

Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal

Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo

Patricia Roncallo

Psicóloga

correo electrónico: cp.roncallo@gmail.com

Palabras claves: Profesionales sanitarios, duelo perinatal, muerte perinatal, burnout, obstetricia, neonatología, apoyo mutuo, resiliencia, autocuidado

Introducción

La muerte perinatal es una experiencia devastadora para la familia, así mismo es una situación dolorosa para los profesionales implicados en la atención sanitaria. Pese a que matronas, enfermeras y obstetras consideran su trabajo como muy gratificante, reconocen igualmente que es emocionalmente difícil. Hasta hace relativamente poco tiempo, el impacto de la pérdida en los profesionales era un tema poco investigado y desatendido. En habla hispana son muy pocos los datos que se tienen respecto a la vivencia de matronas, enfermeras, pediatras y obstetras; aún menos sobre las pautas de autocuidado necesarias para llevar a cabo su labor.

La experiencia internacional indica que una de las estrategias más significativas de prevención de la vulnerabilidad emocional, en los profesionales que trabajan con la muerte perinatal es la formación específica. Conocer y comprender la experiencia de pérdida de las familias, incluye el manejo de la información necesaria para proporcionar una atención adecuada y compasiva; implica así mismo la presencia emocional y el apoyo necesario en las decisiones que los padres tengan que tomar. La actitud del profesional, sus habilidades de comunicación, su sensibilidad y empatía, tienen un importante efecto en el proceso de duelo. Para los profesionales, conocer la forma más adecuada de proceder y relacionarse con las madres y padres en un momento tan doloroso más allá del saber técnico, contribuye al incremento de los sentimientos de autoconfianza, autocompetencia y seguridad; los tres íntimamente relacionados con el bienestar emocional. El conocimiento acerca de la práctica asistencial, cuando se complementa con unas adecuadas estrategias de afrontamiento y una red de soporte institucional, es un activo valioso, tanto para la atención sanitaria como a nivel de crecimiento personal [1].

Tradicionalmente la literatura se ha centrado en el proceso emocional de los padres (especialmente la madre) después de la pérdida; en su lugar el presente artículo propone una reflexión acerca de la experiencia emocional de los profesionales, la prevención del burnout y la fatiga por compasión y la presentación de algunos proyectos interesantes en la línea del cuidado emocional.

Experiencias emocionales

Algunas investigaciones sugieren que el impacto psicológico de la muerte perinatal en enfermeras, matronas y obstetras incluye una amplia gama de respuestas dentro de las que se encuentran llanto, tristeza, ira, dolor, rabia, pesadillas, culpa y miedo. Dar a los padres la noticia del fallecimiento de su bebé se ha asociado con sentimientos de impotencia, vergüenza y tensión. Cuidar a los padres en duelo puede ocasionar la evitación como forma de protección ante una experiencia emocional abrumadora [1]. Si bien la tristeza, el llanto y el dolor son reacciones propias ante la pérdida, también se considera que los profesionales son vulnerables al desarrollo de dificultades emocionales ligadas a su trabajo, especialmente cuando existe un bajo nivel de cuidado personal o institucional [2].

Recogiendo las necesidades de los profesionales. El testimonio* de una matrona que trabaja en el sistema sanitario español...

Formación

Necesitamos formación y más formación para la asistencia en las muertes gestacionales y perinatales, no hay una asignatura en la carrera que nos indique la importancia del acompañamiento, saber escuchar, dar apoyo, ayuda en la toma de decisiones... somos muy buenos en la práctica clínica y eso es importante pero... también lo es, el saber cómo ayudar a estos padres.

Soporte y congruencia dentro del equipo

En varias ocasiones no me he sentido cómoda trabajando junto al obstetra por la falta de unanimidad de criterios para el acompañamiento, apoyo en la toma de decisiones y escucha empática cuando estamos asistiendo al trabajo de parto de estas parejas. Espero que llegue el día en que haya un entendimiento por ambas partes.

Práctica asistencial

Me encuentro muchas veces con paternalismos, pienso que no es bueno para la pareja... pero veo que para el profesional sanitario resulta más cómodo actuar de esa manera.

