ya no existe, ilusiones de oír o sentir al bebé, etc. Todo ello lleva a una rotura de la vida cotidiana, una sensación de vacío y desamparo (4,5). Esta culpa que sienten las mujeres, principalmente, hacia sí mismas se ve reforzada por los pensamientos de que han sido traicionadas por su propio cuerpo ya que no han podido acabar la gestación o dar a luz y se produce la rabia de sustituir un momento alegre por uno completamente traumático (9,10). No es raro que este tipo de duelos se vuelvan patológicos cuando no ha ocurrido una adaptación a la situación que ha llevado a una desorganización de la vida de la persona que se muestra con signos como nerviosismo, irritabilidad, agresividad, depresión, incluso un 25% de las parejas acaban con sintomatología grave de depresión y ansiedad (4). Algunas personas declararon que se sentían solas o buscaron la soledad para realizar una introspección de lo ocurrido, afrontar como iba a ser su vida y poder sanar (1).

- Afectación biológica: tanto madres como padres sufrieron una serie de consecuencias físicas debido al gran daño sufrido. Algunas de las consecuencias a nivel de grupo fueron: pérdida del apetito tanto en cantidades como en número de comidas, lo que ocasionó una disminución considerable del peso, el insomnio y/o el consumo de fármacos (ansiolíticos, tranquilizantes o antidepresivos) y tabaco (1).
- Diferenciación por géneros: la muerte de un hijo no se vive igual siendo la madre que el padre. Por un lado, los padres se ven forzados a mantener el rol de hombre fuerte que no se deja llevar por sus sentimientos y que no sucumbe al dolor. Son vistos como menos sensibles y que no muestren sus sentimientos en público. Se ven forzados a cuidar a los hijos y ser el encargado de cuidar a la mujer, son los que llevan el peso familiar. Muchas veces son los hombres los que se ven forzados a tener la responsabilidad de informar al resto de la familia, amigos, realizar los trámites burocráticos, el entierro... (3). Sin ir más lejos de la realidad, los hombres también sufren la muerte de su hijo y se acaban revelando contra el estereotipo de hombre insensible (8). Por otro lado, las mujeres se centran en volver al trabajo (una rutina, algo seguro), dejar de



trabajar un tiempo o volcarse en los otros hijos si es que tiene la pareja (11). Así mismo, las madres experimentan menos diagnósticos de síndrome de estrés postraumático respecto a los padres (11).

- Afectación a nivel de pareja: es cierto que los hombres y las mujeres pueden expresar y llevar el duelo de una manera diferente. Las parejas que vivieron la muerte de su bebé tuvieron dos finales, por un lado, algunas salieron con un vínculo más fuerte y otras al revés. En los primeros meses, la tensión, el dolor y la ansiedad hacen que las parejas discutan mucho más y los desencuentros sean constantes (1). Un aspecto que cambió en la vida de pareja fueron las relaciones sexuales que disminuyeron debido al duelo, al miedo de volver a quedarse embarazados y pasar de nuevo por lo mismo pero que con el paso del tiempo fueron mejorando (1). Las parejas que se fortalecieron fueron aquellas que vivieron la experiencia juntas como un equipo. Por otro lado, aquellas parejas que sentían una falta de compañerismo, el no entender que el otro tenía su modo de vivir el duelo o no tenían una buena comunicación acabaron separándose (12).
- Afectación en los hermanos: para los hermanos el impacto de la muerte está ligado a la etapa del desarrollo en la que se encuentren. Normalmente se tratan de niños muy pequeños que no comprenden el concepto de la irreversibilidad de la muerte por lo que no entienden que no llegue su hermanito con el que esperaban jugar (13). Además, llevados por el egocentrismo infantil, pueden creerse los causantes de la muerte de su hermano debido a que si han sentido envidia o se han sentido desplazados en algún momento (3). Por otro lado, el comportamiento de los padres cambia hacia el modo en el que tratan a sus hijos. Puede haber dos vertientes. La primera es que los padres se ven desbordados por la muerte del bebé que no prestan atención a los hijos ya nacidos, pasando estos a un segundo plano, convirtiéndose en padres negligentes o los padres se alejan emocionalmente de los hijos por si muriesen no sufrir tanto o por el contrario, los padres se vuelven sobreprotectores temiendo que les pueda pasar algo (8,13). Los padres tienden a omitir información y no enfrentarse a la realidad de contarle a los hijos lo que realmente está ocurriendo. Se evita hablar del tema para no crear más sufrimiento y protegerlos de sus sentimientos. Algunos padres no tratan el tema porque piensan que los hijos son demasiado pequeños para entender y que es una conversación que ya tendrán cuando crezcan. Es recomendable hablarles

de manera que puedan entender la realidad y hacerles partícipes del proceso ya que ellos están viviendo a su modo la muerte del hermano. No es raro que los niños experimenten ansiedad, lloren o tengan miedo al no entender que su hermano no llega.

- Afectación en la familia extensa: la familia que esperaba un nuevo miembro también se ve afectada. Los padres suelen recibir las condolencias y el apoyo de la familia. Si alguna de las abuelas tuvo una pérdida perinatal pueden volver a experimentar el dolor que sintieron en su momento a través de sus hijos (8).
- Afectación social: se dice que este tipo de duelos son “duelos desautorizados” debido a que no se reconocen públicamente, no son socialmente expresados y se infravaloran independientemente de la semana de gestación en la que se produzca el fallecimiento (4,9). Cuando se produce este acontecimiento el entorno se vuelve hacia la pareja, aparece un silencio hacia estos debido a que no se sabe el motivo de la muerte y a la vez generan una gran culpabilidad (10). La urgencia con la que se presiona a los padres para que se recuperen del duelo debido a la cultura de la muerte de nuestros días, la falta de reconocimiento, el estrés, pueden generar sentimientos de vergüenza por no superar la situación rápidamente (3). A esta afectación hay que añadirle la creencia que la sociedad tiene de que la pérdida de un hijo durante el embarazo o después del parto es menos difícil de sobrellevar comparada con la muerte de un hijo más mayor. (9)
- Afectación laboral: a este nivel se vio una disminución del rendimiento laboral que en algunos casos llegó al despido. Todo ello complicó aún más los síntomas y las vivencias que estaban ya sufriendo (1).
- Miedo a nuevos embarazos: Un nuevo embarazo puede suponer todo un reto para las parejas. Los embarazos suelen despertar alegría, ilusión, proyectos y esperanzas, pero en estos casos los sentimientos de miedo, estrés, ansiedad y la posibilidad de volver a perder el embarazo son algunas de las reacciones. Esto lleva a las parejas a que ante el menor miedo acudan más veces de las normales a urgencias, continuos controles del embarazo, incluso medicación. Además, es normal que las parejas quieran que las lleven matronas y enfermeras que estuvieron presente en su antiguo embarazo ya que conocen su historia y se sienten más acompañadas (14). Por otro lado, hay parejas que el dolor de la pérdida fue tan grande que no buscan tener otro hijo o aunque lo quisiesen tener el miedo a pasar por la muerte de otro hijo de nuevo no les lleva

