

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PERCEPCIONES SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR
PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL
PARTO Y EL POST PARTO EN MUJERES QUE
PRESENTARON MUERTE FETAL TARDÍA.

Trabajo final de graduación sometido a la consideración de
la Comisión del Programa de Ciencias de la Enfermería
para optar por el grado y título de Maestría Profesional en
Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Amanda Casasola Cáseres

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas aquellas mujeres que han perdido un hijo durante la gestación, valientes madres huérfilas, sobrevivientes y a sus hijos, donde sea que se encuentren.

A mi hermana mayor que nunca conocí, pero que de alguna manera me trajo hasta aquí.

A todas las personas profesionales en enfermería que luchan cada día por visibilizar estos duelos no permitidos.

También se lo dedico a todas aquellas personas que alguna vez hemos tenido miedo: miedo de empezar, de seguir o de terminar.

Y a mí, por que me lo merezco.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a todas las madres que me permitieron entrar en ese espacio sagrado de su vida. Gracias infinitas.

Agradezco a mi madre, donde sea que se encuentre su espíritu, por dejarme ser su hija arcoíris y acompañarme en cada paso.

Gracias a mi hija, por ser mi motivación para seguir, sin ella la obstetricia nunca hubiese sido una opción en mi vida profesional.

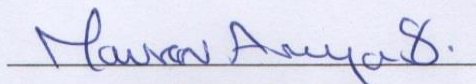
Gracias a mi esposo, por creer en mí más de lo que yo misma he creído y hacerme ver de lo que soy capaz, por alimentarme el alma y el cuerpo en este proceso.

Por supuesto gracias Elvia, Jorge y Edu, quienes hicieron esta maestría más que inolvidable, entre grillos y santos.

Y por último a Keyla, Ale, Lyll, y Jonathan, quienes me ayudaron a ser mejor persona y mostrarme que para esto nací.

Gracias infinitas.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal”



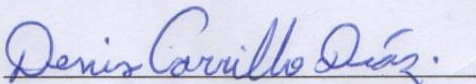
M.Sc. Mauren Araya Solis

Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado



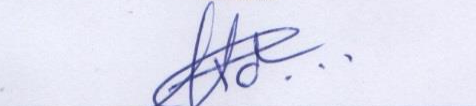
M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón

Profesora guía




M.Sc. Dennis Carrillo Díaz

Lector



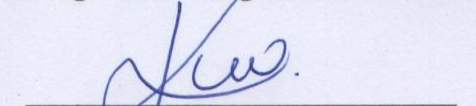
M.Sc. Laura López Quirós

Lectora



M.Sc. Sunny González Serrano

Representante de Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Karol Amanda Casasola Cáseres

Sustentante

Contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Resumen	vii
Hoja de aprobación.....	ix
Capítulo I: Introdutorio	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Justificación	7
1.4 Pregunta de investigación	14
Capítulo II Objetivos.....	14
2.1 Objetivo general.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
Capítulo III Marco Referencial	15
3.1. Salud sexual y salud reproductiva.....	15
3.2. Pérdida perinatal.....	16
3.2.1 Muerte fetal:.....	16
3.3. Percepción.....	17
3.4 El proceso de duelo.....	18
3.4.1 Duelo	18
3.4.2 Duelo perinatal.....	19
3.5 Proceso de parto y postparto	22
3.5.1 Labor de parto.....	22
3.5.2. Expulsivo.....	23
3.5.3. Alumbramiento.....	23
3.5.4 Periodo postparto	24
Capítulo IV Marco Metodológico	26
4.1 Modalidad	26
4.2 Enfoque de investigación.....	26
4.3 Tipo de estudio.....	27
4.5 Población.	32
4.6 Muestreo cualitativo.....	32
Figura 1. Saturación de categorías.....	33
.....	33

4.7 Criterios de inclusión y exclusión.....	34
4.8 Técnicas de recolección de datos.	34
4.9 Categorías de análisis.....	35
4.9.1 Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas.....	35
4.10 Criterios de bioética.....	36
4.11 Análisis de la información.....	37
Capítulo V: Resultados y conclusiones	39
5.1 Características biosociodemográficas.	39
5.2 "Percepción durante el parto: Yo también estoy pariendo	40
5.3 Postparto: "Con los brazos vacíos."	47
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones	57
5.1 Conclusiones.....	57
5.2 Recomendaciones.....	59
Capítulo VI: Bibliografía.....	63
Anexos.....	70
Anexo 1 Preguntas generadoras para la entrevista	70
Anexo 2. Consentimiento informado utilizado	73

Resumen:

Cuando una mujer que ha planeado y deseado un hijo se entera que está embarazada, se llena de sentimientos positivos, sin embargo, cuando en lugar de abrazar la vida debe enfrentarse a la muerte de su hijo los sentimientos son diferentes, inicia un duelo en el cual enfermería ginecoobstétrica es el principal acompañante. Se encuentra poca información sobre el abordaje de enfermería en estas situaciones, y la que existe refiere que las mujeres perciben sentimientos de abandono, invalidación de sentimientos y violencia por parte del personal de salud. De esta situación surge la interrogante: ¿Cuáles son las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el post parto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía? Para responder esta interrogante se entrevistaron a 9 mujeres con pérdida fetal tardía, con atención hospitalaria del parto, quienes voluntariamente me contactaron para participar en el estudio. Se utilizó la investigación aplicada con enfoque cualitativo implementando una entrevista semiestructurada, permitiendo una conversación fluida entre el participante y la investigadora. En esta entrevista se encontró que las percepciones durante la atención recibida en las diferentes etapas del parto y postparto son en su mayoría negativas, llevando a duelos no autorizados, duelos patológicos y trastorno de estrés postraumático. Además se observa falta de herramientas a nivel del personal para hacer frente a estas situaciones. Con estos hallazgos se recomienda principalmente divulgar y visibilizar la muerte perinatal y su adecuada atención, esto desde el espacio académico y laboral así como trabajar en el personal de enfermería la sensibilización y la humanización del proceso de duelo en mujeres con pérdida gestacional.

Abstract:

When a woman who has planned and wanted a child finds out that she is pregnant, she is filled with positive feelings, however, when instead of embracing life she must face the death of her child, the feelings are different, she begins a grief in the which gynecologic and obstetric nurse is the main companion. Few information is found on the nursing approach in these situations, and the existing ones refers to the fact that women perceive feelings of abandonment, invalidation of feelings, and violence by health personnel. From this situation the question arises: What are the perceptions of the care received by the nursing staff during childbirth and postpartum in women who presented late fetal death? To answer this question, 9 women with late fetal loss, with hospital delivery care, who voluntarily contacted me to participate in the study, were interviewed. Applied research with a qualitative approach was used, implementing a semi-structured interview, allowing a fluid conversation between the participant and the researcher. In this interview it was found that the perceptions during the care received in the different stages of childbirth and postpartum are mostly negative, leading to unauthorized mourning, pathological mourning and post-traumatic stress disorder. In addition, there is a lack of tools at the staff level to deal with these situations. With these findings, it is mainly recommended to disseminate and make visible perinatal death and its adequate care, this from the academic and work space, as well as working with nursing staff to raise awareness and humanize the grieving process in women with gestational loss.

Lista de tablas.

- Tabla 1. Categorización de categorías.....36
- Tabla 2. Caracterización biosociodemográfica de las participantes.....39

Lista de figuras.

- Figura 1 Saturación de categorías.....33

Hoja de aprobación.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Amanda Casasola Cáceres, con cédula de identidad 112200048, en mi condición de autor del TFG titulado Percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía. GAM, 2019

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo I: Introdutorio.

1.1 Introducción.

Cuando una mujer planea un embarazo y recibe la noticia de que la prueba de embarazo es positiva la llena de gozo, emoción entre otras sensaciones de alegría. Nacen las ilusiones, el planear una nueva vida para un pequeño ser que nos perpetuará. Aquel pequeño o pequeña a quién vestiremos con un hermoso tutú o un pequeño corbatín, a quien le heredaremos ese vestido que nuestra madre guardó con tanto amor porque fue el que usamos nosotros cuando nos bautizaron, cuando salimos del hospital o porque era el que más le gustaba. La mujer embarazada va ilusionándose cada vez más, sintiendo sus movimientos, viendo su vientre crecer, escuchando el corazón de bebé latir. Y así, nos encontramos en una encrucijada cuando nos damos cuenta qué ese corazón ya no late, que debemos abrazar a la muerte cuando esperábamos la vida.

Según datos de la UNICEF, cada 16 segundos ocurre una muerte fetal (la cual se define como la muerte de un feto después de las 28 semanas) y por cada 72 bebés nacidos vivos uno nace muerto. En las últimas dos décadas, 48 millones de bebés nacieron muertos. A nivel nacional, según datos del INEC en el 2015 Las defunciones fetales se registraron en 6.58 por cada mil nacidos vivos.

Esto supone en las mujeres gestantes una activación de un duelo, el cual, sin una adecuada atención puede volverse patológico. Se menciona que en la mayoría de las mujeres se desarrolla un sentimiento individual de culpa, que les impide manifestar su dolor o pérdida, o bien culturalmente estos duelos no

son “válidos” o como se menciona en la bibliografía son duelos desautorizados, se niega la existencia del hijo no nacido, generando muchas veces cuadros de depresión o ansiedad que inclusive puede llegar a tener un efecto reductor de la fecundidad.

Si bien se podría tomar este tema como uno que compete al área de Salud Mental y no tanto al personal de Enfermería ginecoobstétrica, son estas últimas las encargadas del cuidado y de la atención directa de las mujeres con pérdida gestacional, razón por la cual se debe evitar abordar estas muertes como un tabú y acompañarlas en su proceso de duelo.

Tomando en cuenta que el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, en vista de lo comentado anteriormente surge el interés de saber ¿qué está haciendo enfermería para cuidar mejor a estas mujeres, tanto a nivel nacional como internacional? Y, ¿Qué se puede hacer como profesional, para mejorar ese cuidado?

Para conocer mejor este problema, se realizó esta investigación primaria, de corte cualitativo, cuyo objetivo principal es develar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía para el abordaje del cuidado en enfermería obstétrica en la cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a un grupo de mujeres voluntarias que cumplieron una serie de características necesarias para su participación.

Para llevar a cabo este estudio, el trabajo se estructuró en cuatro capítulos principales: el marco conceptual en el cual se aclaran los conceptos sobre salud sexual y reproductiva, pérdida perinatal y muerte fetal, así como la

definición de percepción, el proceso de duelo y una diferenciación entre el duelo y duelo perinatal. Posteriormente, en el capítulo IV, en el apartado de análisis de datos, se muestran los resultados en tres categorías: las características biosociales de las mujeres participantes y la percepción durante el parto (la cual incluye el proceso pre y durante el parto) y la percepción de la atención postparto

1.2 Antecedentes

Después de una ardua revisión bibliográfica se identificaron los estudios que sirven como fundamento para identificar el problema de investigación en cuestión. Mismos que se presentan siguiendo el orden de proveniencia, es decir el ámbito nacional y luego internacional.

Se inicia con el estudio de Bermúdez Campos ME. (1) recalcando que es el único estudio encontrado a nivel nacional, titulado: “Mortalidad fetal: percepción materna sobre la atención brindada al ingresar en la fase activa del parto servicio de emergencias Hospital de Guápiles, años 1998-2000.” Este trabajo final, de tipo cualitativo, tiene como objetivo evaluar la percepción de la atención de las mujeres que sufrieron pérdida fetal con respecto a la calidad de atención brindada en el servicio de emergencias. Dentro de las conclusiones se encuentra una deficiencia en la calidad de atención desde la perspectiva de las madres, entre esto se menciona que el equipo humano dista de tener elementos básicos para garantizar calidad de atención en los servicios, el personal de obstetricia no está actualizado en duelo perinatal ni en la atención integral a la familia gestante.

A nivel internacional se encontraron los siguientes estudios:

Patey J. (2) realizó la tesis para optar por el grado académico de máster en enfermería, titulada: *“Looking out that window too: A women's experience of loss in pregnancy.” “Mirando también por la ventana: Experiencias de mujeres con pérdida durante el embarazo”* Este trabajo de corte cualitativo tiene como objetivo entender la experiencia de las mujeres que han perdido un hijo durante el embarazo y adquirir nuevo y diferente conocimiento para proveer un cuidado significativo y de apoyo para la madre. Dentro de los hallazgos se encuentran que las madres entrevistadas sintieron que su pérdida no era importante para las demás personas, dentro de las conclusiones la autora identifica que las mujeres perciben que se brinda un enfoque primero hacia lo biológico de la experiencia, enfocándose en el parto, en bebé y no en la vivencia de la mujer, removiendo lo psicológico y emocional.