En la práctica asistencial de las muertes gestacionales de pocas semanas se sigue actuando hoy en día según creencias personales y no en las evidencias y demanda de los padres.

Habilidades de comunicación

Muchas veces no sabes qué decir, cómo comunicarte, cómo expresar que también lo sentimos... he aprendido una cosa; me presento por mi nombre, les digo el cargo que ocupo "matrona" y que lo siento mucho, que voy a estar a su lado ayudándoles en todo lo que pueda...

Apoyo y descompresión

Necesitamos sesiones clínicas entre el equipo de obstetras y matronas para hablar de cada asistencia a una muerte gestacional. Entre nosotros parece que también es un tema "tabú" y yo creo que sería necesario y beneficioso, porque podríamos mejorar la calidad en el acompañamiento de las parejas tras la muerte de su bebé o cuando su vida dura breves momentos. No son sesiones de "crítica", son sesiones para sentirnos "mejor" todos.

*El testimonio se elaboró a petición de la autora del artículo

Si bien la pérdida perinatal se reconoce como un tabú social, también lo son las reacciones de los equipos encargados de la atención a las familias. Son pocos los profesionales que se sienten

seguros para reflexionar junto a sus compañeros respecto a su respuesta emocional y cómo ésta puede ser un recurso en la atención a las madres y sus parejas. El estigma asociado a respuestas como el llanto, describe la necesidad de crear estrategias para fomentar la adecuada formación y comunicación a este nivel. Ignorar, silenciar, invalidar y desconocer las implicaciones emocionales en los profesionales que se enfrentan a la muerte perinatal conduce por una parte, a la disminución de la salud física y emocional de los mismos, y por otra a la dificultad en la atención a las familias [3].

Pastor Montero, et al. [4] que la vivencia de los profesionales acerca de la pérdida perinatal se concentra en tres campos principalmente: la práctica asistencial, el impacto emocional y las creencias sobre la pérdida y el duelo. En esta línea se expone que el trabajo con la familia de un bebé que fallece implica no pocas veces un distanciamiento emocional como medida de protección. La adecuada atención a las familias conlleva costes somáticos y emocionales para enfermeras y matronas, las cuales no cuentan en muchas oportunidades con la preparación y/o el soporte adecuado [5]. Para algunos profesionales además del impacto emocional, existe una importante respuesta física posterior a la atención que puede incluir dolor de cabeza, irritabilidad, fatiga y agotamiento, siendo frecuente la necesidad de tomar distancia o estar fuera del trabajo durante algún tiempo. En la mayoría de los casos los recuerdos de la atención a las familias, especialmente si el profesional considera que no lo hizo adecuadamente, persisten durante años [6].

Prevención del burnout y la fatiga por compasión

Maslach y Jackson [7] definen el burnout como “la respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar” (p. 99). Investigaciones recientes indican que aproximadamente el 62% de los profesionales sanitarios podría cumplir los criterios de burnout, debido a los entornos donde las tareas de cuidado superan los recursos de afrontamiento [8]. A menudo el burnout en entornos de cuidado, puede presentarse en combinación con fatiga por compasión. Ésta se considera como el costo de los altos niveles de compromiso empático sobre el cuidador. Ocurre abruptamente y generalmente como resultado de la exposición a un evento traumático para el paciente. Si bien tanto el burnout como la fatiga por compasión generan agotamiento físico, psicológico y afectan la calidad de la atención, la fatiga por compasión incluye además síntomas de ansiedad y angustia, recuerdos traumáticos y evitación activa de situaciones similares [9].

La literatura señala que dentro del personal de obstetricia y ginecología, matronas y enfermeras son una población especialmente vulnerable al burnout y/o la fatiga por compasión, debido a características propias de su rol de cuidado y a su alto compromiso con las mujeres que atienden. Sheen, Spiby y Slade [10] plantean que para las matronas¹ la necesidad de ocultar sus propios sentimientos ante un evento doloroso, para guardar una apariencia “profesional” y ajustarse a las reglas percibidas del clima institucional, origina altos niveles de estrés y contribuye al agotamiento emocional. Igualmente, encontraron que presenciar intervenciones poco

¹ Estudio realizado con una población de 35 matronas

Muerte y Duelo Perinatal

respetuosas para con las mujeres o sentir que ellas mismas habían contribuido a la vulnerabilidad de las madres, eran factores importantes para el desarrollo de síntomas físicos y/o emocionales.