a intentarlo (8).

- Religión y espiritualidad: la realización de actividades religiosas orientadas hacia uno mismo, los demás, el entorno, la religión o Dios ayudaron al crecimiento personal y a la disminución de síntomas de depresión y del duelo, pero no del estrés postraumático (11). Las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido pueden ver como sus creencias religiosas y filosóficas se ven alteradas, junto con el modo de ver el mundo. Las personas que son incapaces de adaptarse a la pérdida tienen riesgo de desarrollar un duelo patológico. Sin embargo, las personas que asumen su nueva vida, remodelando su imagen y la del mundo que les rodea son capaces de superar antes la pérdida y continuar viviendo de un modo más sano (1). Es imprescindible para los profesionales de la salud conocer los distintos ritos culturales relacionados con el luto para tratar con el mayor respeto posible a los padres (5).

Por otro lado, nos encontramos que es un duelo múltiple en el que se pierde (5):

- Un proyecto futuro con un hijo que no va a llegar, se trata de una pérdida simbólica y no tanto "real". Un futuro esperado, los proyectos que se iban a hacer en conjunto que no se van a poder realizar.
- La plenitud de la pareja, la visión de formar una familia, los deseos e intenciones que no van a poder ocurrir.
- Pérdida de la posibilidad de no poder volver a formar una familia, ya sea por el trauma de la pérdida de un hijo, por problemas de fertilidad, por la edad de los progenitores, etc.

### **2.1.3 Tipos de duelo**

Hay que hacer una distinción entre duelo, el duelo patológico y el anticipado para entender la gravedad a la que se enfrentan los padres que han perdido a su hijo. Primero, tenemos el duelo que se describe como el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto tras la muerte de un ser querido, se caracteriza por la aparición de emociones, pensamientos y conductas causados por dicha pérdida (15). Suele durar de seis meses a un año, tiempo en el que están presentes los síntomas y no se habla de recuperación hasta que la persona puede hablar de su pérdida con un dolor tolerable (16). Segundo, tenemos el duelo patológico que se describe como, un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, donde la experiencia del sufrimiento que acompaña al

luto no sigue las expectativas y se manifiesta en un deterioro funcional de la persona. Tiene distintas presentaciones desde la no aparición de este hasta un duelo muy intenso y duradero pudiendo aparecer sintomatología psicótica (16). Tercero, tenemos el duelo anticipado que se describe como la reacción adelantada a una pérdida que se percibe de manera inevitable. Se trata un proceso con una base normal en el que se está anticipando la muerte y este proceso finaliza cuando se produce la muerte (16).

#### **2.1.4 Duelo anticipado**

En algunos casos ocurre lo que se llama el duelo anticipado que es el que comienza antes de que se produzca la muerte. Este tipo de duelos se da en el momento que se diagnostica una incompatibilidad con la vida donde el duelo se acompaña de dolor, ansiedad, miedo y otras manifestaciones hasta el momento del fallecimiento del hijo momento en el que se vuelven a intensificar los sentimientos. Por el contrario, los casos donde el bebé muere de manera repentina, lo que sucede es que esto no posibilita un duelo anticipatorio y una despedida con el tiempo necesario para comenzar a entender lo que está ocurriendo. Este tipo de muertes provocan mayores dolores y dificultades emocionales que los casos de duelo anticipado (6,13).

Es cierto que este tipo de pérdidas van cobrando mayor sensibilidad en nuestra sociedad, pero al seguirse minimizando el impacto emocional obliga a los padres a seguir viviéndolo en soledad. Tras recibir la información de la pérdida del hijo ya sea de manera abrupta o con una incompatibilidad con la vida. Esto lleva a muchas mujeres a querer que se las practique un aborto, legrado o parto cuanto antes porque la idea de llevar a su hijo muerto se hace insostenible. En cambio, otras mujeres buscarán tener tiempo para hacerse a la idea de lo ocurrido y poderse despedir del bebé sin prisas y de una manera especial. En otros casos, el riesgo vital del neonato y la incertidumbre sobre su viabilidad obliga a los padres a tener que tomar muchas decisiones sobre intervenciones bajo la presión de que no hay suficiente tiempo y buscan agotar todas las propuestas terapéuticas para evitar el trágico final (3).