Pastor Montero S. (3) en su tesis doctoral en Ciencias de la Enfermería con el título: *“Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la investigación acción participativa”* la cual es una investigación cualitativa de tipo acción participativa, y tiene como objetivo promover un cambio para mejorar la atención a los padres que han sufrido una pérdida perinatal en el Hospital de Montilla, España, utilizando la investigación acción participativa. La investigadora obtuvo resultados en los que los padres identificaron la muerte perinatal como una pérdida real ante la cual los profesionales de salud evidenciaron falta de recursos para afrontar estas situaciones. Concluye que la pérdida supone una dura experiencia para los padres, debido a la minimización del duelo, que se debe mejorar áreas como el apoyo emocional, permitir espacios para rituales de despedida así como mejora de la educación sobre el duelo perinatal tanto en los padres como en los profesionales de salud

González del Barrio (4) desarrolla su tesis de maestría en investigación en Ciencias Sociosanitarias, la cual es una revisión bibliográfica, titulada: *“Revisión de evidencias de la intervención de los profesionales sanitarios en la atención del duelo tras una muerte fetal tardía”* En ella, la autora busca describir las pautas de apoyo de los profesionales de la salud ante la muerte fetal tardía recogidas en la bibliografía, para facilitar el proceso de duelo. Hace referencia a la importancia que tiene en los padres una adecuada atención por parte del personal sanitario durante el proceso de parto y postparto de su hijo mortinato. En el análisis de los datos refieren en varias ocasiones que, en la experiencia de los padres sobre el personal sanitario, la insensibilidad y la mala atención tiene un profundo impacto sobre el duelo que están experimentando y que esta falta de comunicación y de alejamiento por parte del personal sanitario son frecuentemente referidos en las familias con pérdida gestacional. Toma en cuenta que el personal sanitario tiene un impacto emocional que afecta la atención brindada. Además, se reconoce la importancia de la colaboración interprofesional a la hora de proporcionar una atención continua y de calidad a los padres que están pasando por el proceso del duelo.

Modiba L, Nolte AG (5) en el artículo de corte cualitativo titulado *“The experiences of mothers who lost a baby during pregnancy”* (Experiencias de madres que pierden un bebé durante el embarazo) el cual tiene como propósito explorar y describir las experiencias de las madres con pérdida gestacional, así como la atención brindada por médicos y parteras durante este período en un hospital público de Sur África. Informan que se refleja la necesidad de las madres de ser escuchadas y tener sentimientos de soledad y vacío, que desean se les reconozca su pérdida y se le apoye emocionalmente,

también se menciona la incapacidad de los trabajadores de la salud de brindar un apoyo apropiado.

Lee C. (6) en el artículo de corte cualitativo "‘She was a person, she was here’: The experience of late pregnancy loss in Australia" (*Ella era una persona, ella estaba ahí: la experiencia de pérdidas tardías en Australia*) mediante entrevistas describe la experiencia de mujeres australianas con pérdida de embarazo tardía, con un énfasis particular en sus experiencias con el sistema de atención médica. Al respecto descubren que se encuentran tanto perspectivas positivas hacia el trato hospitalario brindado como experiencias negativas, por ejemplo falta de sensibilidad por parte del personal o la percepción por parte del personal como un procedimiento médico y no como un nacimiento.

Peters, D.J. (7) en el artículo: Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers" (*Cuidando de familias con pérdida fetal: Guía basada en la evidencia para proveedores de cuidado materno*) es una revisión bibliográfica con el fin de promover e informar sobre evidencia apropiada de los cuidados que deben brindarse a las madres y familias que experimentan muerte fetal tardía. Encontrando que existen implicaciones para la atención de estas familias, basadas en la experiencia de familiares donde se recomienda una mejora en la calidez de atención por parte del personal sanitario.

Se incluyen además dos guías de atención para las familias gestantes con pérdida perinatal dirigida hacia el personal de salud, con el objetivo de orientar

a los profesionales en la atención de la familia doliente para paliar el duelo perinatal. Estas son la guía: “Pérdida fetal y la muerte de un bebé: lineamientos para profesionales”, de la sociedad SANDS (Sociedad de muerte fetal y neonatal, por sus siglas en inglés) del Reino Unido, y la guía española elaborada por dos organizaciones: El parto es Nuestro y Umamanita, la cual tiene como título: “Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal”, ambas contienen material no solo para el profesional, sino también referencias de centros de ayuda para la familia gestante, así como links para actualización profesional en relación a los cuidados y procedimientos en caso de muerte perinatal.

De estas investigaciones destacan las realizadas por Pastor Montero y Gonzales del Barrio, ya que estas son las que más se aproximan al objetivo de esta investigación. Es importante mencionar que a nivel nacional no hay evidencia que en el contexto nacional existan estudios sobre las perspectivas de las madres con muerte fetal tardía. Las investigaciones existentes son internacionales de corte cualitativo, predominantemente de Norteamérica y Europa, elaboradas por enfermeros de distintos grados académicos, así como sociólogos y médicos. Si bien existen estudios a nivel internacional que describen las percepciones de las mujeres que tuvieron una pérdida gestacional, ante la carencia a nivel nacional resulta necesario indagar las percepciones sobre la atención recibida por parte de las mujeres en el contexto costarricense.

1.3 Justificación

Para mantener una armonía poblacional y económica, es necesario mantener un recambio generacional equilibrado, es decir que las nuevas generaciones suplanten a aquellas que se jubilan. Según datos del Banco Mundial(9), la tasa de natalidad se encontraba en 2016 en 18,8 nacidos vivos por cada mil, mientras que la tasa de fecundidad se encontraba en 2,6 nacidos vivos por mujer, agregado a esto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10) en 2015, 18.4 bebés por cada mil nacimientos son mortinatos a nivel mundial, traducido a números más concisos, 2.6 millones de niños nacen muertos a nivel mundial.

En Costa Rica, según datos del instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC (11), en 2015 la tasa de natalidad se encontraba en 14,8 nacimientos por cada mil, mientras que la tasa de fertilidad se encuentra en 1.8 nacidos vivos por mujer. Con relación a las defunciones fetales, estas se encontraban en el 2015 en 6.58 por cada mil. En resumen, tanto a nivel mundial como a nivel nacional, los nacimientos y tasa de fertilidad no son suficientes para lograr un adecuado recambio generacional, sumando además las defunciones fetales.

Si a esta disminución en la tasa de fertilidad, la cual lleva a una inversión de la pirámide poblacional, se le añade una mala atención durante la pérdida fetal, causando una disminución notable de la autoestima materna y una sensación de incapacidad de la mujer para confiar que su cuerpo sea capaz de dar vida(12), este desequilibrio poblacional se hace mayor, con su impacto económico y social, Es por esto que enfermería obstétrica como principal proveedor de salud en este momento de vulnerabilidad materna debe velar por la adecuada atención a las mujeres con una pérdida fetal tardía.

Cuando una mujer se da cuenta que está embarazada y este embarazo es deseado y planeado, las emociones tienden a ser positivas, es una situación de felicidad, de alegría, una noticia que se quiere compartir. Se inicia una nueva vida, desde lo social traer un ser humano a este mundo es considerado un logro, un éxito como mujer, como persona, como familia. Y quizá por esto es que la muerte fetal o perinatal, nos toma por sorpresa y preferimos callar, nuestra sociedad teme, intenta escabullirse, mirar para otro lado para deshacerse de la carga que estos conceptos suponen (13). Sería lógico pensar, como menciona Kübler, que nuestra gran emancipación, nuestro conocimiento de la ciencia y la humanidad nos ha dado mejores sistemas y medios para prepararnos a nosotros y a nuestras familias para este acontecimiento inevitable (14). Pero según la evidencia esto no es así, la falta de información sobre duelo perinatal, y la no preparación profesional para asumir estos casos hace que no demos la mejor atención, generando temor en la mujer a quedar embarazada de nuevo, de pasar nuevamente por esa experiencia dolorosa.

A pesar de que la obstetricia, como menciona González, A.,(14) ha desarrollado avances tecnológicos en la prevención y asistencia de la salud biológica del binomio madre/hijo, no se hicieron los mismos avances en prevención y asistencia en salud mental. Existen los cursos de atención para el parto, las guías para la atención del parto y protocolos de atención, pero estas no contemplan el cuidado ante pérdidas o muertes fetales tardías, dejando así un vacío en la atención de los nacimientos de neonatos que mueren intraútero.

Al hablar de la muerte, distintos autores mencionan que no hay una explicación específica. Por ejemplo Prieto, C.(15) menciona que no existe una

definición clara, sino que se utiliza la forma negativa: muerte es lo contrario a la vida.” Ortuzar,(16) cita la muerte como un evento biológico posterior al nacimiento e implica además la existencia de la persona como sujeto pensante. Sin embargo, con estos enunciados en los cuales la muerte precede la vida, los rituales propios del nacimiento y de la muerte se silencian o se fusionan de una manera enigmática, haciendo que las mujeres se puedan sentir incomprendidas y solas en este proceso.

Para comprender lo anterior hay que remontarse al proceso de formación académica, como lo menciona Blazquez MJ (17), nos ocupamos de “resolver problemas y no hay espacio para trabajar la muerte, se estudia durante años dándole la espalda a la muerte y curiosamente se estudia anatomía con la ayuda de cadáveres y el tiempo dedicado al estudio de las enfermedades predomina al de la salud y casi nunca se habla de la muerte.” Y cuando se habla, se trata como un tabú. Para una correcta actuación, el profesional sanitario requiere una formación adecuada que fomente una actitud de empatía y respeto.(18) en la cual no se profundiza, quizá a nivel de pregrado se lleve algún curso de manejo de duelo o se menciona en cursos de cuidados paliativos, sin embargo a nivel de la maestría en obstetricia el tema de la muerte es nulo o tratado de manera tenue en algunos cursos, por tanto su abordaje está pendiente, el cual debe profundizarse de manera que le den las herramientas conceptuales y emocionales para que el profesional en enfermería pueda cubrir las necesidades y brindar un cuidado óptimo.

Como bien menciona Martós (19), “el campo de la obstetricia está dirigido a traer nuevas vidas al mundo. No se educa para la muerte y en el caso de las muertes perinatales todavía menos, pues el interés está en el otro

extremo, en el afán de dar vida.” Enfermería obstétrica es el primer y principal contacto que esa mujer tiene en su proceso de labor de parto y postparto, siendo la persona que le acompaña durante las diferentes etapas del parto y es quien brinda los cuidados postparto y quién cuidará de la integridad no solo física sino también emocional en las primeras horas después del parto hasta que egresa. De igual manera enfermería obstétrica brinda medidas de confort y técnicas de relajación en un trabajo de parto sin muerte intraútero, debería de proveer ese mismo cuidado a la mujer con un proceso de duelo perinatal.

Estos cuidados que reflejen calidez y empatía hacia la familia en duelo son importantes para el desarrollo de este. En concordancia la Dra. Northrup señala (20) que la mayoría de mujeres necesitan comunicarse con sus bebés nacidos muertos y que este proceso de simplemente poder alzar a su bebé es increíblemente sanador, puesto que como se mencionó, el embarazo lleva consigo ilusiones, gestando a su bebé no solo en el útero sino también en el imaginario de la madre. Así mismo López(21), afirma que “para los progenitores no es el peso, ni la edad gestacional lo que transforma al feto en hijo y lo dota de una identidad propia, sino que es el lugar que le han creado en su corazón, en su mundo afectivo, lo que condiciona que lo consideren hijo y persona.” Estos dos aspectos deben ser considerados por la enfermera obstetra en su atención a la mujer con pérdida materna quien no dio a luz a un “producto muerto” a un “óbito”, sino a una persona, a su hijo imaginario, ese que creo en su mundo afectivo.

Cuando enfermería obstétrica habla con la mujer y reconoce al bebé que ha nacido muerto con una identidad propia dada por la madre y que es un hijo, permite a la mujer sentirse acompañada. Según Modiba (5), entre las

experiencias de las madres que experimentan duelo perinatal, se menciona una falta de comunicación que lleva a falta de información, falta de escucha activa, falta de soporte emocional, así como insensibilidad por parte de los profesionales hacia el dolor de la familia gestante. Si bien, como indica Kübler(23) el duelo es diferente en cada persona, tiene el común de terminar con la aceptación de la muerte. Lo difícil es el camino hasta aceptar la muerte, durante el cual enfermería obstétrica, al ser el principal contacto con la mujer y la familia en duelo, ha de brindar la mejor atención posible, partiendo del hecho de que enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado.

En concordancia Pastor (3), informa que los problemas y dificultades que pueden afectar a la calidad de los cuidados por parte de enfermería están relacionados con el desconocimiento de las peculiaridades de los padres que han sufrido una pérdida. No es solamente conocer lo natural y lo patológico biológicamente hablando del parto, sino además los aspectos socio afectivos del parto y que se incrementan en la atención de muerte fetal.

Este evento provoca en muchas mujeres una pérdida de confianza en su cuerpo, y que además de esto, la experiencia hospitalaria en ocasiones no favorece el proceso de duelo, al eludir o negar la muerte, o minimizando la pérdida con frases como “tienes otros hijos en casa”, “estás joven”, “debes ser fuerte”, entre otros (20).

Dentro del campo disciplinar de enfermería obstétrica, una de sus competencias, incluye el fortalecimiento de la atención integral dentro de la cual se incluye la promoción de los derechos sexuales (24), entre los cuales se encuentra el derecho a la autonomía integridad y seguridad sexual del cuerpo

que incluye la capacidad de control y disfrute del cuerpo, libres de violencia de cualquier tipo. Como ya se mencionó anteriormente en ocasiones la mujer no se siente segura de su sexualidad en cuanto a la capacidad de ser madre al afrontar una muerte perinatal, por lo cual enfermería obstétrica debe acompañar a la mujer a recuperar su seguridad sexual, protegiéndola de cualquier tipo de violencia (25), sin embargo durante la pérdida gestacional se evidencia un tipo de violencia: la violencia obstétrica, la cual supone una pérdida de autonomía y capacidad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos.