A nivel de prevención es posible afirmar que el autocuidado y la psicoeducación son medidas fundamentales. Este enfoque implica que los profesionales puedan desarrollar los recursos necesarios para responder a las demandas de su trabajo. Es un error común pensar que el estrés y la carga emocional deben gestionarse fuera del espacio laboral, cuando la experiencia indica que es posible construir la resiliencia individual a la vez que se fortalecen los equipos. El autocuidado individual implica una adecuada atención a la alimentación y el descanso, el autococimiento necesario para ser consciente de los límites físicos y emocionales, el registro oportuno del malestar, el fortalecimiento de las redes, los vínculos y los espacios significativos fuera del ámbito laboral, y la formación y el reciclaje profesional. Mientras que los factores de interacción en el lugar de trabajo promotores de la salud mental son entre otros: la construcción de comunidad, la percepción de equidad, el reconocimiento de la valía personal y profesional y los espacios de descompresión emocional [8].

Abriendo el camino hacia el apoyo mutuo y el aprendizaje

Skovholt [11] plantea que cada profesional tiene un “mapa personal” en su trabajo. Este le dice cómo reaccionar en diferentes situaciones y se construye por dos vías diferentes. La primera es externa, surge a través del entrenamiento y se aprende en base a teorías y técnicas. La segunda es interna y nace de la preparación emocional. La integración de ambas vías no es equivalente al paso del tiempo. Por tanto la experiencia sólo contribuye al bienestar y la confianza cuando existe una reflexión y un entendimiento aplicado para la siguiente situación que ayude a disminuir el malestar, el estrés y la confusión. En este sentido la formación para el cuidado a los padres en duelo debería incluir además de los conocimientos de atención oportunos, un enfoque de autocuidado personal y de los equipos. Esta visión es un activo en la mejora de la atención a las familias, ya que fomentar la atención compasiva requiere al mismo tiempo la habilidad para enfrentarse a situaciones difíciles y generar un aprendizaje a partir de ellas [11].

Un enfoque de orientación interesante para comprender la envergadura de la integración conocimiento-autocuidado-equipo en las formaciones al personal de obstetricia y ginecología, puede ser proporcionada desde el modelo salutogénico. Esta perspectiva plantea que el mantenimiento de la salud física y emocional se encuentra en relación a la identificación de los recursos internos y externos, así como a la comprensión, el manejo y el significado de lo que ocurre [11]. Sugiere la necesidad de educación en habilidades de afrontamiento emocional y promoción de la resiliencia, al igual que la implementación de estrategias de soporte, contención y apoyo entre compañeros.

Existen una serie de estrategias respecto al cuidado al interior de los equipos que pueden ayudar a prevenir la vulnerabilidad, tales como: evitar la exposición repetida a los casos de muerte perinatal; no atender simultáneamente a una familia en duelo y a otra con parto de un bebé vivo; si una profesional se encuentra embarazada o está atravesando una situación emocional

difícil puede ser mejor que no sea en ella quien deba asumir la atención; designar un/una colega que pueda contener si la reacción emocional es intensa y normalizar las respuestas propias de dolor y tristeza [2].

Por otra parte, la creación de espacios para el apoyo emocional y la reflexión compartida a nivel multidisciplinar, permiten una mayor comprensión de lo que ha sucedido y un afrontamiento más positivo. La aceptación y el reconocimiento de las vivencias emocionales ante la muerte intraútero, intraparto o postparto es un desafío importante. Implica desligarse de la cultura del rol profesional “aséptico” y observar la necesidad de compartir el dolor y generar una mayor autoconciencia sobre los estados internos. Fomentar el cuidado del que cuida permite a los profesionales estar más cómodos con las propias necesidades, a la vez que se apoya a la familia [12].

Algunas experiencias interesantes

En términos generales existe poca información acerca de los programas de cuidado y formación a los equipos que trabajan con la muerte perinatal. Una experiencia interesante es la desarrollada por Sue Steen para los profesionales del Maple Grove Hospital en Estados Unidos.