#### **2.1.5 Actuaciones a lo largo de la historia en la muerte perinatal**

Históricamente durante muchos años la actuación de los profesionales de enfermería fue sedar a la madre durante el parto y retirar el bebé del paritorio lo antes posible para que no lo viesen ninguno de los progenitores. Esta técnica se llamaba *Blindspot* (1). Con esto creían

evitar o reducir el dolor de la madre ya que se eliminaría la existencia y cualquier tipo de apego con el bebé (1,7). Se buscaba que la madre no fuese capaz de recordar lo sucedido y se la animaba a volverse a quedar embarazada cuanto antes (1). Por su puesto, esta no era la mejor manera ni la más humana de actuar, siendo el profesional sanitario quien elige unilateralmente qué quiere hacer la familia mediante una actuación paternalista. Ya a partir de los años 60, la muerte perinatal y neonatal fue adquiriendo mayor importancia científica cuando Kennell, Slyter y Klaus determinaron que había 6 tipos de respuesta al duelo tras la pérdida de un hijo: tristeza, disminución del apetito, preocupación, incapacidad para dormir, irritabilidad e incapacidad para realizar actividades cotidianas (1,7). A partir de estas investigaciones se propusieron nuevas variables que podían influir en el duelo: la edad de los progenitores, la edad del niño, el vínculo con sus padres o si había habido pérdidas previas (1). En los años ochenta, al ver que no se cubrían las necesidades específicas de los padres Kirkley-Best y Kellner, comenzaron a recomendar a los padres que vieran y sostuvieran en brazos al bebé y el desarrollo de grupos de apoyo para este tipo de padres (7). Otros autores en los años posteriores investigaron distintos aspectos como: la autoculpabilidad (las madres se reprochaban haber fumado, haber tenido una caída, haber mantenido relaciones sexuales...), los sentimientos de rabia que aparecen al no haber podido tener un bebé y otras mujeres sí y el recuerdo del fallecimiento cuando llegaban ciertas fechas señaladas (7). En los últimos estudios lo que se ve es que se le da importancia al reconocimiento social que debe de tener el bebé fallecido, dándole la categoría que se merece (7). Ya sobre los 2004 en estudios realizados por Toledo descubrió que la gran mayoría de padres deseaban ver y acariciar a su hijo, tan solo una minoría lo consideraba desagradable si se trataba de embrión o el feto muy poco desarrollado o había alguna malformación muy llamativa (7). Muchos padres se ven beneficiados en cuanto a un desarrollo de un duelo más sano cuando se producía un acercamiento con su hijo o algunos objetos relacionado con este, pero esto no era elegido por todos los padres por lo que nunca se debe delimitar ni presuponer lo que los padres van a desear realizar (7). En la actualidad nos encontramos con programas de duelo de apoyo a los padres que ofrecen realizar distintos ritos como el bautizo, cortar un mechón de cabello realizar fotografías, tomar huellas de los pies y muchos otros (4,9,10,13,19).

### **2.1.6 Impacto emocional en los profesionales sanitarios**

La gran mayoría de estudios indican la falta de preparación que tienen los profesionales de la salud con respecto a la muerte. Se les enseña a cuidar y aliviar el dolor, pero en el momento del fallecimiento de una muerte perinatal, los profesionales se sienten impotentes, frustrados, tristes y negando la vivencia. Los sanitarios deben atender las

necesidades tanto físicas como psicológicas, emocionales y espirituales de la familia llevando a cabo un plan de cuidados que les ayude a comprender y enfrentarse al duelo (17).

Esta reconocido a nivel mundial que la pérdida gestacional es tratada como una de las áreas más desatendida en el sistema sanitario de todos los países y que la atención brindada no siempre está bien valorada (10). Muchos de estos profesionales hacen grandes esfuerzos para proporcionar la mejor atención a las familias asumiendo el coste psicológico y somático que supone tratar con familias que han perdido así a su hijo. Algunos de los sentimientos que experimentan los profesionales sanitarios que atienden a estas situaciones son: tristeza, dolor, indiferencia, empatía, compasión, indefensión e impotencia tanto por lo que genera la situación como el sentimiento de fracaso de no haber podido sacar adelante al bebé (3-5,17).

En la actualidad se están llevando a cabo distintas estrategias para mejorar la atención a estas familias, pero encontramos que la mayoría de hospitales y centros de salud no poseen protocolos específicos o directrices para ayudar a los sanitarios a cuidar de las familias durante este proceso (10). Esto supone para los profesionales una mayor dificultad a la hora de tratar la muerte perinatal cuando no hay protocolos específicos en el hospital para ofrecer la mejor asistencia (9).

Aunque a nivel global haya una necesidad de mejorar el abordaje de este tema, nos encontramos con asociaciones que ayudan a los padres en países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda que poseen guías específicas y Francia que directamente tiene leyes específicas (9).

En Inglaterra tienen una guía a nivel estatal donde se analizan los pasos que deben de seguir los sanitarios en esta situación. Tras la muerte del bebé se entra en la fase de tomar decisiones, como ayudar a la familia, registrar la muerte, si la muerte requiere ser investigada...Después viene la fase de investigación y recapitulación de información donde muchas veces se realiza una autopsia al bebé. A continuación, viene la fase de reunión de revisión de la muerte del niño donde se discute con los profesionales involucrados en la situación lo ocurrido. Se continua con una revisión de la muerte con *Child death overview panel (CDOP)*. Esta organización se encarga por un lado de ayudar en el duelo a las familias afectadas y dar apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que han atendido a dicha familia y por el otro, revisa el caso para comprobar si se han cometido errores y evitarlos en el futuro. Por último, se hace acompañamiento a la familia durante todo el proceso (18).

