

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintza Gradua

Implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios

Ane Veá Aristondo

Directora / Zuzendaria

Luisa Fernanda Pérez Ayerra

Pamplona/Iruñea

Mayo, 2023

RESUMEN

La muerte neonatal es definida como aquella muerte producida desde el momento del nacimiento hasta las primeras cuatro semanas postnatales. La mortalidad neonatal está determinada por diferentes factores: biológicos, asistenciales y socioeconómicos. Los profesionales sanitarios implicados en la atención a familias que han sufrido la muerte de un neonato, están expuestos a situaciones difíciles acompañadas de una alta carga emocional.

El objetivo de este trabajo de fin de grado, es indagar acerca de las implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y documentos científicos en las bases de datos: PUBMED, CINAHL y Web of Science.

Se seleccionaron 15 artículos que responden a los criterios de búsqueda establecidos. Las principales emociones detectadas en los profesionales sanitarios tras un acontecimiento de muerte neonatal fueron: agotamiento emocional y síndrome de *burnout*, estrés psicológico y frustración, sentimientos de culpa y autocrítica y sentimientos de tristeza.

Se encontraron diferencias significativas en las emociones detectadas en las enfermeras en comparación con el resto de profesionales. Además, se identificaron diversas estrategias de manejo de estas emociones tales como, el apoyo emocional, la comunicación y el distanciamiento emocional. La formación se vió necesaria para facilitar la adecuada adquisición de dichas estrategias emocionales.

Palabras clave: muerte neonatal, implicación emocional, profesionales sanitarios, estrategias de manejo, enfermería.

Número de palabras: 11.096.

ABSTRACT

Neonatal death is defined as death occurring from birth to the first four postnatal weeks. Neonatal mortality is determined by different factors: biological, health care and socioeconomic. Health professionals involved in the care of families who have suffered the death of a neonate are exposed to difficult situations with a high emotional burden.

The aim of this final degree project is to investigate the emotional implications of neonatal death in health professionals. For this purpose, a bibliographic review of qualitative studies, systematic reviews and scientific papers has been carried out in the following databases: PUBMED, CINAHL and Web of Science.

Fifteen articles were selected according to the search criteria. The main emotions detected in health professionals after a neonatal death event were: emotional exhaustion and burnout syndrome, psychological stress and frustration, feelings of guilt and self-judgment, and feelings of sadness.

Significant differences were found between the emotions detected in the nurses compared to the rest of professionals. In addition, various strategies for managing these emotions were identified, such emotional support, communication and emotional distancing. Training was necessary to facilitate the proper acquisition of these emotional strategies.

Keywords: neonatal death, emotional implication, healthcare professionals, management strategies, nursing

LABURPEN

Jaioberrien heriotza jaiotzatik jaio ondorengo lehen lau asteak arte gertatzen dena da. Jaioberrien heriotza-tasa hainbat faktorek baldintzatzen dute: biologikoak, asistentzialak eta sozioekonomikoak. Jaioberri baten heriotza jasan duten familiei arreta ematen dieten osasun-profesionalak egoera zailen eta karga emozional handiaren eraginpean daude.

Gradu amaierako lan honen helburua jaioberrien heriotzak osasun-profesionalengan sortzen dituen ondorio emozionalak identifikatzea da. Horretarako, azterketa kualitatiboan, berrikuspen sistematikoen eta dokumentu zientifikoen berrikuspen bibliografiko bat egin da ondorengo datu-baseetan: PUBMED, CINAHL eta Web of Science.

Bilaketa-irizpideei erantzuten dieten 15 artikulua hautatu ziren. Jaioberrien heriotza baten ondoren, osasun-profesionalek honako emozio hauek antzeman zituzten: akidura emozionala eta burnout sindromea, estres psikologikoa eta frustrazioa, erru-sentimenduak eta autojudizioa eta tristura-sentimenduak.

Erizainengan hautemandako emozioen artean desberdintasun esanguratsuak aurkitu ziren, gainerako profesionalekin alderatuta. Gainera, emozio horiek kudeatzeko hainbat estrategia identifikatu ziren, hala nola, laguntza emozionala, komunikazioa baita urruntze emozionala ere. Esandako estrategia emozionalak behar bezala eskuratzeko prestakuntza beharrezkoa izan zen.

Gako-hitzak: jaioberrien heriotza, inplikazio emozionala, osasun-profesionalak, maneiu-estrategiak, erizaintza

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los profesores que he tenido a lo largo de la carrera que han fomentado el desarrollo de mis conocimientos y de mi curiosidad.

También a mi tutora del TFG por ayudarme y facilitarme la elaboración de este trabajo al que tanto tiempo he dedicado.