Hay que recordar que la mujer en embarazo está en una condición de vulnerabilidad siendo esta aún mayor cuando vive la pérdida in útero de un hijo. Y la enfermería como menciona Feito (26), brinda cuidado ante esta situación de necesidad o debilidad que dificulta la independencia de la persona. Enfermería es coadyuvante ante esta vulnerabilidad. Por esto enfermería obstétrica, al ser uno de los principales contactos durante la estadía hospitalaria y el proceso de parto y postparto de la mujer con pérdida perinatal, es quien debe intervenir de manera asertiva, cálida y empática, para poder identificar las necesidades no solo fisiológicas de la mujer, sino también las emocionales y espirituales.

Al realizar este cuidado se logrará establecer un vínculo positivo con la madre en duelo para lograr dar una atención holística y de calidad para poder establecer un adecuado acompañamiento y atención postparto, fomentando un parto respetado, ayudando a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación en un espacio seguro, que respete la dignidad de la persona libre de violencia(27), en el cual se le permita a la mujer vivir su duelo,

sin sentirse sola ni malentendida y donde la enfermera obstetra sea una facilitadora respetuosa en la transición de nacimiento-muerte que vive la madre con muerte fetal tardía, siendo así, se estarán promoviendo la salud sexual y salud reproductiva de las personas.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el post parto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía?

Capítulo II Objetivos

2.1 Objetivo general

Develar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía para el abordaje del cuidado en enfermería obstétrica. GAM, 2019.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante la atención del trabajo de parto.
- Identificar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el postparto.

Capítulo III Marco Referencial

Los siguientes conceptos son vitales para analizar y comprender la situación en la cual se encuentra la madre con muerte fetal tardía. Los conceptos se dividieron en cuatro apartados: Salud sexual y reproductiva, Pérdida perinatal, que incluye los conceptos de muerte intraútero y muerte fetal tardía, Proceso de duelo donde se define el concepto de duelo y duelo perinatal, mencionando las distintas etapas y las manifestaciones de este proceso y por último el proceso de parto y postparto en cuyo apartado se definen las distintas etapas de la labor de parto y postparto, las complicaciones y características de cada etapa.

3.1. Salud sexual y salud reproductiva.

Según la OMS, la salud sexual es un estado de “bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.”(28) además de esta definición la Organización de Naciones Unidas (ONU) menciona que el objetivo de esta es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.(27)

Acerca de la salud reproductiva se establece la definición en 1994, la cual se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, la cual además entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, que incluye además la salud sexual, los cuales pueden verse afectados al recibir una inadecuada atención obstétrica.

Enfermería obstétrica, al tener como objeto de estudio el cuidado, es quien debe velar principalmente porque estos derechos de salud sexual y reproductiva se cumplan y no se violenten, especialmente en momentos de vulnerabilidad de la persona.

3.2. Pérdida perinatal

3.2.1 Muerte fetal:

La muerte o defunción fetal es definida por la CIE como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria(29).

La OMS tiene distintas definiciones para la muerte fetal según la etapa del embarazo, entre ellas la de muerte fetal tardía denominada como la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión

completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación.”(13)

Para efectos de este trabajo, se contempla las percepciones de las madres con muerte fetal tardía ya que es hasta después de la semana 22 de gestación en la que se realiza un proceso de parto, momento en que se cuenta con la participación y acompañamiento del profesional de enfermería obstétrica durante la labor de parto, además, se ha señalado que es hasta el final del segundo trimestre e inicios del tercero de embarazo que el feto pasa a convertirse imaginariamente en un bebé, definido en su forma, hay un mayor reconocimiento social del embarazo donde el niño pasa a ser un hecho más real y los proyectos son más precisos(30).

3.3. Percepción

El concepto de percepción se contextualiza desde diferentes enfoques, sin embargo, se considerarán solamente la definición establecida por el diccionario de la Real Academia Española (DRAE) y el concepto de percepción establecido por Imogene King en 1971.

El DRAE define percepción como: la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos o un conocimiento, idea.(31)

Imogene King en 1971 presenta el concepto de *percepción*, como el proceso de organizar, interpretar y transformar la información dada por los medios sensoriales y la memoria, cuyas características son: la universalidad, se orienta en el presente, se basa en interacciones que pueden modificar el hecho percibido y además es subjetiva, personal y electiva. Esta percepción

personal influye en la manera en que la persona responde ante personas y situaciones que se presenten en su vida(32)

3.4 El proceso de duelo

3.4.1 Duelo

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, se define duelo como una reacción a la muerte de una persona querida, en la que algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso.

Al manifestar el duelo la psicóloga Kübler Ross define 5 estados mentales los cuales ayudan a entender cómo se va produciendo la elaboración del duelo, las cuales son las siguientes:

Negación: consiste en un mecanismo de defensa provisional para afrontar el dolor que supone la pérdida y procesar de una mejor manera la situación. Le permite a la persona conectarse con si misma y con el tiempo establecer otras defensas menos radicales.

Ira: se describe como una fuerte sensación de enfado, rabia y hostilidad que la persona doliente proyecta en todas las direcciones, tanto hacia sí misma como al ambiente en el que se desenvuelve, al no poder encontrarse ni una solución ni alguien a quien se le pueda responsabilizar completamente por la pérdida.

Negociación: la negociación es un intento de posponer la realidad, un “ultimátum” personal, una manera de buscar un acuerdo con una deidad o consigo misma o con los médicos para tratar de posponer lo inevitable.

Depresión: es el momento en el cual la persona no puede seguir negando ni postergando su realidad, cuando la negación y la ira no puede ser más y es reemplazada por el sentimiento de una gran pérdida. Es un duelo preparatorio en función a la aceptación de la ausencia. En este momento la atención de la persona en duelo debe enfocarse no en como continuar con su vida, sino hacia afrontar y aceptar su pérdida.

Aceptación: es el momento donde ya no hay dolor ni enojo sino una actitud responsable de lucha y sobrevivencia para enfrentar la pérdida. No debe confundirse con resignación o desesperanza.

Menciona la autora que las etapas no tienen que darse estrictamente en ese orden ni necesariamente todas las personas experimentan las 5, pero forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo, reacciones a sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras fluctuamos de uno a otro. (23)

3.4.2 Duelo perinatal

Para la OMS y la CIE, el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y termina siete días completos después del parto. Sin embargo, según una revisión sobre los conceptos de duelo perinatal realizado por Fenstermacher y Hupcey, concluye que no existen definiciones específicas para definir el término de duelo perinatal y de esta manera diferenciarlo de términos relacionados (33).

El duelo perinatal es un fenómeno que incluye características particulares que le diferencian de otros duelos, como por ejemplo el no tener experiencias vividas para compartir con la familia y el entorno social, la

ausencia de un ser visible al cual llorar debido al momento del ciclo vital en el cual se da la muerte, se complica el dar inicio a rituales funerarios que puedan favorecer el duelo, además, el bebé imaginado y fantaseado por los padres súbitamente deja de existir, se pierde antes de conocerle, por lo cual, a diferencia de otros duelos en los que se reubica el cariño, no hay donde colocar ese cariño, no hay un objeto sustituyente, por lo cual se suele callar más la muerte al ser el bebé un ser imaginario y no real.(22)

Con respecto a las distintas fases, Pastor(30) menciona que si bien el duelo perinatal comparte características con otros duelos, se identifican dos fases principales: la negación en la cual la mujer entra en un estado de shock y una segunda en la cual se desarrolla el trabajo de duelo caracterizado principalmente por sentimientos de envidia a la mujer embarazada, culpa y rabia. Además, menciona que en el caso de la muerte intra útero, en este los padres deben de “desinvertir” al feto como un bebé imaginario, convertirlo en un bebé real que ha muerto para así poder elaborar el duelo.

Parkes, mencionado por Pastor (30) indica que en el caso de la muerte perinatal cuando el embarazo ha transcurrido con normalidad y los fetos no presentan ninguna patología, el duelo es más difícil de elaborar ya que deja al superviviente, en este caso la madre, con una sensación de irrealidad y de culpa. En esta situación, destacan cuatro características del duelo: 1.) Una necesidad de culpar a alguien, 2.) la participación de profesionales en salud durante el proceso, 3.) una sensación de impotencia que se manifiesta como ira, siendo el blanco generalmente el personal de salud, y el 4.) la necesidad de entender qué pasó para lograr identificar una causa y un culpable. Menciona la autora que resulta importante dar un adecuado acompañamiento, ya que esta

noticia irrumpe de manera súbita la alegría de la mujer, dificultando la elaboración del duelo.

Como parte del duelo perinatal, Fenstermacher y Hupcey, identifican tres factores conceptuales principales en el desarrollo del duelo perinatal: antecedentes, atributos y resultados(33).

Los antecedentes refieren a las expectativas con respecto a la maternidad/paternidad, las cuales se ven interrumpidas; si la pérdida fue repentina, inesperada o electiva por anomalías fetales y mencionan que este duelo solamente lo sufren los padres.

Los atributos son una respuesta emocional compleja donde la principal emoción/atributo es el sufrimiento, siendo la manifestación de este influenciada por modificadores situacionales como por ejemplo: pérdidas recurrentes, la cantidad de hijos vivos o posibilidad de un futuro embarazo; modificadores externos como la cultura, apoyo durante el duelo y la fe; y modificadores internos como el apego, el género (las manifestaciones y la intensidad del sufrimiento son diferentes entre hombres y mujeres) y la personalidad.

Los resultados o la terminación del duelo refieren a la interpretación que la persona le proporcione a la experiencia, sin establecer un lapso de finalización, hay una renegociación consigo mismo/a, se replantean los sueños y esperanzas con respecto a la maternidad y paternidad y se finaliza al darle un significado a la experiencia.

Pastor identifica, además, que la ausencia de apoyo durante la muerte del bebé y la susceptibilidad de los padres dolientes a una actitud fría, distante e impersonal de los profesionales, tiene un efecto negativo en el

desarrollo en la recuperación emocional y será recordada por los padres durante su proceso de duelo. (3)

Por lo tanto, saber reconocer las distintas manifestaciones del duelo perinatal, así como los distintos factores que intervienen en el desarrollo del mismo permiten al profesional obstétrico identificar las mejores acciones para brindar un adecuado acompañamiento durante la atención de una mujer con pérdida perinatal, tomando en cuenta además que es el profesional de enfermería el reconocido como referencia durante todo el proceso y la manera como comuniquemos la noticia y realicemos el acompañamiento tendrá un gran impacto en el desarrollo del duelo de la mujer con pérdida gestacional.

3.5 Proceso de parto y postparto

El proceso de nacimiento de un ser humano está compuesto de varios momentos, los cuales en la literatura se encuentran como “etapas del parto”. En este apartado se definirán las etapas del parto y postparto en dos secciones distintas.

3.5.1 Labor de parto

La labor de parto incluye las dos primeras etapas: la primera que da inicio al verdadero trabajo de parto que se divide en tres fases:

Fase latente: inician las contracciones, es el preludeo al proceso de parto, la mujer tiende a estar más sensible emocionalmente, en un parto con feto vivo es frecuente que la madre se sienta alegre además de ansiosa por el proceso que va a iniciar. En esta fase, la dilatación cervical va de 1cm a 4cm
(34)

Fase activa: Hay un aumento en la ansiedad ante la intensificación de la fuerza de las contracciones, hay sensación de miedo e impotencia, reducción de la capacidad de afrontar la situación, menciona que las mujeres con apoyo tienen menor ansiedad que aquellas que se encuentran solas. En esta etapa la dilatación es de 4 hasta 8cms (34)

Fase de transición: La fase de transición es la última parte de la primera etapa del parto. Aumenta significativamente la ansiedad, es más sensible a los dolores de las contracciones, se vuelve introspectiva y puede mostrar una ansiedad significativa. Se encuentra más cansada y teme quedarse sola. Hay sensación de enfado y desconcierto entre las contracciones, así como dificultad para comprender las instrucciones. En esta fase la dilatación es de los 8 cms a los 10 cms.

3.5.2. Expulsivo

La segunda etapa conocida también como expulsivo, comienza con la dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del bebé. En algunas mujeres preparadas para dar a luz pueden sentir un ligero alivio al dolor, mientras que aquellas sin preparación tienen a asustarse y luchar contra las contracciones, lo cual puede generar molestia a las personas que le acompañan. Además de esto, la madre siente que ha perdido la capacidad para enfrentarse al parto. Una vez que la mujer ha dilatado y borrado completamente, inicia el descenso del bebé, el cual debe completar varios movimientos para lograr nacer.(34)

3.5.3. Alumbramiento

En este momento el útero se empieza a contraer para lograr separar la placenta. Una vez separada, esta se expulsa, el útero empieza a contraerse y hay un ligero sangrado. En este momento, el cerebro inicia el proceso de liberación de oxitocina y prolactina para la bajada de la leche. (34)

3.5.4 Periodo postparto

Postparto inmediato: es el periodo correspondiente a las primeras 24 horas después del parto. En este periodo se incluye la cuarta etapa o etapa uterina la cual se encuentra entre las 1 y 4 horas posterior al parto, durante el cual comienza el reajuste fisiológico del cuerpo de la madre.

Postparto mediato. Abarca los primeros 10 días.

Postparto alejado. Se extiende hasta los 42 días o hasta que la menstruación se retorne.