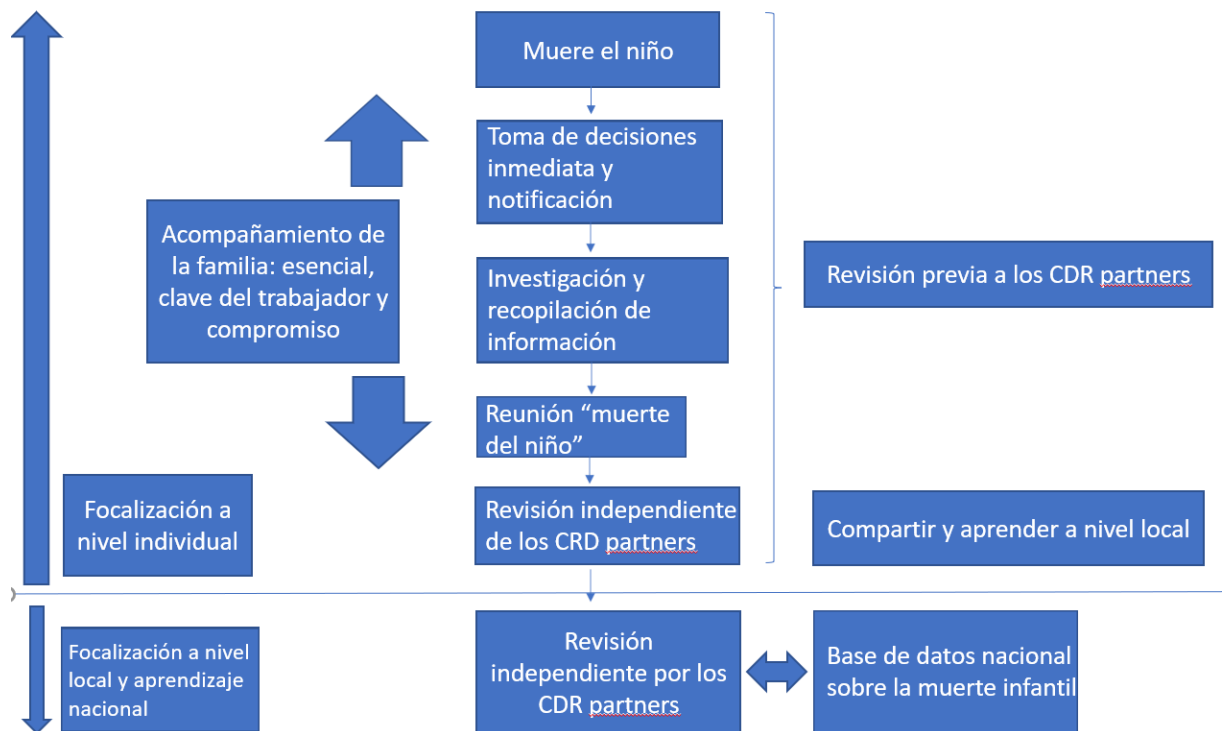


Figura 1: Elaboración propia a basado en la Ilustración del proceso completo de la muerte de un niño. Fuente: Child Death Review Statuary and Operational Guidance del NHS England (Inglaterra).

Algunos de los resultados que se han visto respecto a la actitud ante la muerte perinatal de los sanitarios son que la mayoría de estos tienen una actitud positiva hacia la atención del duelo. Entorno al 76,8% sienten que no fracasan al atender a este tipo de familias (19). Solamente un 39,9% tenían algo de formación respecto al duelo, al contrario del 89,8% que expresaban necesitar más conocimientos sobre el tema, sobre todo haciendo hincapié en tener más habilidades y herramientas para apoyar a los padres (5,19). La falta de formación específica genera una barrera de comunicación entre la familia y el equipo sanitario (4,10,17). Otras veces, ocurre lo contrario y es que los profesionales se identifican masivamente con los padres y no pueden conseguir una distancia adecuada que les permita cuidarlos adecuadamente (3). El modo en el que los profesionales sanitarios afrontan la situación y se comunican hace que la familia se sienta más acogida y puedan afrontar de manera más positiva el duelo o por el contrario, sentirse abandonada y los efectos negativos se mantendrán a lo largo del tiempo o incluso toda la vida (4,9). Un 88% afirma que buscaría grupos de apoyo o compañeros cuando sintiese que la presión es muy alta (5). Por lo tanto, los sanitarios piden entrenamiento en habilidades y herramientas, grupos de apoyo, debriefing (contar lo vivido y sentido en grupo entre todos los sanitarios que han participado) y apoyo por parte de las

instituciones para evitar que puedan desarrollar problemas psicológicos a raíz de realizar su trabajo (4,9).

Los profesionales sanitarios han visto que los padres experimentan un aumento de la rabia e insatisfacción en estas situaciones pero cuyos niveles disminuyen considerablemente cuando reciben algún tipo de seguimiento tras la pérdida. Como la pérdida influye en el desarrollo de la vida normal, los cuidados deben ir dirigidos a ayudar a afrontar el duelo y a resolver las dudas que vayan apareciendo sobre el tema (5). El 30% de las mujeres les hubiese gustado discutir las causas de la pérdida de su embarazo y hasta el 90% no recibieron un seguimiento para resolver dudas (6).

Muchas veces los profesionales de la salud no tienen la formación necesaria en el tema e intentan consolar a los padres con comentarios como “sois jóvenes ya tendréis más hijos, al menos ya tenéis otros hijos, los objetos que habéis comprado pueden valer para un futuro hijo, hubiese sido peor si esto hubiese ocurrido cuando el bebé es más mayor” etc. Muchos de estos comentarios se hacen con la intención de ayudar a consolar a la familia, pero nada más lejos de la realidad, suelen crear más dolor (6,20).

Se ha visto una correlación entre el apoyo por parte de los sanitarios y la disminución en niveles de ansiedad y depresión en madres. La información entre los profesionales y la familia condiciona las decisiones que ésta va a ir tomando a lo largo de todo el proceso, va a marcar el tipo de relación que se van a tener y si es clara la información, adaptada al entendimiento y a la cultura de la familia va a impedir que se desarrolle un duelo patológico. Por lo tanto, la información debe adaptarse a cada momento, a las características socioculturales y a los principios, valores y creencias religiosas de la familia. La evidencia científica ha visto que es la adaptación de la información la que mejora los resultados psicosociales del proceso (10). Por lo tanto, la información debe de ser clara, concisa y sensible, donde los profesionales respondan a las preguntas y dudas que la familia pueda hacer siempre con escucha activa (4).

Todo esto conlleva que el personal sanitario deba conocer las diferentes etapas del duelo, tener habilidades interpersonales e identificar situaciones de riesgo, todo ello mediante la escucha activa de los pacientes de sus temores, quejas, dudas y preguntas siempre respetando su autonomía (17). Los niveles de mayor satisfacción con respecto a la atención recibida por parte de las familias nacían del apoyo del equipo multidisciplinar que los atiende, la flexibilidad en su atención, poder abordar las necesidades, actitud empática y de respeto,



respetando las creencias individuales, la escucha activa, dando información por escrito y la creación de recuerdos (4,6,19,20). Una cosa que piden muchas veces la familia es tener un ambiente tranquilo y alejado de otros bebés. Son las propias enfermeras las que trasladan a las madres a otras unidades o las colocan en habitaciones individuales para que no estén en contacto con otros bebés ya que consideran que es mejor para la familia, aunque esto no aparezca recogido en ningún protocolo de la unidad de maternidad (5,6,19). La intimidad la agradecen tanto la familia como el profesional para atenderles, comunicarse con los dos padres a la vez, asegurarse de que ambos están escuchando y entendiendo la información (3,13).