Conocidos como *The healing journey* [el viaje restaurativo], estos espacios de cuidado se desarrollan como retiros de un fin de semana con diferentes actividades. Dentro de éstas se incluye: un espacio de actualización sobre la investigación en muerte perinatal y las necesidades de los padres; sesiones para compartir vivencias de unos profesionales a otros; un espacio para el testimonio de las familias y otro para fomentar el autocuidado. Además se plantean diferentes actividades de ocio como caminatas y yoga. Para los profesionales asistentes, la parte más valorada es la escucha a las familias. Padres y madres frecuentemente trasladan sentimientos positivos acerca del cómo fueron atendidos y acompañados, dando la oportunidad a los asistentes de hacer preguntas. Su experiencia y el recuerdo de los detalles presentes en el cuidado, ayudan a las matronas y enfermeras en su intervención con otras familias.

En el contexto español, se encuentran los Grupos interdisciplinarios de reflexión ante la pérdida GIR del Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d’Hebron. Esta iniciativa que ha sido reconocida dentro de las Buenas Prácticas del Sistema Nacional de Salud, cuenta actualmente con una periodicidad mensual. Los grupos actúan como espacio de apoyo y reflexión, poniendo de manifiesto la necesidad de expresión y validación emocional en los profesionales que atienden los casos de muerte perinatal (Véase el artículo de Pisunyer et al. en este mismo número [13]).

Conclusión

El cuidado a las familias que sufren una pérdida perinatal tiene un impacto en los profesionales. Es necesario por tanto reconocer las diferentes respuestas emocionales que pueden presentar-

se. Existen prácticas y estrategias para fomentando la promoción de la salud y la prevención de trastornos emocionales. Éstas podrían incluir entre otras la formación en estrategias de comunicación entre compañeros, estrategias de reducción del estrés y afrontamiento emocional, promoción del autocuidado y la creación de espacios de reflexión acerca de la experiencia emocional o espacios similar a los que se encuentran en algunas unidades de pediatría y oncología. A nivel institucional surge la necesidad de implementar programas y sistemas de apoyo y de promocionar la formación continuada.

Bibliografía

- [1] Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *J Health Psychol* 2017;135910531770598. doi:10.1177/1359105317705981.
- [2] Hutti MH, Polivka B, White S, Hill J, Clark P, Cooke C, et al. Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45:17–27. doi:10.1016/j.jogn.2015.10.010.
- [3] Andre B, Dahlø R, Eilertsen T, Ringdal GI. Culture of silence: Midwives', obstetricians' and nurses' experiences with perinatal death. *Clin Nurs Stud* 2016;4:58–65. doi:10.5430/cns.v4n4p58.
- [4] Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Hueso-Montoro C, Lillo-Crespo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enferm* 2011;19. doi:10.1590/S0104-11692011000600018.
- [5] 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* 2016;7. doi:10.20318/recs.2016.3454.
- [6] Shorey S, André B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2017;68:25–39. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007.
- [7] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981;2:99–113. doi:10.1002/job.4030020205.
- [8] Back AL, Steinhauer KE, Kamal AH, Jackson VA. Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. *J Pain Symptom Manage* 2016;52:284–91. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.02.002.
- [9] Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *J Nurs Scholarsh* 2016;48:456–65. doi:10.1111/jnu.12229.
- [10] Sheen K, Spiby H, Slade P. The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *Int J Nurs Stud* 2016;53:61–72. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003.
- [11] Alghamdi R, Jarrett P. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *Br J Midwifery* 2016;24:715–22. doi:10.12968/bjom.2016.24.10.715.
- [12] Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs* 2015;21:79–86. doi:10.12968/ijpn.2015.21.2.79.
- [13] Pi-Sunyer Peyrí MT, Camba Longueira, Fátima López Ponce O, Gregoraci Fernández Á. Grupos Interdisciplinarios de Reflexión ante la pérdida en el Hospital Vall d'Hebron: Apoyo mutuo entre profesionales sanitarios en el ámbito materno-infantil. *Muerte Y Duelo Perinat* 2018;5.