Postparto tardío. Desde los 42 días hasta los 60 días.(34)(35)

Además de la adaptación fisiológica, también está la adaptación psicológica postparto. Rubin (36) menciona 3 fases de adaptación materna en el postparto: fase de dependencia, fase de apoderamiento y la última fase: fase interdependiente. Para efectos de este trabajo las adaptaciones psicológicas más importantes son las de la fase de dependencia, ya que corresponden al periodo en el que la mujer permanece en el hospital.

Las características de la fase de dependencia son:

-Necesidad de satisfacer sus necesidades básicas antes de atender al niño.

-Confianza en los otros para poder satisfacer necesidades de comodidad, descanso, nutrición.

-Hay una conducta pasiva y sumisa, acepta lo que se le da y espera por indicaciones en lugar de promover sus propias ideas.

-Sus preocupaciones principales se centran por los detalles del parto y funciones corporales, hay poca capacidad para retener información nueva.

Por todo lo anterior, como agentes brindadores de cuidado obstétrico, es indispensable conocer la percepción sobre la atención que brinda enfermería obstétrica durante el parto y postparto de la mujer que tiene una pérdida fetal tardía, para así identificar qué acciones se deben implementar o mantener para brindar una atención de calidad a esta población, recordando el impacto que genera un adecuado cuidado tanto en la salud mental de la mujer si no también en su salud sexual y reproductiva.

Capítulo IV Marco Metodológico

4.1 Modalidad

Este trabajo consiste en una investigación aplicada la cual según el artículo 45 del Reglamento General del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica se fundamenta en la existencia de trabajos finales de investigación aplicada en el caso de maestrías profesionales.

La investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación (37). El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. Por esta razón se utilizó esta modalidad, porque se busca conocer la realidad de las madres con muerte fetal tardía en la atención hospitalaria, de una manera organizada y sistemática. De igual manera, permite la creación de nuevos conocimientos que generarían nuevas investigaciones con el fin de mejorar la atención de esta población.

4.2 Enfoque de investigación.

Para el desarrollo de la presente investigación, se utilizó la investigación cualitativa. La investigación cualitativa es un enfoque metodológico sistemático y subjetivo (38), la cual es utilizada para describir experiencias vitales. La principal característica de esta metodología es su interés por adquirir la realidad a través de los ojos de los sujetos participantes y a partir de la

percepción que ellos tienen de su propio contexto (39). Además, la investigación cualitativa es inductiva y humanista, al permitir llegar a conocer a las personas y experimentar lo que ellas sienten. (37)

Se decidió utilizar este tipo de investigación ya que se busca comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia, procurando experimentar la realidad y las vivencias de las participantes, con el fin de plantear soluciones y/o recomendaciones para mejorar, en un futuro, el cuidado de enfermería, de una manera más humanizada y optimizar la experiencia de mujeres que pasen por esta situación.

Tomando en cuenta lo anterior es importante mencionar que el cuidado de enfermería debe apoyarse en una base teórica, razón que motivó a realizar este estudio. Al respecto, menciona Duran (2005) que existe una íntima relación entre el proceso diagnóstico de enfermería y su orientación hacia la utilización de las bases filosóficas, científicas y metodológicas como sustento de la disciplina, sin esta relación la calidad de la práctica no se puede concebir ya que es necesaria para comprender la interacción del cuidado y de las acciones o intervenciones de enfermería con el paciente.” (40)

4.3 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio descriptivo, para respaldarlo se utilizó la investigación descriptiva, la cual, según Hurtado, tiene como objetivo caracterizar, dentro de un contexto particular el evento de estudio (41). Estos además buscan especificar las propiedades de personas, grupos, o cualquier unidad sometida a investigación.

Este tipo de investigación puede ir dirigida a captar la presencia o ausencia de un evento, logra identificar sus cualidades y clasificarlas dentro de un contexto entre otros y se realiza cuando no existen descripciones previas del evento o cuando las mismas son insuficientes u obsoletas. Para utilizar este tipo de investigación se realizó una búsqueda de información previa sobre la temática, lo cual permitió evidenciar la falta de investigaciones tanto a nivel nacional como internacional, siendo estas escasas para permitir clasificar sus características y clasificarlas dentro de un argumento, este tema se fue desarrollando desde la carencia mencionada, buscando responder a los objetivos mediante entrevistas con mujeres con pérdida perinatal tardía, logrando articular esta información recopilada con la literatura existente, encontrando símiles entre las vivencias descritas por las mujeres y por las encontradas en la literatura consultada

Para respaldar el estudio descriptivo se utilizó la investigación descriptiva la cual, según Hurtado, está determinada por diferentes fases, las cuales son las siguientes:

- Fase exploratoria: consiste en delimitar el tema, es decir que se quiere investigar, las características, en quienes, en cual contexto y cuando. En esta se delimita el tema. Aquí surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía en la GAM. A ella se llega mediante la escucha y observación de situaciones de mujeres que refirieron una mala atención durante su internamiento al tener una pérdida fetal tardía.

- Fase descriptiva: corresponde a la justificación y el planteamiento de los objetivos. La justificación en este tipo de investigaciones señala las necesidades para realizar el trabajo, así como las razones del porqué se seleccionó el evento. En vista de los comentarios negativos de las experiencias compartidas por las madres con pérdida fetal, en escenarios de cotidianidad como diálogos entre amistades si como durante el ejercicio de la profesión de la investigadora, surgió la pregunta del por qué se daban estas situaciones, pero principalmente si esas percepciones eran generalizadas o esporádicas, con el fin de brindar recomendaciones, reconocer fallos en la atención de enfermería obstétrica o bien, si fueran casos esporádicos, reforzar buenas prácticas en la atención obstétrica.
- Fase analítica: Análisis de teorías sobre eventos a describir y su contexto, en esta se incluye las fases comparativas y explicativa. Este periodo contempla la revisión de la literatura mediante investigación de diferentes artículos, tesis y guías de atención, la realización del marco referencial y la clasificación de las categorías para analizar y discutir el tema.
- Fase predictiva: posterior a la revisión bibliográfica se evidencia las posibilidades reales de poder realizar la investigación y si el tipo de investigación es el más adecuado. En esta fase la investigadora identificó la falta de material sobre el tema, principalmente a nivel nacional, sin embargo también se encontró la carencia de investigaciones a nivel internacional y que dentro de las recomendaciones de otros estudios está la sugerencia de realizar

estudios cualitativos sobre la percepción de la atención de enfermería en la atención de mujeres con pérdida fetal tardía.

- Fase proyectiva: en esta se especifica el diseño, técnicas para recolección de datos, se justifica el tipo de investigación y se definen los eventos a investigar y sus características, se seleccionan las unidades de análisis, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y de qué manera se analizan los datos. Se utilizó la entrevista semi estructurada como técnica de recolección de la información. Este instrumento fue validado por una profesional en psicología, con el fin principal de realizar correcciones y brindar recomendaciones, especialmente al ser un tema que puede desencadenar sentimientos negativos en la mujer. A partir de los hallazgos en la entrevista, las categorías se redefinieron para el análisis en:

1. Características sociodemográficas: Edad actual, estado civil, edad al momento de la pérdida, si el embarazo era deseado/planeado, si la atención fue en un hospital público o privado y por último se pregunta si la pérdida gestacional fue antes o durante o después del parto.
2. Atención del parto: “Yo también estoy pariendo.” en la cual se analiza la percepción desde el momento del ingreso de la mujer al centro hospitalario, la atención durante el parto y la tercera
3. Atención Postparto: “Con los brazos vacíos”, en la cual se analizó la percepción sobre la atención postparto, incluido el tema de lactancia. Estas categorías de análisis fueron nombradas de esta

manera basada en frases dichas por las mujeres que generaron una fuerte impresión en la investigadora.

- Fase interactiva: en esta se ejecuta el diseño de investigación, se aplican los instrumentos para la recolección de datos. La reclutación de las participantes se realizó por medio de una publicación en redes sociales, primeramente en una página dedicada al apoyo de familiares con pérdida gestacional, sin embargo la administradora no se mostró anuente a colaborar, posterior se realizaron publicaciones en grupos cantonales y grupos dirigidos a mujeres. En este segundo reclutamiento varias mujeres mostraron su interés por participar, pero no todas cumplieron con los criterios de inclusión.
- Fase confirmatoria: se procesa la información obtenida en la fase interactiva y se integran en su totalidad de manera coherente, de tal modo que brinde a la persona que investiga una visión completa del evento. En este periodo, se realizó la transcripción de las entrevistas y se realizó el análisis de la información obtenida, organizando los datos por categorías.
- Fase evaluativa: se identifican los alcances de la investigación, las limitaciones y los resultados con base a la fase confirmatoria. Es la parte final de la investigación donde se divulgan los resultados (41). En esta fase se evidencian las necesidades y carencias en la atención a las mujeres con pérdida perinatal, permitiendo comparar los resultados obtenidos con la bibliografía recopilada. Para efectos de requisitos de graduación, esta fase incluye la presentación del informe de resultados ante un tribunal examinador, en una fecha fijada posterior a la

finalización del informe, se realizará un artículo con los principales resultados y conclusiones, con el fin de que se publique en la revista del Colegio de Enfermeras así como en la Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Este artículo además será socializado con las mujeres participantes en la investigación.

4.5 Población.

Se entiende por población como el conjunto de todos los casos (individuos objetos o medidas) que concuerdan con una serie de especificaciones. (37)

Es decir, que todas las participantes tengan las mismas características según las categorías consideradas en la investigación. La población de este estudio está conformada por mujeres mayores de edad que sufrieron una muerte fetal tardía en la GAM y quienes voluntariamente se ofrecieron a participar en la entrevista.

4.6 Muestreo cualitativo

De acuerdo con Mejía el muestreo en investigación cualitativa busca comprender en profundidad, centrándose más en experiencias y marcos que en personas (42). Para la selección de personas se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia la cual consiste en la selección de unidades en forma arbitraria en esta investigación, se considera también autoseleccionada, puesto que las personas participantes responden a una invitación (42). Así, el reclutamiento se realizó utilizando la red social Facebook por medio de publicaciones públicas en grupos de apoyo a familias como “Ángeles de Costa Rica”, grupos contra la violencia obstétrica “Alto a la violencia obstétrica en Costa Rica”, así como grupos de cantones, como por ejemplo “Coronadeños” y

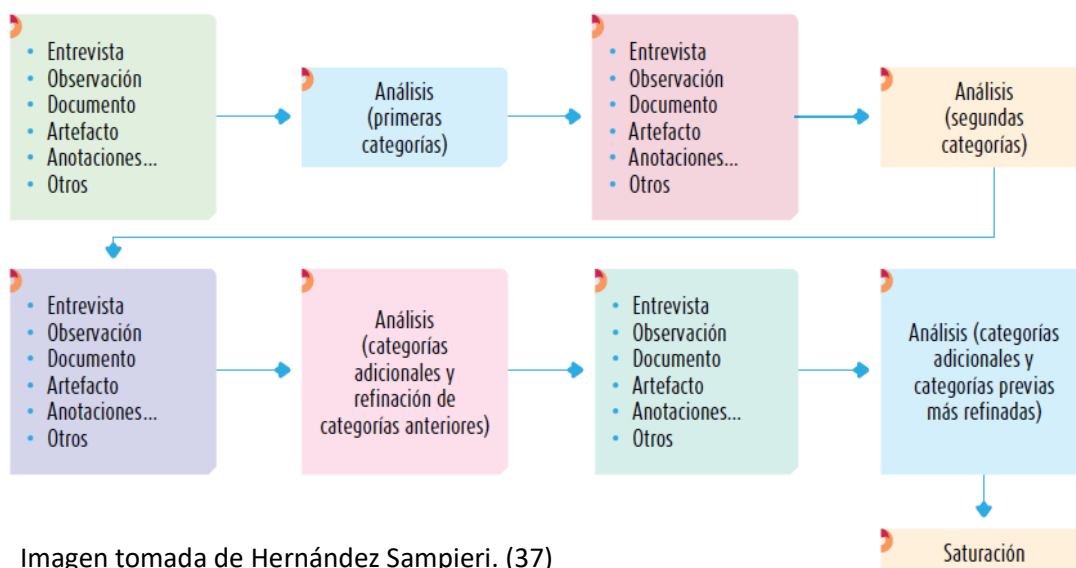
“Calle Blancos Unido”, en las cuales participaron madres y familias vivieron la pérdida de un hijo durante la gestación de este. También se colocó un estado en la aplicación Whatsapp en el cual se pedía, si conocían alguna mujer con perdida gestacional tardía que quisiera participar se comunicara con mi persona. Por este medio se consiguió la respuesta de dos participantes.

Se presentaron obstáculos durante la selección de la población participante como: desconfianza para compartir la experiencia, mujeres cuyo duelo aún estaba activo, o bien mujeres que sufrieron violencia obstétrica con feto nacido vivo, lo cual no es el objetivo de la investigación, además, muchas mujeres fuera del GAM manifestaron su deseo de participar, sin embargo, por cuestiones de movilidad no se lograron incluir dentro de la investigación

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la saturación de categorías la cual se establece cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes y

los nuevos análisis confirman lo que se ha fundamentado (37).

Figura 1. Saturación de categorías.