Algunos de los recursos utilizados por los profesionales sanitarios para ayudar con el duelo a las familias son la creación de recuerdos, este tipo de actuaciones permiten darle identidad al bebé cuyo objetivo es reducir el impacto emocional de la pérdida y tener un duelo sano. Algunos de estos recursos son (4,9,10,13,19):

- Coger, ver, acariciar etc al bebé, el tiempo que la familia considere y necesite procurando dar la intimidad que necesiten.
- Realizar fotografías del bebé, de los padres con el bebé... ya sea por parte de un profesional como un miembro de la familia y se realizan después de haberle dado intimidad a la familia y nunca en el momento de sentimientos más intensos.
- Coger un mechón de pelo.
- Tomar una huella del pie.
- Ponerle nombre al recién nacido.
- Parto vaginal, ayudan más a la madre a asimilar la muerte del bebe, a despedirse de un modo más sereno y a tener una mejor recuperación física (4).
- Grupos de apoyo para padres que les ayudan a reincorporarse a la sociedad en un espacio donde pueden expresarse, son aceptados y todos los miembros comparten un mismo suceso.
- Terapia psicológica, terapia cognitivo conductual, interpersonal o terapia de pareja son beneficiosas para ayudar a los padres a adaptarse a su nueva situación (6).

Esto implica que los protocolos que se tienen que crear tienen que estar basados en la evidencia científica. Creados por profesionales sanitarios y provistos por los hospitales. Estos protocolos tienen que ir orientados a crear recuerdos ya que se está comenzando a ver

los beneficios que tiene y por tanto los profesionales de enfermería deben animar en lo posible a las familias a conocer y despedirse del bebé explicando previamente como será la apariencia del bebé (9).

Para resumir, el personal de enfermería se encuentra sensibilizado con el tema. Los profesionales buscan disponer de más recursos tanto humanos, organizativos como asistenciales para ayudar a las familias. Sin olvidarse de una formación complementaria del tema. Otra cosa que se demanda es la creación de unas guías de actuación que ayuden al profesional a saber cómo acompañar a los padres, dar soporte emocional, favorecer el trabajo en equipo multidisciplinar... apoyo psicológico y una buena infraestructura para los profesionales del área materno-infantil relacionada con este tema. Todo esto se debe a que hay una demanda real por parte de sanitarios y población respecto a la mejora de la asistencia respecto a este tema (3-5,10,19). Para conseguir una mejor calidad asistencial es necesario que el mismo equipo que atendió la pérdida realice el seguimiento (4,19). Se destaca el papel de la matrona como referente en este tema debido a su trabajo a lo largo de todo el embarazo, parto y puerperio (10) o de los equipos de enfermeras de atención primaria y comunitaria (4).

En conclusión, los puntos a priorizar para trabajar mejor este tema son el poder dar a los profesionales información especializada en el tema (antes, durante y después del parto) y mayor apoyo por parte de las instituciones (10).

## **2.2 Justificación:**

Como se ha visto a lo largo del estado de la cuestión las enfermeras demandan más cantidad de medios y de materiales para tratar a las familias que han sufrido una muerte perinatal. A pesar de que la prevalencia de este tipo de muerte es baja en nuestro país, el impacto emocional a nivel familiar es muy alto y requiere de conocimientos y herramientas por parte de enfermería para manejar estas situaciones (21).

Las enfermeras que cuidan a estas familias asumen muchas veces un gran impacto emocional a nivel personal. Los profesionales en estas situaciones sienten impotencia, tristeza, empatía, compasión, indefensión, niegan la realidad, etc. Debido a que la formación que se tiene en este tema es muy escasa o nula supone que las enfermeras no puedan dar los mejores cuidados a los pacientes y muchas veces se alejen física y psicológicamente de ellos.

Las enfermeras y las matronas que trabajan en maternidad esperan que los partos que atienden vayan bien y puedan las familias volver a casa con su bebé pero cuando esto no ocurre es necesario que las enfermeras sepan manejar las emociones, las preguntas y el acompañamiento a las familias. Cuanto más acogidas, acompañadas y escuchadas se sientan las familias, más fácil será el comienzo del duelo. Cada familia expresará la muerte de su hijo de una manera diferente, cada familia vive el duelo de una manera distinta, por lo que las enfermeras deben de tener las capacidades necesarias para poder acompañar y ayudar a las familias en las distintas etapas del duelo con distintas expresiones de este.

Por lo tanto, a raíz de todo lo mencionado se propone un proyecto educativo para el personal de enfermería del Hospital Universitario Gregorio Marañón cuyo objetivo será el aumento de las herramientas basadas en el conocimiento que les permita sentirse más capaces a la hora de lidiar con la muerte perinatal.

## 3. Población y captación

### 3.1 Población diana

La población a la que va a ir dirigida este proyecto educativo es a las enfermeras y matronas del Hospital Universitario Gregorio Marañón ya que son las encargadas de prestar cuidados a las mujeres a lo largo de todo su embarazo y las primeras en actuar si ocurriese una muerte perinatal. Este hospital al tratarse de uno de alta complejidad atendió en 2020 4.923 partos, siendo el segundo hospital de la Comunidad de Madrid en atender más partos (22).

En el área de maternidad de este hospital las enfermeras y matronas trabajan tanto en la planta, cuidando a las pacientes ingresadas, como en consultas externas donde pasan consulta cada día sin olvidar las mujeres que acuden a urgencias. Todo ello, hace que varíe el número de mujeres vistas al día.