A las enfermeras de las unidades de prácticas, que han dedicado su tiempo y esfuerzo para formarme y de las que me llevo el mayor aprendizaje.

Por último a mi familia y amigos que me han dedicado tiempo, me han aconsejado y me han acompañado durante estos cuatro años de carrera.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	1
1.2. Antecedentes	1
1.3. Marco Teórico	5
Definiciones	5
Datos epidemiológicos	7
Manejo emocional	12
Guías y protocolos	13
2. OBJETIVOS	15
3. MATERIAL Y MÉTODOS	15
4. RESULTADOS	20
4.1. Implicaciones emocionales detectadas en el profesional sanitario	31
4.2. Características de las implicaciones emocionales en el personal de enfermería	37
4.3. Estrategias de manejo de emociones detectadas	39
5. DISCUSIÓN	45
6. CONCLUSIONES	51
7. BIBLIOGRAFÍA	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos en 2020, por países. [Elaboración propia]	8
Figura 2. Tasa de mortalidad neonatal mundial por cada 1000 nacidos vivos. [Elaboración propia]	10
Tabla 1. Términos empleados. [Elaboración propia]	16
Figura 3. Diagrama de flujo. [Elaboración propia]	18
Tabla 2. Características de artículos empleados. [Elaboración propia]	20

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

El tema elegido para realizar este Trabajo de Fin de Grado está basado en las experiencias personales que viví en mis prácticas de tercero de carrera en la unidad de neonatología del Hospital Universitario de Navarra.

En este servicio presencié varios acontecimientos que me llamaron la atención por su dura carga emocional.

Pensé que podría ser interesante analizar determinadas situaciones que se presentan con relativa frecuencia en estos servicios, como la muerte neonatal, y conocer las experiencias emocionales de los profesionales sanitarios relacionadas con estos difíciles acontecimientos que experimentan en su jornada de trabajo.

A su vez, he realizado un análisis de las diferentes estrategias de manejo emocional que los profesionales sanitarios emplean en este tipo de situaciones con el objetivo de sugerir la creación de estructuras organizacionales y servicios de apoyo dirigidos a profesionales sanitarios, adecuados a estas circunstancias.

1.2. Antecedentes

Examinando la relación entre la muerte y los profesionales sanitarios, observamos que la muerte es una experiencia común para todos los seres vivos. Sin embargo, cada individuo tiene una concepción de la muerte personal e individualizada. Esta concepción está en la mayoría de los casos condicionada por el contexto, la cultura, el momento histórico...

Lo mismo ocurre con los profesionales de la salud, que presentarán una serie de emociones relacionadas con la muerte en función de sus creencias sobre ella y sus características personales (Marín-Tejeda, 2017).

La angustia de la muerte ha sido considerada a lo largo de la historia la angustia más profunda que el hombre experimenta.

Los profesionales de la salud tienen como objetivo cuidar de las personas que necesitan ayuda, pero cuando esto supone vivir situaciones relacionadas con la muerte y el duelo, la capacidad para ayudar se ve limitada.

Los profesionales sanitarios deben aceptar esa vulnerabilidad y comprender que las situaciones de muerte y duelo relacionadas con sus pacientes, van a afectarles de manera personal (Berrios & De López, 2008).

En este tipo de experiencias, es importante prestar ayuda no solo al paciente o a los familiares que han sufrido en primera persona una muerte, sino también al cuidador, que en este caso se trata del profesional sanitario encargado del cuidado del paciente (Marín-Tejeda, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que los profesionales de salud serán capaces de aceptar la muerte y hacer frente a los sentimientos de angustia que esta produce siempre y cuando se cumplan las siguientes premisas:

1. Disponer de fuentes de apoyo.
2. Haber superado de manera satisfactoria los duelos personales.
3. Poseer una adecuada capacidad de tolerancia al estrés.

En el estudio realizado por Córdoba-Rojas *et al.*, (2021) se observó la relación entre la muerte de los pacientes y la probabilidad de desarrollar el llamado “síndrome de *burnout*” o la “fatiga por compasión”.

La fatiga por compasión fue el término inicialmente empleado en 1992 para el agotamiento que resulta de estar muy apegado emocionalmente a pacientes o familiares, que puede afectar al ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional (Hernández García, 2017).

El síndrome de *burnout*, hace referencia al “aumento acumulado y prolongado del estrés a causa del trabajo, con síntomas que incluyen la renuncia a los escenarios

emocionales en el trabajo, la ira y la disminución de la empatía“ (Hildebrandt, 2011, p. 602).