4.7 Criterios de inclusión y exclusión

Para efectos pertinentes de esta investigación, las participantes cumplieron con las siguientes características:

- Que haya tenido apoyo psicológico.
- Mayores de edad al momento de la entrevista.
- Que la muerte fetal tardía se haya producido hace dos años como mínimo.
- Que el parto haya sido atendido a nivel hospitalario, ya sea público o privado.
- Que hayan estado conscientes durante el nacimiento del niño. (incluye cesárea con bloqueo epidural).
- Mujeres que hayan tenido una muerte fetal tardía, es decir después de las 25 semanas de gestación.

No se incluyen los criterios de exclusión ya que se encuentran implícitos en los de inclusión, ya que al no cumplirse alguno de estos últimos no podría participar en el estudio.

4.8 Técnicas de recolección de datos.

Para efectos de esta investigación, se utilizó la entrevista semi - estructurada. La entrevista, según Sibaja, es la interacción entre dos o más personas, es una conversación con estructura y propósito (43). La entrevista se organizó en tres partes: la primera correspondió a los datos sociodemográficos, la segunda sobre las percepciones en el proceso de parto y el tercero sobre las percepciones en el postparto, esta se realizó de manera presencial o concretando una cita vía telefónica, se utilizaron preguntas abiertas que

permitieron el diálogo con la persona, las cuales surgieron del cuadro de categorías de análisis de datos, mismas que se pueden observar en el anexo #1. Las entrevistas se realizaron en la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, en el periodo de agosto- diciembre del 2019, en diversos espacios del campus donde se garantizó la privacidad, seguridad y confianza de la mujer participante, llevando con cada entrevista aproximadamente una hora, dichosamente no surgieron dudas durante la realización de estas. Una vez finalizadas las entrevistas, el audio se subió a una carpeta privada de Google Drive, eliminando así el audio de la memoria del teléfono. Una vez obtenida la información, se transcribieron las entrevistas en Word, colocando claves en lugar de los nombres de la persona para lograr la confidencialidad de las mujeres participantes.

4.9 Categorías de análisis

4.9.1 Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas

A continuación, en la tabla 1, se presentan los diseños de las categorías y subcategorías que facilitan observar los aspectos que se abordaron a partir del objetivo general y objetivos específicos planteados. Según Cisterna como es el investigador quien otorga significado a los resultados de su investigación se debe tener en cuenta la elaboración y distinción de tópicos a partir de los cuales se recoge y organiza la información. Estos temas se denominan categorías y subcategorías , estas últimas detallan el tema en “microaspectos”. Para el caso e esta investigación se consideran apriorísticas, es decir fueron construidas antes de recopilar la información

Tabla 1. Categorías de análisis

Problema	Objetivo general	Objetivos específicos	Categorías	Sub categorías
La atención brindada por el personal de enfermería a las mujeres que presentaron una muerte fetal se desconoce.	Develar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía.	Identificar las características biosociodemográficas de la madre.	Características biosociodemográficas	Edad actual
				Edad al momento del evento
				Edad gestacional
				Estado civil.
				Embarazo deseado
				Embarazo de riesgo.
				Lugar de nacimiento.
				Vía de nacimiento
		Identificar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante la atención del trabajo de parto.	Percepción durante el parto	Atención del parto
		Identificar las percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el postparto.	Percepción de la atención durante el postparto	Atención durante el postparto

Fuente: Elaboración propia con base a Cisterna (46)

4.10 Criterios de bioética

En toda investigación clínica existe el potencial de explotación al colocar a los sujetos de la investigación en una situación vulnerable de ser perjudicados en aras del bien de otros. Los requisitos éticos para la investigación clínica están dirigidos a reducir al mínimo la posibilidad de explotación, con el fin de asegurar que los sujetos de investigación no sean sólo usados, sino tratados con respeto mientras contribuyen al bien social (44). Existen siete criterios que brindan un marco sistemático y racional para establecer si la investigación clínica es ética o no, los cuales son los siguientes:

Valor: hace referencia a la importancia social o científica que tenga el estudio, con miras al mejoramiento de la atención, bienestar o desarrollo de una población.

Validez científica: los resultados deben ser confiables y válidos

Selección equitativa del sujeto: permite una interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada.

Proporción favorable de riesgo-beneficio: Incluye los principios de Beneficencia y no maleficencia, en tanto que los beneficios han de ser mayores que los riesgos para no causar daño y actuar en beneficio de otros.

Evaluación independiente: en esta se establece el sentido de responsabilidad social y la ausencia de conflictos de interés.

Consentimiento informado: Su utilización permite asegurar que las personas participantes sean conscientes de las implicaciones de la investigación, así como los riesgos y beneficios de esta, para que la persona tome la decisión libre y sin coacción de participar o no en el estudio, buscando respetar la autonomía de decisión de la persona participante (35). En esta investigación se utilizó el formulario de la Universidad de Costa Rica, basado en la ley reguladora de investigación biomédica, ley 9234, y el reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos. (Ver anexo 2)

4.11 Análisis de la información

Permite llegar a un conocimiento sobre el objeto de investigación, ya que el análisis es lo que provee de elementos para la interpretación del fenómeno, a la luz de dichos resultados (45) es el momento donde se permite distinguir y separar las partes de un todo hasta llegar a conocer sus elementos. Se hace una síntesis de la información obtenida, desfragmentarla para identificar situaciones que permitan comprender mejor el objeto de estudio. Dentro del

análisis se incluye también la interpretación de los resultados, que supone la construcción de una teoría para lograr entender el fenómeno (44). En esta investigación, se logró aplicar haciendo una comparación entre lo teórico y lo compartido por las mujeres participantes en la entrevista, como se verá más adelante.

Para el análisis de los datos se utilizó la triangulación de los datos. La triangulación consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes perspectivas y fuentes, más específicamente es la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, se realiza una vez que ha finalizado la recolección de la información (46). La triangulación puede darse entre investigadores, entre diversas fuentes de información e informantes o triangular con el marco teórico. Para efectos de la presente investigación, se utilizó la triangulación por diversas fuentes de información, la cual se evidencia al relacionar los datos de otros investigadores (antecedentes) junto con teoría y lo compartido por las participantes. Esto ayudó a obtener datos diferentes y una aproximación más completa de la realidad que se estudia (47).

Al finalizar la aplicación de las entrevistas realizadas a las nueve mujeres participantes, se procedió al análisis de la información obtenida, mediante una transcripción de estas.

Capítulo V: Resultados y conclusiones

Este apartado corresponde a las conclusiones como resultado de la información recopilada en las distintas entrevistas. La información se expone según los objetivos planteados y siguiendo las categorías presentadas en la matriz de categorización. Cada una de ellas lleva su nombre basado en frases externadas por las mujeres participantes.

5.1 Características biosociodemográficas.

Dentro de las características biosociodemográficas de la población se obtiene que al momento de la muerte fetal las mujeres se encontraban en un rango de edad desde los 16 hasta los 38 años, con estados civiles de casadas y solteras las edades actuales de las participantes se encuentran entre los 23 y 42 años. Las edades gestacionales rondan desde las 26 hasta las 42 semanas de embarazo. Todos los embarazos fueron deseados y cinco fueron no planeados. Solamente una madre refiere haber tenido una cesárea intraparto

Todas las mujeres participantes son vecinas de la Gran Área Metropolitana, específicamente de las provincias de San José y Cartago. La atención recibida fue, en todos los casos, en hospitales públicos.

Tabla 2. Caracterización biosociodemográfica de las participantes

Participantes	Edad actual	Edad al momento del evento	Edad gestacional	Estado civil	Tipo de parto	Lugar de nacimiento	Embarazo deseado/planeado
ASB	42	32	41+4	casada	Vaginal	Hospital público	Deseado/planeado
IGS	41	38	28	Casada	Vaginal	Hospital público	Deseado/ no planeado
EGM	30	17	31	Soltera	Cesárea intraparto	Hospital público	Deseado/ no planeado
MPM	23	17	28	soltera	Vaginal	Hospital público	Deseado/ no planeado

ECU	24	16	32	Soltera	Vaginal	Hospital público	Deseado/ no planeado
JSM	40	28	30	Casada	Vaginal	Hospital público	Deseado/planeado
MBU	32	29	28	Casada	Vaginal	Clínica pública	Deseado/ no planeado
WCG	34	28	40	casada	Vaginal	Hospital público	Deseado/planeado
VRG	32	30	28	Casada	Vaginal	Hospital público	Deseado/planeado

5.2 "Percepción durante el parto: Yo también estoy pariendo

En esta categoría emergente se investigó sobre las percepciones durante la etapa preparto y parto, es decir, desde el momento en el cual las participantes fueron a consultar al hospital, se les informa de la muerte fetal y se les realiza el ingreso hospitalario, hasta el momento en que nace su bebé.

Primeramente, se consultó sobre la percepción de la atención por parte de enfermería en el momento en que ingresan a Emergencias hasta su traslado a salón. No todas las mujeres participantes fueron hospitalizadas en la fase latente del parto, es decir durante los primeros momentos en los que el cuerpo se prepara para el parto, donde inicia el periodo de dilatación; algunas de ellas fueron recibidas en el momento donde las contracciones son más fuertes y más seguidas y el momento del nacimiento del feto se encuentra más próximo en emergencias y trasladadas a sala de parto para su atención inmediata. Otras fueron a consultar porque sentían que su bebé no se movía, sin estar aún en algún momento específico del parto.

En este primer momento, a pesar de que los servicios de Emergencias de los hospitales en los cuales fueron atendidas las mujeres participantes cuentan con personal de enfermería obstétrica, se identificó una ausencia de cuidado de enfermería durante la permanencia de las mujeres en el servicio de

emergencias, la cual se refleja no solo en el aspecto físico, sino también en las expresiones del personal, al hacer comentarios que culpaban a la madre sobre su vivencia o bien, invalidan las emociones expresadas por las mujeres participantes, además, se observa la necesidad de realizar trámites o procedimientos para los cuales ellas no se encuentran mentalmente preparadas en el momento.

“La enfermera me vio con lástima, me trajo la silla de ruedas y me dijo: “tiene que ir con su esposo a dejar estos papeles para que la internen, después regresan aquí” Yo no tenía por qué andar por todo el hospital con mi bebé muerto.” IGM

“La enfermera me dijo que si no había puesto atención y dijo de manera grosera “su bebé está muerto, ¿es que no entendió? Váyase para su casa porque no hay campo, mañana viene a ver si hay campo” JSM

Menciona Pastor la pérdida perinatal produce un gran impacto emocional no solo en los padres sino también en el profesional involucrado, lo cual puede afectar los servicios brindados (3). González reconoce, además, que ante falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta consiguiendo con ello estados de frustración e impotencia (4). Esto, sin embargo, no debería justificar los comportamientos negativos por parte del personal de enfermería obstétrica, es necesario adquirir conocimiento y comprensión mayor de lo que supone la pérdida de un hijo. Además, es importante comunicar adecuadamente qué está sucediendo, así como permitirle a la mujer sentir su duelo, consintiendo la normalización de sus

emociones, es decir, decirle que es natural sentirse triste, llorar, necesitar espacio sola, u otras emociones que surjan.

Una vez ingresadas al salón se menciona que fueron hospitalizadas en salones junto con otras madres gestantes, o bien, se ingresaron directamente a sala de partos. Solo dos de las participantes refirieron haber estado en expulsivo, mientras que las otras madres parieron en salón o en sala de partos. Una de las participantes tuvo su parto en el baño del hospital. Durante su permanencia en salón, las participantes refieren sentirse abandonadas, mencionan no tener permitido estar con sus parejas o familiares (aún en mujeres menores de edad al momento de la pérdida), recibir frases despectivas, juicios de valor, apatía y ausencia del personal. Todas las mujeres participantes refieren que la actitud hacia ellas era totalmente diferente que la que recibían las mujeres con fetos vivos.

“Parece que solo las enseñan a celebrar la vida, a uno solo le dicen “ay ya, usted es joven” JSM

“Me enteré que decían que yo había intentado un aborto, me decían que porque no me operaba, una mujer como yo no debería tener hijos” MBU

“Cuando se dieron cuenta que ya mi bebé había muerto nos pasaron a ese cuarto y se olvidaron de nosotros. Solo se acercaron para decirle a mi esposo que me controlara porque con esa lloradera no dejaba dormir.” ASB.

Durante el duelo gestacional se presenta un duelo desautorizado, el cual hace referencia al aspecto social y se aplica a los duelos que no pueden ser socialmente reconocidos (3). Para disminuir el efecto negativo del duelo, se

recomienda la presencia y apoyo por parte de los profesionales hacia los familiares que necesitan compañía ante su dolor, el cual puede ser dado con simples palabras de acompañamiento. (5) Es por estopor lo que desde el primer momento en que se interacciona con la mujer, enfermería obstétrica debería establecer una relación de ayuda terapéutica, presentarse con su nombre, ofreciendo familiaridad y seguridad, identificando situaciones que pueden dar lugar a la complicación del duelo, como por ejemplo no permitir hablar del duelo, negación social, así como falta de redes de apoyo (30). Sin embargo, solo una participante menciona recordar una enfermera en particular:

“Recuerdo una enfermera que ella sí se tomó su tiempo, fue y se sentó y habló conmigo y no me calmó, pero de alguna manera eso me ayudó me sentí más acompañada” IGS

Resulta importante dar un adecuado acompañamiento, ya que esta noticia irrumpe de manera súbita la alegría de la mujer, dificultando la elaboración del duelo y si no hay un debido acompañamiento no se permite una reorganización de la vida de la persona en duelo, generando duelos patológicos (30). Destacando esto, durante la realización de las entrevistas, se observó que los duelos fueron de difícil elaboración, algunas desarrollaron síndrome de estrés postraumático y todas tuvieron pensamientos suicidas posterior a la pérdida.