Por lo tanto, aun siendo la muerte perinatal no muy prevalente en nuestro país y rondando la tasa del 3,5% en la Comunidad de Madrid (23), debido a la gran cantidad de mujeres que atienden, en este hospital se acaba atendiendo un gran número de familias que viven esta tragedia por lo que es necesario que las enfermeras tengan los conocimientos y herramientas más actualizadas para dar los mejores cuidados posibles a las pacientes.

### 3.2 Captación

El lugar de captación será la unidad de maternidad del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Los talleres se realizarán en la propia planta de maternidad en el *office*. Los talleres comenzarán sobre las dos de la tarde, al final del turno de la mañana cuando la carga asistencial ya es menor y para que las enfermeras del turno de tarde y noche puedan asistir contándoles el tiempo de taller como tiempo de trabajo. Como el *office* posee una mesa alargada con sillas alrededor es idóneo para fomentar la participación en el taller contando sin olvidar de que se trata de un lugar tranquilo alejado de las distracciones.

El taller se anunciará a través de carteles (ver **Anexo 1**) que se colgarán en la unidad donde se informará de los días, la duración de los talleres y de los puntos que se trabajarán. Además, la supervisora animará a las enfermeras a que se apunten al taller recordándolo a través de un correo electrónico (ver **Anexo 2**) o hablándolo en distintos momentos de los

turnos.

## 4. Objetivos

El objetivo de salud será mejorar la atención bio-psico-social de las familias que han perdido su bebé en el Hospital Universitario Gregorio Marañón durante los próximos tres años tras impartir la actividad educativa.

Siendo el objetivo educativo la mejora de los conocimientos, habilidades y actitudes de las enfermeras para mejorar los cuidados de las familias que han sufrido una muerte perinatal.

En cuanto a los objetivos de conocimientos tenemos:

Las enfermeras distinguirán las distintas prácticas de creación de recuerdos del recién nacido no vivo al final del proyecto.

- Las enfermeras aprenderán todos los documentos que son necesarios cumplimentar en una muerte perinatal al final del proyecto.

En cuanto a los objetivos de habilidades tenemos:

- Las enfermeras practicarán la escucha activa durante las sesiones del proyecto.
- Las enfermeras fomentarán la toma de decisiones de los padres al final del proyecto.

En cuanto a los objetivos actitudes tenemos:

- Las enfermeras relatarán sus experiencias cuidando de familias que hayan sufrido una muerte perinatal durante las sesiones del proyecto.

## 5. Contenidos

Los contenidos a tratar durante el proyecto educativo serán los siguientes:

- Se enseñarán los distintos tipos de creación de recuerdos como la toma de una huella del pie, sacar fotos, la recogida de un mechón de pelo, la creación de

una caja con pertenencias del bebé como ropa etc para que los padres puedan tener un recuerdo físico de su hijo.

- Se practicará la escucha activa en situación de duelo para mejorar la comunicación con la familia, saber acompañar cuando no se sepa que decir, comprender lo que necesita la familia, aprender a decir las frases que se deben decir y cuáles no.
- Se enseñarán cuales son los documentos y como cumplimentarlos cuando ocurre una muerte perinatal en el hospital y como ayudar a la familia con los trámites de la funeraria.
- Experiencias previas de las enfermeras en cuanto a la muerte perinatal, cómo se sienten al tratar con la familia, los sentimientos y emociones que viven, cómo las manejaron, que sintieron que hicieron bien y que podrían mejorar.
- Trabajar la sensibilidad de la situación, tratando al bebé fallecido como si estuviese vivo. Por ejemplo, llamar al bebé por su nombre, cogerlo con cuidado y colocarlo a los padres como si estuviese vivo, dar asistencia religiosa si así lo quisiese la familia, mantener al bebé con los padres todo el tiempo que sea posible hasta el traslado al velatorio etc
- Atención en el puerperio. Hay algunas medidas que estas mujeres van a compartir con el resto de mujeres que han dado a luz como la administración de gammaglobulina Anti-Rh si fuese necesario o educación sanitaria de autocuidado en el puerperio pero hay medidas que son específicas para la situación de estas mujeres y que deben de ser conocidas por enfermería como la inhibición precoz de la lactancia materna, buscar una habitación individual hasta el alta, dar información sobre grupos de apoyo o buscar factores que favorezcan un duelo patológico.

## **6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

La actividad se impartirá en dos sesiones de una hora en total.

En la primera sesión se buscará darle la importancia que tiene este tipo de vivencias. Por un lado escuchando a las enfermeras hablar de sus experiencias pasadas tratando a pacientes que habían perdido a su bebé, de experiencias propias suyas como madres, cómo habían llevado la situación, las emociones que habían supuesto para ellas, si habían podido ser capaces de estar cerca de la familia o si la situación les había podido etc

Por el otro lado, darlas herramientas para poder acompañar y cuidar de las familias en esos momentos duros, qué frases son deseables para usar, cuáles son los *clichés* que se intentan decir con buena intención pero solo hacen más daño, ayudar a manejar situaciones de angustia, enfado, tristeza et.

Esta sesión finalizaría con el repaso de las actuaciones y los cuidados que se tienen que hacer en el puerperio, haciendo hincapié en las medidas que son diferentes para aquellas mujeres que han sufrido una muerte perinatal.

En la segunda sesión se volvería a refrescar y recoger lo explicado y hablado en la primera sesión, se entraría en la creación de recuerdos trayendo a la planta los distintos materiales para explicar cómo se hacen, se seguiría con el repaso de qué documentos y cómo deben cumplimentarse en estos casos, además de revisar si hay protocolos o actuaciones específicas de estos casos. Por último, se realizará un test para ver los conocimientos adquiridos por las enfermeras que poseerá un apartado para dejar opiniones sobre el curso, mejoras etc (ver **Anexo 3**).

En la tercera sesión se pedirá a las enfermeras que participen en conjunto con la supervisora de la unidad que realicen una pequeña encuesta para pasar a los futuros padres que hayan perdido a su bebé para que valoren el trato recibido por parte de los profesionales de la unidad (ver **Anexo 4**). En esta sesión se realizará un protocolo de actuación para la unidad para poder tratar estas familias.