A lo largo de la historia han surgido una serie de herramientas, que permiten detectar la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout* en los profesionales sanitarios expuestos a situaciones relacionadas con la muerte:

1. Compassion Fatigue Self Test (CFST), desarrollada por Figley (1995), consta de 40 ítems con dos subescalas que incluyen fatiga por compasión y *burnout*.
2. Professional Quality of Life Scale (ProQOL), cuenta con 30 ítems en los que cada persona debe responder en escala de Likert de 0 (nunca) a 5 (muy a menudo) e incluye 3 subescalas: satisfacción por compasión, *burnout* y fatiga por compasión.
3. La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte mide la competencia que tiene el personal de salud ante la muerte de un paciente. Esta escala contiene 30 ítems tipo Likert valorada del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente en acuerdo).
4. Maslach Burnout Inventory (MBI). Este instrumento mide principalmente el desgaste profesional en el personal de salud

Rodríguez-Marín (1999) destacó en su estudio la importancia de que los hospitales cuenten con un psicólogo que centre su trabajo de intervención y de tratamiento en las “alteraciones de estabilidad psicológica” de los profesionales sanitarios relacionadas con el proceso de la muerte.

No obstante, la mayoría de los hospitales generales no cuentan con este servicio, lo que lleva a interpretar que los profesionales sanitarios carecen de apoyo emocional profesional (Cunha, 2012).

La muerte neonatal a lo largo de la historia

La muerte neonatal ha estado a lo largo de la historia enmascarada debido al estigma en el que se ha visto envuelta.

Las madres eran consideradas culpables de las muertes fetales e incapaces de ejercer su “rol de mujer”, acarreando sentimientos individuales de culpabilidad y vergüenza, y lidiando con el descrédito social. Es por eso que en múltiples ocasiones las mujeres ocultaban el dolor que les causaba su pérdida o incluso la propia muerte del recién nacido.

Este estigma relacionado con las madres y la muerte neonatal puede dar lugar a la idea de que las muertes fetales no han sido frecuentes o incluso no han ocurrido a lo largo de la historia, contribuyendo así a su invisibilidad.

Como resultado, las madres que experimentan este tipo de situaciones sienten a menudo que están solas en el proceso, se quedan con dudas no resueltas y viven su dolor sin acompañamiento de otras mujeres en situaciones semejantes (Unicef, s/f).

En la actualidad, este estigma sigue presente en nuestra sociedad. Los resultados del estudio realizado por Cassidy, (2022), muestran cómo los hospitales a menudo restringen o controlan el acceso al cuerpo del recién nacido fallecido, lo que dificulta el manejo del duelo y refuerza el estigma.

1.3. Marco Teórico

Definiciones

Según las definiciones elaboradas por el *Committee of Annual Reports and Definitions of Terms of Human Reproduction* de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), adoptadas por la OMS y publicadas en 1982, se considera:

- **Muerte fetal temprana:** se define como aquella defunción producida “in utero” desde la concepción hasta la semana 22 de gestación del feto. Son consideradas como abortos.

- **Muerte fetal intermedia:** esta definición incluye las muertes fetales producidas entre la semana 22 y la 28 de gestación.
- **Muerte fetal tardía:** es aquella producida a partir de la semana 28 de gestación.
- **Muerte perinatal:** En su definición más amplia se considera todo el proceso desde las 22 semanas de gestación hasta los 28 días postnatales. Mientras que en su versión más acotada se considera la suma de la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz, abarcando desde la semana 28 de gestación hasta el día 7 tras el nacimiento.
- **Muerte neonatal:** la producida dentro de las primeras 4 semanas postnatales.
 - Muerte neonatal precoz: hasta los 7 primeros días postnatales.
 - Muerte neonatal tardía: desde los 7 hasta los 28 días postnatales.
- **Muerte postneonatal:** la que ocurre tras los 28 días hasta el primer año de vida.

La mortalidad neonatal está determinada por diferentes factores, relacionados con variables biológicas, asistenciales y socioeconómicas.

Determinados factores maternos tales como la baja escolaridad, la edad o el período entre embarazos actúan como factores de riesgo relacionados con el incremento de la mortalidad neonatal.

No obstante los factores de riesgo con mayor valor predictivo son los que están relacionados con los factores específicos del recién nacido, siendo los tres más importantes la prematuridad, la asfixia y las infecciones como sepsis y neumonías. En el año 2005 el INPer informó que las principales causas de mortalidad neonatal fueron los defectos de nacimiento en el 24% de los casos (cardiopatías 51%, defectos del tubo neural 8% y cromosomopatías 3%) y prematuridad en el 28%. Tras la segunda semana de vida, la estancia hospitalaria prolongada así como la sepsis neonatal tardía son causantes de alrededor del 50% de las muertes neonatales. Es esencial conocer los factores pronósticos de mortalidad neonatal para llevar a cabo

acciones preventivas e implementar tratamientos oportunos de manera individualizada en cada uno de los casos (Muiños *et al.*, 2016).