Al momento de iniciar el parto es importante tomar en cuenta que es un proceso doloroso y que en condiciones sin riesgo es común que la mujer sienta miedo al parto, generando una sensación de no tener control alguno y estar completamente sola y el duelo materno hace que las condiciones psicológicas

potencien esta percepción, por lo cual se recomienda la mujer cuente con personas que la apoyen y ayuden a aliviar su angustia y dolor. (47). A pesar de las recomendaciones y lineamientos en los que se indica que la mujer tiene derecho a estar acompañada por alguien de su confianza estos no se respetan, solamente dos mujeres participantes refieren haber estado acompañadas, una de su esposo y otra de su madre.

“Me prohibieron estar con mi marido, yo sentí una contracción grandísima y ahí donde están las mamás con los bebés sentí que salió bebé.” JSM

“no dejaban que mi esposo estuviera” WCG

“El trato era tan poco, no hay ninguna enfermera que recuerde. Solamente llegaban, me preguntaban si me dolía y se iban, no me tomaban ni la presión. Yo estaba insegura tenía 17 años, estuve muy sola” MJP

El soporte emocional que el personal puede ofrecer es crucial durante la labor y el parto. La actuación de enfermería es crucial para ofrecer una atención integral, sensible y empática, recordando que enfermería obstétrica es quien va a acompañarlas presenciando la evolución del parto, por tanto, se debe saber que hacer y decir y que no con tal de que la mujer se sienta apoyada. El objetivo es conseguir una atención holística, más allá del ámbito ginecológico. (18) Muchas mujeres tienen miedos que se pueden intensificar si el bebé ha muerto y ellas necesitan mayor apoyo y coraje para continuar durante la labor y el nacimiento. (48)

Esta percepción de abandono y soledad, ante la falta de compañía, no son ayudantes en el proceso de duelo de la mujer, ni permite una disminución en la sensación de angustia en la madre con pérdida gestacional, la literatura recomienda el acompañamiento durante el parto, es importante que la mujer y su acompañante no se sienta sola durante la labor, a menos que ellas mismas soliciten privacidad. (48)

Con respecto al momento de la fase de expulsivo, es importante que el personal de enfermería respete la identidad del feto como un miembro de la familia y no como un “producto” a pesar de la muerte intraútero, aunque las mujeres refieren lo contrario:

“La enfermera le dijo a mi esposo: vea, yo no tengo tiempo, tengo otros pacientes que atender, usted le va a ayudar a parir porque ella no ayuda, la va a poner de pie y que para como las indias, que puje y puje. Mi esposo le preguntó que si le podía dar algo para sostener a bebé si nacía y la enfermera nada más dijo: “ay papá, es solo un producto muerto, nada le va a pasar” ASB

“Yo sentí una contracción grandísima y ahí donde están las mamás con los bebés sentí que salió bebé en eso la enfermera vino en carrera cerró la cortina y agarró a mi bebé y me dijo “la naturaleza es sabia, yo le recomiendo que ni siquiera lo vea” y se fue con mi hija” WCG

“Cuando la bebé nació me la enseñan y me dice: viene completa con sus manos, con sus ojos, su nariz, sus orejas, todo, pero el producto

*está muerto. Yo le dije: ella no es un producto, es mi hija y se llama
***”IGS*

Para los padres no ha muerto un producto, sino su hijo, es la pérdida de una persona real que no se ha podido conocer (3), además, la desautorización del dolor, y la falta de empatía suponen una pérdida más. No solo se ha perdido un hijo/a , sino también los planes y sueños que la madre ha construido sobre el/ella. Un irrespeto a las vivencias de este duelo y a sus manifestaciones supone un riesgo a la salud mental de la mujer (3). Como parte de lo anterior, se indica que las mujeres que han tenido la oportunidad de conocer a su hijo/a experimentan una reducción en la ansiedad y depresión (48).

“Yo lo tuve en el baño, ese momento en el que estuve sola, en el que lo pude tener en mis manos y sentirlo, no lo olvido nunca.” MBU

“Yo lo vi y era hermoso, a mi él me sacó de la calle y de las drogas, yo le decía que respirara por favor” ECU

“Cuando nació yo no lo quise ver, pero la enfermera me dijo que podía preguntar después. Al rato me lo trajeron pero en un tarro, como si fuera desecho” MPM

“La enfermera se fue con mi hija, aunque han pasado casi 10 años me sigo preguntando como sería, todavía sueño con ella, como me la imagino que pudo ser.” JSM

“Voy a funerales de bebés, a ver si logro encontrar en alguno de ellos el rostro de mi hija” ASB

“El poder sostenerla me ayudó a saber que ella si existió, que fue mi hija y que fue amada” IGS

“Me dieron nada más una huella en un cartón, pero a él nunca lo pude conocer y eso no lo olvido.” VRG

Dentro de la bibliografía se encuentra que el conocer al hijo fomenta este vínculo materno, estimula la aparición de sentimientos de logro y satisfacción, disminuyendo la posibilidad de padecer trauma de estrés postraumático (34). Dar a la pareja la oportunidad de sostener al niño muerto en un ambiente tranquilo y privado ayuda a eliminar los sentimientos de negación y permite que la pareja evolucione hacia el siguiente paso del proceso de duelo. Además, hay que tomar en cuenta que actualmente, los vínculos prenatales son mayores debido a una mayor accesibilidad a recursos tecnológicos (mejores ultrasonidos, imágenes 4D) los cuales permiten crear una mejor imagen de cómo es el hijo, idealizar su cara, su forma; al conocer al hijo/a la mujer reconoce que no fue una fantasía, permite recolocar emocionalmente al hijo, adaptarse a la nueva realidad y continuar el proceso de duelo.

5.3 Postparto: “Con los brazos vacíos.”

La etapa post parto involucra cambios físicos y emocionales, después del parto es normal que la mujer se encuentre cansada, es importante monitorizar de cerca a la mujer para evaluar sangrados y una adecuada involución uterina. Para algunas mujeres la experiencia del nacimiento ha sido extremadamente dolorosa, llena de horas de sensación de impotencia o de pérdida de control. En esta situación, la mujer tiene más riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático(34) El postparto es un periodo especial que debe ser

tenido en cuenta, el hecho de que no exista un bebé que cuidar no significa que la mujer no deba recuperarse de los cambios, físicos, hormonales y emocionales propios del embarazo (3). Sin embargo, como las siguientes frases lo ilustran, las mujeres refieren seguir sintiéndose abandonadas.

“A mi me sentaron en una silla en medio pasillo, todo me dolía, el alma, el cuerpo. Nadie se me acercaba” ECU

“Después del parto me llevaron a salón con las otras mamás, recuerdo que me patearon la cama porque estaba muy cansada y me preguntaron que dónde estaba mi bebé” VRG

“Me pusieron en el pasillo donde yo podía ver a las mamás con sus bebés, y yo con mis brazos vacíos.” JSM

Durante el postparto, se inicia la vinculación con el niño, en este las tareas de cuidado y de amamantar al bebé se cambian por los procesos de duelo los cuales deben de permitirse y validarse. Una elaboración inadecuada de este puede dar lugar a problemas para el desarrollo personal. (3) Las madres refieren una falta de empatía por parte del personal en el proceso postparto, reflejados en comentarios que, lejos de ayudar, se perciben como desvalorizantes.

“¿Por qué te pones así si es un bebé usted no lo manipuló? Es más difícil perder un hijo grande que a un bebé.” EGM

“Me decían que no pasaba nada, que yo era joven, que ya tendría más. Pero yo no quería otro, quería a ese.” VRG

*“Yo me la pasaba llorando y me gritaban que dejara de ser tan pendeja”
JSM*

“A mí me dolía todo, tenía un desgarro en una pierna, el abdomen lleno de moretones y con una anemia enorme, y todas las mañanas era lo mismo: ¡Levántese! ¿ya bañó a su bebé? ¿Dónde está su bebé? Quería morirme.” ASB

Es importante recordar que, por un lado como brindadores de cuidados, la intervención hospitalaria integral y oportuna no solo se torna limitada de tiempo y, por otro lado, esta intervención se ve limitada por escasez de recurso; en la mayoría de los casos solo da tiempo a prestar unos “primeros auxilios psicológicos que no eliminan el dolor de la pérdida pero sí facilitan el comienzo del proceso del duelo. Si bien esto no puede eliminar el dolor y la devastación que los padres sienten, la insensibilidad y la mala atención pueden empeorarlos. (4) Evidencia de esto son comentarios que realizaron varias mujeres:

“Me ingresaron en un salón donde hay un balcón, una vez intenté tirarme, pero el enfermero me agarró, luego me sujetaron y me sedaron.”

EGM

“Después de que salí muchas veces intenté matarme. Me sentía culpable.” ASB

“Aún hoy recuerdo la cara de la enfermera, como de pánico, y la soledad y el abandono. Todavía me despierto por las noches.” ECU

“A mí me trataron con tanta ausencia que yo ni siquiera sabía que había vivido un parto” WCG

Es importante mencionar que muchas veces, el cuidado brindado a las mujeres por parte del personal de salud se basa en suposiciones sobre el significado de pérdida que tiene la sociedad y el sistema de salud, más que en el significado que tiene para la mujer (2), lo cual puede conllevar a esta percepción de abandono y soledad, debido a la poca información que existe y además de ser un tema no hablado, un duelo no autorizado como se mencionó anteriormente.

Durante el postparto, se inicia el proceso de lactancia, el cual no se detiene al haber una muerte fetal, al ser un cambio hormonal. Como parte de los cuidados de enfermería es importante avisar a las madres que este proceso se va a dar, complicaciones como la mastitis, así como brindarles opciones de qué hacer con su lactancia, secar la leche de manera natural, farmacológicas o bien donar la leche. Aquellas madres que deciden donar su leche refieren sentir que están haciendo que la muerte de su hijo no fue en vano, dándole un valor altruista. Hay que recordar que socialmente, la lactancia materna es una expresión de maternidad. (49).

“Yo entré en el proceso de lactancia y no sabía nada, me agarré de sorpresa.” MPM

“Era muy duro yo sentía que me iba a volver loca emocionalmente mis pechos lloraban.” IGM

“A mi esposo le dijeron que comprara unas pastillas, me las dieron apenas nació bebé y nunca me bajó la leche.” JSM

“Nadie me dijo que tenía que sacarme leche, me fui al hospital porque tenía calentura y los pechos rojos y me regañaron por no saber.” EGM

“A mi me dijeron que tenía la opción de donar leche, así que lo hice y sentí que aunque no tuviera a mi bebé en algo ayudaba. Me hizo sentir mejor como mamá.” MBU

Como se ha venido mencionando, el cuidado de los aspectos psicológicos de la madre es importante para un adecuado manejo del duelo perinatal, buscando evitar complicaciones posteriores, como el trauma por estrés postraumático, depresiones o duelos patológicos. Dentro de los protocolos de atención al parto y post parto se recomienda coordinar interconsultas con psicología, realizar control postparto a los 7 días, brindar educación sobre grupos de acompañamiento, brindar un recuerdo de la existencia del bebé. (34) Al preguntarle a las mujeres si al egreso se les dio algún recuerdo de bebé, se les dio cita postparto o referencia a psicología, la mayoría responde de manera negativa, Ninguna tuvo control postparto.

“A mí me dieron nada más el acta de defunción, no me dijeron que fuera a control.” EGM

“Mi mamá le tomó una huellita a mi hijo cuando le estaba mudando, es lo único que tengo de él.” ECU

“A mi me dieron una cajita con un peluche, una pulsera de identificación y la huellita, me mandaron a un grupo de apoyo, pero todas eran mujeres que sus hijos se murieron grandes, eso fue muy grosero, ellas si tuvieron a sus hijos, yo no.” VRG

Se espera que el profesional sanitario sea capaz de conocer y atender los diferentes aspectos de la pérdida ofreciendo un cuidado integral para facilitar el proceso de duelo, sin embargo, muchas veces por la falta de preparación hacia la muerte, la poca o nula formación específica en muerte perinatal, generan conductas evitativas en el personal (3), lo cual afecta la relación enfermera paciente, generando una percepción de frialdad por parte de las usuarias, por el contrario, el acercamiento por parte del personal, la autorización del duelo, generan impresiones positivas:

“Hubo una enfermera, jovencita, que me llevó al baño, me hizo masajes en la espalda, me decía que todo iba a pasar pronto. A ella parece que si la formaron bien” WCG

“Solo una fue sensible conmigo, me decía que era normal llorar, que si ocupaba algo la llamara” JSM

Se refleja también en otras madres la percepción de frialdad:

“Yo no hice un vínculo con ninguna enfermera, era como si yo no existiera.” MPM

“En medio de todo mi dolor y desesperación la recuerdo a ella (la enfermera que atendió el parto), me marcó por lo menos de que yo no la olvide físicamente, lo único que espero es que su corazón cambie.” IGS

En la Encuesta Nacional de Mujeres y Adolescencia (EMNA), realizada en Costa Rica en el año 2018, se identificaron distintas variables relacionadas con

la atención del parto para identificar y cuantificar la violencia obstétrica en los hospitales del país, las cuales se enumeran a continuación:

1. No se permite el acompañamiento
2. No se brinda privacidad.
3. No se permite elegir una posición en el parto.
4. No se consulta sobre procedimientos o aplicarle medicamentos
5. No se brinda información comprensible.
6. No apoyarle de manera adecuada.
7. Recibir insultos, comentarios peyorativos, críticas , sobrenombres.
8. Obligación a pujar sin ser necesario.
9. Agresión física.
10. No revisar la salud de la madre antes del egreso hospitalario.
- 11.No recibió asesoramiento sobre la lactancia. (49)

Tomando en cuenta estas variables y lo descrito por las participantes se observa como común denominador la violencia obstétrica más allá de sentimientos de soledad o negación de sus sentimientos, manifestada no solamente en su forma física, sino también visible en violencia institucional (tramitología innecesaria, falta de recurso humano o material), como lo describe una de las participantes.