#### Sesión 1:

Parte	Objetivo	Contenido	Técnica	Tiempo	Recursos	Evaluación
1º	Presentación del proyecto	Breve resumen del contenido que se imparten en ambas sesiones	Expositiva	10 minutos	Presentación en PowerPoint y portátil	Observacional

<b>2º</b>	Experiencias con la muerte perinatal	Las enfermeras hablan de sus experiencias	Investigación en aula	20 minutos	Participantes	Observacional
<b>3º</b>	Mejora de la escucha activa	A través de escenarios poner en práctica la escucha activa y la sensibilidad	Desarrollo de habilidades	20 minutos	Participantes	Observacional
<b>4º</b>	Atención al puerperio	Repaso de las actuaciones en el puerperio	Expositiva	10 minutos	Presentación PowerPoint y portátil	Prueba escrita final

Sesión 2:

<b>Parte</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Técnica</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Evaluación</b>
<b>1º</b>	Refrescar la sesión 1	Repaso de los contenidos dados y dudas	Expositiva y Desarrollo de habilidades	5 minutos	Participantes	Observacional
<b>2º</b>	Técnicas de creación de recuerdos	Ver las distintas técnicas de creación de recuerdos y practicarlas	Investigación en aula	30 minutos	Caja de los recuerdos con contenidos, tinta y moldes de	Prueba escrita final



					pies, mechones de pelo y lazos etc	
<b>3º</b>	Conocimiento de los documentos	Repasar, conocer, saber cumplimentar etc los documentos necesarios en caso de muerte perinatal	Expositiva	15 minutos	Presentación PowerPoint y proyector	Prueba final escrita
<b>4º</b>	Cierre del proyecto	Resolver dudas y realizar la prueba final escrita	Expositiva y prueba escrita	10 minutos	Fotocopias con el test y bolígrafos	Prueba escrita

### Sesión 3:

<b>Parte</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Técnica</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Evaluación</b>
<b>1º</b>	Refrescar conocimientos	Breve resumen del contenido que se imparten en ambas sesiones	Expositiva	10 minutos	Presentación en PowerPoint y portátil	Observacional

2º	Encuesta padres	Las enfermeras realizarán una encuesta de calidad	Investigación en aula	20 minutos	Participantes	Observacional
3º	Protocolo de la unidad	Las enfermeras realizarán un protocolo para la unidad	Investigación en aula	20 minutos	Participantes	Observacional
4º	Cierre del proyecto	Agradecimiento por parte de los organizadores la participación de las enfermeras en el proyecto	Expositiva	10 minutos	Presentación PowerPoint y portátil	Observacional

## 7. Evaluación

### 7.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Para poder evaluar esta parte será necesario evaluar la captación en cuanto a asistentes que acuden al taller y si el programa ha sido adecuado.

En cuanto al número de asistentes se evaluará primero con un listado que se colgará en la unidad para que los sanitarios que lo deseen apunten sus nombres teniendo un tope de diez participantes (ver **Anexo 5**). Al comienzo de las sesiones se pasará una fotocopia con los nombres de las participantes para que firmen su asistencia y así tener un recuento de las que asisten al final al taller y para ver si hay bajas entre la primera sesión y la segunda (ver **Anexo 6**).

En cuanto a la adecuación del programa, en la última sesión, durante el cierre del proyecto, se pedirá de forma abierta que los participantes opinen que les ha parecido el taller

y si hay mejoras o quejas. Además, el último apartado de la prueba escrita podrá dejar por escrito sus comentarios si no se atrevieron a decirlo en alto, no se les había ocurrido en ese momento o quieren desarrollar sus puntos de vista.

### **7.3 Evaluación de resultados**

La evaluación de resultados se podrá ver durante la prueba escrita que deben de completar los participantes al finalizar el proyecto. En la prueba escrita será tipo test y medirá si los participantes alcanzan los objetivos a nivel de conocimiento, habilidades y actitudes (ver **Anexo 3**).

Para ver los resultados a largo plazo se esperarán dos años para ponerse en contacto a través del correo electrónico con las enfermeras que estuvieron en el taller y saber si han podido aplicar los conocimientos adquiridos y si se sintieron más seguras para tratar a mujeres que habían sufrido una muerte perinatal.

Además, se podrá ver si los profesionales de la unidad llevan a cabo las herramientas adquiridas durante las sesiones a través del cuestionario de calidad atencional que se le realiza a los padres que han perdido un hijo.

Por último, se evaluará el protocolo escrito durante el proyecto educativo para comprobar si realmente se ajusta a la realidad de las necesidades de las familias, si es viable con el tiempo, si necesita ser actualizado etc.

## 8. Bibliografía

(1) García Sacristán, L; Corona Gómez, B. El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral. Universidad de Cantabria. 2021 Jun. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/22428>

(2) López Fuentetaja A, Iriondo Villaverde O. Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud. 2018;9(3):1-24.

(3) Nadal Pérez A, Munsuri Rosado J, Alfaro-Blázquez R, Gea-Caballero V. Intervenciones de enfermería en el abordaje de la pérdida perinatal y su afrontamiento por las enfermeras : revisión bibliográfica. Perinatal loss: literature review of nursing interventions and nurse coping mechanisms. Revista ROL de enfermería 2020;43(1):63-71.

(4) Martos López I, Guedes Arbelo C, Sánchez Guisado M. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. Revista Española de Comunicación en Salud 2016;7(2):300-309.

(5) Cassaday TM. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. Obstetrics and gynecology clinics of North America 2018 September;45(3):525-533.

(6) Hernández Sampayo L. Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. Experiência da assistência de enfermagem em um processo de luto Nursing care experience in a grieving process. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades 2019(54):59-66.

(7) Camacho Avila M., Fernández Sola, F. R. Jiménez López, J. Granero Molina. A Phenomenological study about families experience in perinatal grief. Universidad de Almería; 2020.

(8) Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina I, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020 May;17(10).