“Me dijeron que me fuera para la casa así no más, con mi bebé muerto, y que luego regresara. Ni siquiera tenía teléfono en ese momento ni monedas para llamar a mi esposo, yo no sabía qué hacer y le pedí a la doctora que si me prestaba el de ella para avisarle a mi esposo y me respondió que fuera a la calle, que ahí habían teléfonos públicos” JSM

En ocasiones también se observa violencia simbólica (donde se impone el “conocimiento del profesional sobre el de la mujer, la violencia comunicativa (cuando no se explica qué está sucediendo y/o se da por un hecho que la mujer entiende el procedimiento y la violencia psicosocial (al culpabilizar a la mujer) aun si ellas no fueron conscientes en ese momento de la situación. Es importante mencionar que muchas veces estas acciones u omisiones desarrolladas por el personal de la salud puede ser causado por las mismas condiciones estructurales del sistema de salud, donde en ocasiones existen falta de insumos, exigencias económicas en términos de productividad y rendimiento y jornadas extenuantes para el personal de la salud, que pueden desencadenar efectos como el síndrome de desgaste profesional o burnout.(50)

A muchas no se les permitió un adecuado acompañamiento, inclusive a las mujeres menores de edad, también es evidente la falta de privacidad, al parir algunas en un salón, en un baño o bien, no tener un lugar íntimo para poder expresar su duelo.

Otras variables como el no brindar información comprensible, consultar e informar sobre los procedimientos se refleja claramente en una frase de una de las participantes:

“Yo no sabía que había tenido un parto hasta que tuve a mi segunda hija. Ahí entendí que todo lo que me había pasado había sido un parto, había parido y ni siquiera me había dado cuenta.” WCG.

En resumen, se encuentra que las mujeres entrevistadas comparten las mismas experiencias de soledad, maltrato, abandono, desinterés hacia la

experiencia, silencio y minimización del duelo, de violencia obstétrica. Además, revela que no se respetan protocolos de atención, como por ejemplo controles postpartos o controles de signos vitales. La percepción de las mujeres hacia la atención es principalmente negativa, las percepciones positivas son pocas y se limitan a momentos específicos. Se observa también procesos de duelo no resueltos a pesar de la atención recibida por el personal de enfermería y a grandes luces se observa también la violencia obstétrica que sufrieron las madres.

Las mujeres cuando llega el momento del parto, según Fuentes (49) se enfrentan a una relación personal-paciente, en la que se ejerce el “poder disciplinario”, donde se confrontan conocimientos y se determina simbólicamente quién sabe y quién no, y predomina la “disciplina médica”. Debe tenerse presente que, en estas relaciones de poder, el parto pasa a ser una relación biopolítica. Es ahí donde enfermería desde su arte de cuidar y tomando como referencia la teoría de Jean Watson y el cuidado transpersonal se debe abordar la atención desde el compromiso moral del profesional donde se proteja y realce la dignidad humana , permitiendo que su cuidado humanizado trascienda en la práctica. (51).

Como menciona Izquierdo, si bien es inevitable para el profesional encontrarse con situaciones negativas es vital no traslaparlas con la atención de salud que se brinda. Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente. Es importante saber autogestionarse emocionalmente y tener una adecuada inteligencia para desarrollar la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro permitiendo el desarrollo de una relación ayuda –confianza entre

enfermera y paciente promoviendo y aceptando la expresión de sentimientos positivos y negativos y una comunicación eficaz.(52) Nosotros, como profesionales en enfermería obstétrica debemos reconocernos no solo como meros profesionales sino también como personas que sienten y así, mediante esa empatía con la mujer, poder escucharla, ayudarla a moderar sus emociones y poder realizar una escucha activa que nos permita brindar una atención de calidad no solo desde lo técnico y lo biológico, sino también desde lo humano.

Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones.

El tema de la pérdida perinatal, especialmente en la pérdida gestacional tardía, es un asunto del cual no existe suficiente material como artículos científicos o ensayos que lo aborden a profundidad, no solamente en cuanto a las percepciones de la mujer sobre la atención recibida por el personal de enfermería obstétrica si no también falta investigar acerca de la percepción y conocimiento de la pérdida perinatal en el personal hospitalario.

A nivel nacional no existen investigaciones que evidencien la manera en la que las mujeres con pérdida gestacional perciben el trato recibido por el personal de enfermería durante su internamiento hospitalario al momento de tener su hijo. El conocer cómo perciben las mujeres el trato por parte del personal permite corregir comportamientos que puedan ser nocivos en la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como reforzar acciones positivas del personal que se convierten en factores protectores para la mujer.

A nivel nacional no existen protocolos hospitalarios específicos para la atención de la mujer con pérdida fetal, esto podría mejorarse mediante más investigación sobre el tema y trabajo interdisciplinario, en el cual se complemente la atención de enfermería obstétrica, salud mental medicina y trabajo social, con el fin de crear protocolos o lineamientos de atención que satisfagan las necesidades de la mujer con pérdida gestacional.

Se evidencia una falta de infraestructura hospitalaria que permita la privacidad de la mujer durante su internamiento, lo cual desde enfermería obstétrica se podría solucionar mediante una mejor distribución de las camas, evidenciando

y proponiendo a las jefaturas la necesidad de espacios para esta población, sin que esto necesariamente genere gasto para la institución.

Las mujeres percibieron soledad, falta de comunicación y de apoyo emocional durante el periodo de hospitalización.

No hay respeto por parte del personal de enfermería hacia el duelo presentado por las mujeres participantes, lo cual conlleva a un duelo desautorizado, futuros traumas, temores a próximos embarazos y riesgo de duelos patológicos.

Las mujeres participantes percibieron una falta de información, así como de sensibilización en el personal de enfermería hacia la mujer con pérdida fetal tardía, lo cual se evidencia en los comentarios referidos por las mujeres participantes.

Existe una atención diferenciada entre aquellas mujeres que tuvieron su hijo vivo y las mujeres participantes, lo cual es referido por las madres entrevistadas, ya que mencionan que eran “olvidadas” no tenían la misma atención que aquellas con las que compartían salón con sus hijos vivos, igual comparten ese sentimiento al tener a su siguiente hijo.

A pesar de que los momentos, es decir, el momento generacional en los que las mujeres tuvieron su pérdida van desde hace 15 años hasta 3 años mínimo y fueron atendidas en diferentes escenarios hospitalarios, la percepción de abandono por parte del personal de enfermería es muy similar entre las experiencias relatadas.

No hay un seguimiento posterior postparto como se daría en una mujer que pare un niño vivo, a pesar de que biológica y fisiológicamente la mujer ha pasado por un proceso de parto y debe ser observada, llevando a riesgos de

embarazos con espacios intergenésicos muy cortos, alteraciones de salud mental, posibles infecciones como mastitis, sangrados uterinos anormales, entre otros riesgos del postparto.

Producto del silencio y abandono percibido por la mujer con pérdida gestacional, hay falta de información sobre los diversos procesos postparto, como el sangrado y la lactancia, además de cuidados de perineorrafias o anemia.

No se brinda un seguimiento o acompañamiento de salud mental, lo cual puede generar procesos de duelo patológicos o trastorno de estrés postraumático. Esto se podría mejorar incluyendo dentro de la atención de enfermería una interconsulta con enfermería en salud mental quien puede brindar herramientas de contención y abriendo un espacio para que la madre pueda expresar sus sentimientos y se valide su duelo, o bien, promoviendo la escucha activa por parte del personal de enfermería obstétrica.

Se ejerció violencia obstétrica sobre las mujeres participantes, lo cual involucra una pérdida de autonomía sobre sus propios cuerpos y su capacidad de decidir, lo cual puede influir negativamente en la calidad de vida.

5.2 Recomendaciones.

Posterior al análisis de los resultados y las conclusiones se brindan las siguientes recomendaciones:

Realizar más investigaciones a nivel nacional sobre la percepción de la atención de enfermería obstétrica en madres con pérdida fetal tardía, las cuales nos permitirían entender y conocer mejor este fenómeno y realizar mejores

acciones en la atención de la mujer con pérdida gestacional, como por ejemplo protocolos o guías de atención.

Mejorar espacios y/o implementar estrategias, como por ejemplo destinar camas o salones específicos, que permitan la privacidad de la mujer con pérdida fetal tardía durante su hospitalización, sin que esto disminuya la atención por parte del personal de enfermería.

Promover la publicación y socialización de los resultados de la presente investigación tanto en espacios laborales como académicos, con el objetivo de dar a conocer a los y las profesionales en enfermería ginecoobstétrica y perinatal la necesidad de brindar herramientas para el abordaje de las mujeres y familiar que presentaron muerte fetal tardía.

Brindar talleres de sensibilización al personal de enfermería sobre el duelo perinatal y el impacto que tiene la atención profesional en la sanación del duelo, con el fin de mejorar y ampliar el conocimiento sobre el duelo vivido por la mujer gestante y disminuir así la percepción negativa que tienen las mujeres con pérdida gestacional hacia la atención brindada durante el parto. Esta sensibilización también les permitirá a los profesionales gestionar sus emociones y reconocer sentimientos que puedan ser perjudiciales tanto para sí mismos/as, así como para las personas a quienes se les brinda el cuidado

Realizar una revisión de los programas de estudios de grado y postgrado para identificar las carencias en la formación académica sobre la atención de duelo perinatal e incorporar el tema con el propósito de visibilizar la pérdida y el duelo perinatal como una realidad en la atención ginecoobstétrica e iniciar el proceso de sensibilización.

Reforzar la educación en enfermería hacia la mujer con pérdida gestacional sobre los procesos que se están realizando y que está experimentando durante la estadía hospitalaria, es decir, explicarle de manera que la usuaria comprenda el procedimiento a realizar, ya sea en su cuerpo o en su entorno, ya que esto le brindará una sensación de seguridad sobre lo que está pasando y de este modo disminuir la ansiedad.

Propiciar espacios para que la mujer exprese sus sentimientos y sus deseos sobre el parto, sus dudas y necesidades. Estos espacios pueden desarrollarse tanto en la atención directa, durante la estancia de la mujer gestante, después del parto, además de realizar seguimientos postparto donde se le permita hablar del tema a la mujer, no solo realizar la valoración física postparto sino además realizar escucha activa e incluir referencia con un profesional en enfermería en salud mental, psicología o psiquiatría según lo requiera o desee la madre.

Incorporar la atención interdisciplinaria en salud mental en el cuidado de la mujer con pérdida fetal tardía. Esta intervención se puede realizar en dos momentos: durante la estancia hospitalaria y durante el periodo postparto, en una de seguimiento 8 días después del parto.

Valorar la creación de un comité interdisciplinario para la elaboración de un protocolo de atención para las mujeres con pérdida gestacional. Este comité estaría conformado por enfermería obstétrica, medicina ginecobstétrica, salud mental y trabajo social con el fin de: identificar redes de apoyo, brindar soporte y estrategias para un adecuado proceso de duelo, identificar riesgos de salud y realizar una adecuada atención integral del parto y la pérdida.

Incorporar dentro del ejercicio de la profesión, sesiones periódicas de salud mental, proporcionadas ya sea por enfermería en salud mental o por psicología, para evitar síndrome de burnout en el profesional ginecoobstetra que le pueda llevar a brindar una mala atención.

Como última recomendación se insta a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, a valorar la inclusión, dentro de los estudios de grado y postgrado, del tema de duelo perinatal, debido a que los profesionales en enfermería y Obstetricia somos el principal contacto con estas mujeres y el vínculo que establezcamos en su cuidado impactará en su salud integral, lo cual se podría abordar desde las clases teóricas, visibilizar en los campos clínicos, preclínicos y postclínicos y mediante un acompañamiento terapéutico de alguna pérdida perinatal, previo consentimiento de los padres. Es importante que se realicen intervenciones o charlas sobre el proceso de duelo y acompañamiento no solo durante etapa de la vejez, sino que se aborde inclusive desde previo a que las personas estudiantes se expongan a estos campos clínicos, esto con el fin de fortalecer las herramientas personales para enfrentarse ante la muerte.

Capítulo VI: Bibliografía

1. Bermúdez Campos ME. Mortalidad fetal : percepción materna sobre la atención brindada al ingresar en la fase activa del parto servicio de emergencias Hospital de Guápiles, años 1998-2000. [San José, [C.R.]]: Tesis (maestría en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal)--Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Postgrado, 2002.; 2002.
2. Patey J. Looking out that window too: A woman's experience of loss in pregnancy. McIntyre M, editor. ProQuest Dissertations Publishing; 2002.
3. Pastor Montero SM. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa. Tesis Dr. 2016;271.
4. Gonzalez del Barrio V. Revisión de evidencias de la intervención de los profesionales sanitarios en la atención del duelo tras una muerte fetal tardía. Universidad de León; 2015.
5. Modiba, L., Nolte AG. RESEARCH THE EXPERIENCES OF MOTHERS WHO LOST A BABY DURING PREGNANCY Dr L Modiba. 2007;12(2):3–13.
6. Lee C. "She was a person, she was here": The experience of late pregnancy loss in Australia. J Reprod Infant Psychol. 2012;30(1):62–76.
7. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. Women and Birth [Internet]. 2015;28(4):272–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wmbi.2015.07.003>

8. Claramunt MÀ, Alvarez M, Jové R, Santos E. La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo. [Internet]. Madrid: La esfera de los libros; 2009. 334 p. Available from: www.esferalibros.com
9. Sin título. p. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TF>.
10. WHO. Stillbirths. p. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epid.
11. CENI. Estadísticas Vitales 2016 Población, Nacimientos, Defunciones y Matrimonios. Costa Rica [Internet]. 2017. Available from: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replancev2016.pdf>
12. Oviedo S, Urdaneta E, Parra FM, Marquina M. Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatría*. 2009;76(5):215–9.
13. Diago Almela VJ, Perales Puchalt A, Cohen M, Perales Marín A. Muerte fetal tardía. Libro blanco la muerte súbita Infantil. 2013;29–36.
14. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 1. edición. Barcelona: Barcelona : Grijalbo Mondadori; 2000.
15. González A, Connolly R De. Dseo De Hijo ...¿ Bebe Ideal ? 2004;73–94.
16. Prieto Avila C. De la eutanasia: la ética, la libertad, la autonomía y el ejercicio médico. *Rev Colomb Salud Libr*. 2009;8:59–65.
17. Ortúzar. La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de. 1996;31–2. Available from: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2563/

18. Jesús M, García B. Experiencias y reflexiones ante la pérdida del bebé . ¿ Cómo acompañar ? 2006;657–63.
19. Sáenz Rubio M. Afrontamiento del duelo por muerte perinatal. Cuidados de enfermería. Univ la Rioja [Internet]. 2016;51. Available from: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002600.pdf
20. Martos-López IM, Sánchez-Guisado M del M, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. Rev ESPAÑOLA Comun EN SALUD [Internet]. 2016 Dec 12;7(2):300–9. Available from: <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
21. Northrup C. Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer : una guía para la salud física y emocional. Edición re. Argentina: Argentina : Urano.; 2010.
22. Amindabieta LG de, Pía A. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2011;31(109):053–70.
23. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. 1.^a ed. Barcelona: Ediciones Luciérnaga; 2016.
24. REGLAMENTO DE ENFERMERÍA GINECOBSTÉTRICA Y PERINATAL DE COSTA RICA [Internet]. [cited 2019 Mar 29]. Available from: <http://www.pgrweb.go.cr/DOCS/NORMAS/1/VIGENTE/R/2000-2009/2005-2009/2005/D3BC/7B71D.HTML>
25. WAS. Derechos Sexuales. Hong Kong: World Association for Sexual Health; 1997. p. 8–10.

26. Feito L. Ética del cuidado en enfermería. In: Bioética y cuidados de Enfermería. CECOVA. ESpaña; p. 101–22.
27. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
28. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
29. Nacional De Estadísticas I. Estadísticas Vitales 2016. 2018;
30. Ridaura Pastor I, Rosa Maria Raich Escursell Dra Eva Penelo Werner D. Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2015. Available from: <https://ddd.uab.cat/record/132865>
31. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 28]. Available from: <https://dle.rae.es/?id= SX9HJy3>
32. Rojas Valenciano L, Leiva Díaz V. Modelo conceptual de Imogene King y Dorothea Orem: módulo autoinstruccional. Primera. San José, C.R.: Editorial Universidad de Costa Rica; 2009. 79 p.
33. Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. J Adv Nurs [Internet]. 2013/03/04. 2013 Nov;69(11):2389–400. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23458030>

34. Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB. Enfermería maternal y del recién nacido. 5th ed. España: McGrawHill; 2006.
35. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetrics. New York: McGrawHill; 2014. 2822 p.
36. Rubin R. Maternal task in pregnancy. *J Adv Nurs (Wiley-Blackwell)*. 1(5):367–76.
37. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 6a. edición. Baptista Lucio P, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP, editors. México: México, D.F. McGraw-Hill Education; 2012.
38. Burns N. Investigación en enfermería. 5. edición. Grove SK, editor. Madrid: Madrid : Elsevier; 2012. 554 p.
39. Gurdían Fernández A. El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa. 1. edición. Autor/a CE y CC, Autor/a AE de CI, editors. San José, C.R.: San José, C.R. : Editorial Universidad de Costa Rica; 2010.
40. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *REVISTA AQUICHAN*. 2005;(5):86 -95.
41. Hurtado de Barrera J. Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia. 4a. ed. Caracas: Ciea-Sypal; 2010.
42. Mejía Navarrete J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investig Soc*. 2004;1(13):277–99.

43. Abarca Rodríguez AG. Técnicas cualitativas de investigación. 1. edición. Alpízar Rodríguez F, Sibaja Quesada G, Rojas Benavides CM, editors. San José], Costa Rica: San José, Costa Rica : Editorial UCR; 2012.
44. OMS. PAUTAS ÉTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SUJETOS HUMANOS : NUEVAS PERSPECTIVAS. Lolas F, Quezada A, editors. Programa Regional de Bioetica, OMS; 1999. 152 p.
45. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco M, Palmar AM. Investigación Cualitativa. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
46. Cisterna Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria* [Internet]. 2005;14(1):61–71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>
47. Vazquez Navarrete ML, Ferreira Da Silva MR, Mogollon Perez A, Fernandez MJ, Delgado Gallego ME, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación en salud. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011. 172 p.
48. Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención de la muerte perinatal y neonatal. 2009. Disponible en <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
49. Fuentes Rodríguez E. Violencia obstétrica en costa rica [Internet]. 1.^a ed. Costa Rica: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2021 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa_rica.pdf

50. Restrepo Sánchez, A., Rodríguez Martínez, D., & Torres Castro, N. M. (2016). "Me des-cuidaron el parto": la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto"(licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana.
51. Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De La Cruz Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. Revista Enfermeria Herediana, 9(2), 127–136.
52. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 8 Ago 2022]; 31 (3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>

Anexos

Anexo 1 Preguntas generadoras para la entrevista

Características biosociodemográficas

4. Edad actual
5. ¿Cuál era su estado civil?
6. ¿Cuántos años tenía al momento en que perdió a su hijo?
7. Cuantos meses/semanas tenía de embarazo?
8. ¿Era un embarazo deseado/planeado?
9. ¿Fue atendida en un hospital público o privado?
10. ¿La muerte fetal fue antes o durante el parto?

Percepción durante el parto

1. Cuénteme: ¿cómo se enteró de que su bebé había fallecido?
1. ¿Estaba usted acompañada? Si no, ¿le pidieron que llamara a alguien para que le acompañara antes de darle la noticia?
1. ¿Le explicaron cuál sería el procedimiento por seguir?
1. Si la pérdida fue preparto: Una vez que la internaron ¿en qué salón la hospitalizaron? ¿había más mujeres embarazadas con usted? ¿le dieron privacidad?
 1. Si fue durante la atención del parto (fase activa): Como fue la actitud del personal? ¿Cambió? ¿De qué manera? ¿Le pusieron en otro cubículo lejos de otras mujeres embarazadas?
1. ¿Cómo fue el acompañamiento por parte de las enfermeras que estaban atendiéndola?
1. ¿Le permitieron expresar sus sentimientos libremente?

1. ¿Cómo sentía usted que estaba siendo tratada? ¿había alguna diferencia que usted viera en el personal que estaba en los diferentes turnos?
1. ¿Cuánto tiempo duró para que iniciaran las contracciones? ¿Le pusieron medicamento para inducir el parto?
1. ¿Estuvo acompañada por una enfermera el tiempo que estuvo en labores decir, mientras tenía las contracciones para que naciera su bebé? ¿Se sintió sola o abandonada por el personal o por el contrario sintió que la acompañaron más de lo debido?
1. ¿Qué sintió cuando entró a sala de expulsivo y sabía que ya iba a tener a su bebé? ¿Había más mujeres teniendo a sus hijos? ¿Como fue el acompañamiento por parte de la obstetra? Cuénteme, ¿cómo fue su parto?
1. ¿Una vez que nació su bebé le preguntaron si deseaba verlo? ¿Como fue ese momento?
1. ¿Qué aspectos de la atención durante el parto le hubiese gustado fueran diferentes? ¿porqué?

Percepción postparto.

1. Una vez que nace el bebé a la mujer se le hace un control postparto de una hora aproximadamente, para valorar sangrado y que el útero se contraiga. ¿Este periodo como lo vivió? ¿Dónde estuvo este periodo, en un cuarto aparte, en el pasillo?
1. Cuando la pasaron a salón, ¿la volvieron a llevar al mismo salón donde estaba o le dieron otro con más privacidad?
1. ¿Cuánto tiempo después estuvo internada? ¿Cómo fue el acompañamiento por parte de enfermería?

1. Le dieron algún tipo de recuerdo de su hijo/a como el librito o algún documento que hiciera visible la existencia de su bebé? En caso de ser positivo, ¿qué le dieron y quién? Como se sintió

1. ¿En caso negativo, le informaron porqué no le dieron ningún documento? ¿le hubiese gustado que le dieran algo que confirmara la existencia de su hijo?

1. ¿Con respecto a la lactancia, le informaron qué se iba a hacer? le comentaron de los procesos fisiológicos que iban a activarse? ¿Hubiese querido usted hacer algo diferente con su lactancia?

1. ¿le informaron que debía llevar un control postparto en su clínica o EBAIS? ¿le brindaron información sobre grupos de apoyo o seguimiento con psicología?

1. ¿Qué aspectos con respecto a la atención postparto le hubiese gustado que fueran mejores o que deberían implementarse?

1. Si tuviese la oportunidad de poder hablar con las enfermeras que estuvieron durante el parto y postparto, ¿qué les diría?

Anexo 2. Consentimiento informado utilizado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Enfermería

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Percepciones sobre la atención recibida por parte del personal de enfermería durante el parto y el post parto en mujeres que presentaron muerte fetal tardía. GAM, 2019

Código (o número) de proyecto:

Nombre de la investigador/a principal: Karol Amanda Casasola Cáseres

Nombre de la participante: _____

Medios para contactar a la participante:

números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Este proyecto consiste en conocer las opiniones de la atención brindada por el personal de enfermería durante el parto y el postparto en mujeres que perdieron a su hijo/a durante los últimos tres meses de embarazo o en el momento del parto, con el fin de tener un mejor conocimiento de las experiencias de la participante, que permita entender el fenómeno elegido y establecer antecedentes para futuras investigaciones y mejoras en los servicios de Obstetricia, la cual se realizará por la Licda. Amanda Casasola Cáseres, estudiante de la Maestría en Ginec Obstetricia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, para lograr el título de Máster en Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Se realizará una única reunión con usted en un lugar seguro, cómodo, privado, donde se sienta segura de compartir sus opiniones y permita la privacidad de la entrevista,

comprometiéndose a comunicar la mayor información sobre su experiencia. La entrevista se guardará de manera privada mediante grabaciones de audio para facilitar el análisis de la información y una vez finalizado el proyecto estas grabaciones serán eliminadas.

C. RIESGOS:

La participación en esta entrevista puede generar ciertas molestias por lo siguiente: sensación de impotencia, incomodidad, ansiedad y/o sentimientos de tristeza. Además, existe el riesgo de despertar emociones relacionadas con la pérdida de su hijo/a. En caso de que los recuerdos generen algún tipo de malestar, la investigadora cuenta con herramientas para brindar primeros auxilios emocionales, así como una lista de psicólogos disponibles a los cuales se podría referir. De igual manera, si fuera necesario, la Universidad de Costa Rica cuenta con acceso a un protocolo de atención de urgencias psicológicas.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en esta investigación, existe el beneficio de poder expresar libremente sus sentimientos y percepciones sobre un momento significativo en su vida, además de generar conocimiento para futuras investigaciones y acciones para mejorar la atención de mujeres que sufran una pérdida fetal. También es posible que la investigadora aprenda más sobre el impacto que tiene la atención por parte de enfermería durante el parto y postparto en la mujer que sufre una pérdida fetal tardía. Se realizará una devolución de los resultados mediante una actividad colectiva o individual, mediante contenido digital y/o impreso, o de algún otro medio que usted prefiera.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida será de estricto manejo confidencial, las grabaciones serán protegidas y guardadas en una carpeta privada a la cual solo la investigadora tendrá acceso. Al publicar los resultados del análisis de la información se mantendrá la confidencialidad de la persona. Es probable que los resultados de la investigación se publiquen en un artículo científico y/o se discutan en una reunión científica, sin embargo, será de manera anónima. Además, se podrán utilizar en futuras investigaciones o publicaciones, siempre y cuando se mantenga el anonimato de las participantes.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización usted debe hablar con Amanda Casasola Cáseres sobre este estudio y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a _____ al número: 2511-2092. Cualquier consulta adicional puede

comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.