- (9) Salgado, H.O., Andreucci, C.B., Gomes, A.C.R. et al. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil a quasi experimental before and after study. *Reprod Health* 18, 5 (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>.
- (10) Calderer Armengou A, Obregón Gutiérrez N, Cobo Gómez JV, Goberna Tricas J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. 2018;19(3).
- (11) McNeil M, Baker JN, Snyder I. Grief and bereavement in fathers after the death of a Child: A systematic review. *American academy of pediatrics*. 2021 April;147(4).
- (12) García Sacristán L, Corona Gómez B. El duelo perinatal, la necesidad de una atención integral. 2021.
- (13) Páez Cala ML, Arteaga Hernández L. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*. 2019;19(1):32-45.
- (14) Micah D.J P, Karolina L, Dagmara R, Jordan Z, Edoardo A. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2015 Dec;28(4):272-278.
- (15) Porta G, Romero Retes V, Oliete Ramírez R. Manifestación del duelo. 2008. Disponible en: <https://seom.org/>.
- (16) Gay Aguarón C. La muerte y los familiares: escuchar y apoyar en los procesos de duelo. *Death and family: listening and support in the grief process*. Universidad de Zaragoza; 2020.
- (17) Martínez Dávalos, C. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 2018;3(1):10-15.
- (18) HM Government. Child death review Statutory and operational guidance (England). Department of health and social care 2019 septiembre:1-71.
- (19) Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Gianpaolo R, Marcos B. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Elsevier* 2018 Mayo;64:53-59.

(20) J. Casiddy. Guía de atención a la muerte perinatal y neonatal. El parto es nuestro y Umamanita; 2015.

(21) Fernández Férez A, Ventura Miranda MI, Camacho Ávila M, Fernández Caballero A, Granero Molina J, Fernández Medina IM, et al. Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. International journal of environmental research and public health 2021 May 24,;18(11).

(22) Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. 2022; Disponible en: <http://observatoriorresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGeneralesTabla.aspx?ID=86>.

(23) Abad Bassols, A, Esteban Gonzalo S, López Rodríguez A, Paz Sánchez M, Pérez-Morales López G. Situación de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Ministerio de Sanidad 2018:1-84.

## **Anexo**

**Anexo 1:** cartel informativo del proyecto educativo.



Hospital Universitario Gregorio Marañón

**MEJORA LOS CONOCIMIENTOS,  
HABILIDADES Y ACTITUDES  
PARA CUIDAR A LAS FAMILIAS.**

**LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES  
EN EL OFFICE DE LA UNIDAD  
DE MATERNIDAD.**

**PARA MÁS INFORMACIÓN  
ESCRIBIR A  
LUCILAGD@MADRID.SALUD.ORG**



## Anexo 2: correo electrónico.

Recordatorio asistencia curso formativo "muerte perinatal" — ✖ ×

Destinatarios

---

Recordatorio asistencia curso formativo "muerte perinatal"

---


Buenos días,



Este correo electrónico tiene la finalidad de recordar que la próxima semana se impartirá en el *office* el curso formativo "Cuidados de las familias que han sufrido muerte perinatal". Con este curso de 3 sesiones de una hora podréis mejorar vuestras actitudes, conocimientos y habilidades en este tema tan complicado de manejar.

Como incentivo para la asistencia a este curso el tiempo que estéis en formación cuenta como horas de trabajo. Además se va a realizar al final del turno de mañana para aquellas interesadas en asistir podáis hacerlo sin ningún problema si tenéis asignados otros turnos de trabajo.

Os animo encarecidamente a que asistáis a esta oportunidad que se nos brinda.

Un saludo]



Enviar  ⋮ 

### Anexo 3: test de conocimientos.

Conteste a las preguntas con la respuesta que considere más adecuada.

1. ¿Cuál de las siguientes actuaciones se considera una técnica de creación de recuerdos?
  - a. Tomar un mechón de pelo.
  - b. Tomar una fotografía.
  - c. Ambas.
2. ¿Qué frase es más adecuada decir?
  - a. Eres joven, podrás tener más hijos.
  - b. En nada tendréis otro hijo y os olvidaréis de este.
  - c. Siento muchísimo vuestra pérdida ojalá pudiera hacer más por vosotros que solo acompañaros.
3. ¿Es buena idea proponer a los padres ir a terapia grupal?
  - a. Sí, si los padres quieren.
  - b. No, no hay evidencia de que funcionen.
  - c. Depende del caso.
4. ¿Cómo se puede fomentar la toma de decisiones por los padres?
  - a. Preguntando a los padres que desean hacer.
  - b. Tomar las decisiones por ellos.
  - c. El equipo sanitario sabe que es mejor.

A continuación, nos gustaría saber tu opinión sobre la formación impartida. Siendo 0 que no te ha gustado / aportado nada y 5 has aprendido / lo recomiendas.

El educador fue puntual en las sesiones.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

El educador se explicó de manera clara durante todas las sesiones.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

El educador explicó y cumplió todos los puntos del cronograma.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

El educador supo resolver todas las dudas planteadas durante las sesiones.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Considera que le ha sido útil el curso.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Recomendaría a otros realizar el curso.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

¿Qué nota global le daría al curso?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

**Anexo 4:** encuesta de padres.

Cuestionario para la valoración del trato recibido por parte de los profesionales durante su asistencia.

Responda marcando los números, siendo 0 *nada en absoluto* y 5 *sí, completamente*

1. Califica el trato recibido por parte de los profesionales durante su estancia en el hospital.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

2. Ha encontrado apoyo por parte de los profesionales sanitarios.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

3. Me he sentido escuchada por parte de los profesionales sanitarios.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

4. Me han respondido a todas las preguntas que les he realizado a los profesionales sanitarios.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

5. Me he sentido acompañada por parte de los profesionales sanitarios.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

**Anexo 5:** hoja de nombres de inscripción.

<b>Nombre</b>	<b>Turno</b>	<b>Firma</b>
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		
11)		
12)		
13)		
14)		
15)		

**Anexo 6:** hoja de asistencia.

<b>Nombre</b>	<b>Nº de sesión</b>	<b>Firma</b>
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		
11)		
12)		
13)		
14)		
15)		