Entre el 25% y el 50% de los casos la causa de muerte de un neonato es desconocida. La manera idónea de establecer la causa de muerte del neonato es mediante una autopsia del cuerpo o placenta.

Datos epidemiológicos

Las tasas de mortalidad neonatal son indicadores sensibles y específicos que ayudan a conocer el estado de salud de una población. Esto permite la planificación de los servicios sanitarios y la evaluación de su calidad, principalmente a la hora de evaluar la eficacia de los cuidados proporcionados durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal.

Los datos de mortalidad neonatal y las diversas definiciones que existen para esta población de estudio hacen que el cálculo de la mortalidad neonatal sea una tarea compleja.

Según la OMS, en 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal, un tercio del total de muertes el mismo día del nacimiento y cerca de tres cuartas partes del total en la primera semana de vida.

- **Datos Nacionales**

En los datos recogidos del INE acerca de los índices de muerte perinatal y neonatal se observa la siguiente información:

Muerte neonatal: En 2019, la tasa de muerte neonatal precoz en los 6 primeros días (0-6 días) fue 1,3 por 1.000 nacidos vivos o 461 fallecidos, mientras que la tasa completa en el periodo (0-27 días) fue 1,8 por 1.000 nacidos vivos o 1.135 muertes en total.

Muerte perinatal: Comenzando con la definición más amplia que incluye: ≥ 22 sem. – 27 días, se puede estimar una tasa de 6,58 muertes por cada 1.000 nacidos o un

total de 2.388 muertes en el año 2019. En comparación, según la definición más acotada (≥ 28 sem. – 6 días), la tasa de mortalidad fue 3,97 muertes por cada 1.000 nacidos o 1.438 muertes en total.

- Datos Internacionales

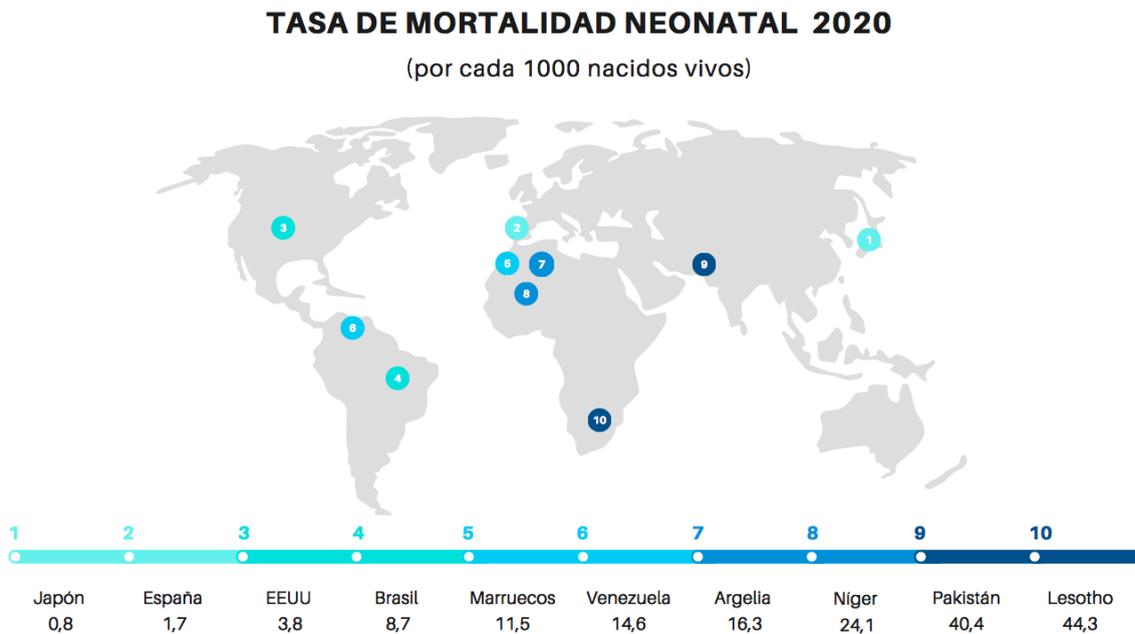


Figura 1 (Elaboración propia). Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos en 2020, por países.

A nivel internacional, encontramos diferencias significativas en cuanto a la tasa de mortalidad neonatal.

Según los datos recogidos en 2020 por el grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas (Unicef, OMS, Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas), a partir de los cuales se ha elaborado la figura anterior, la distribución de la tasa de mortalidad natal es muy desigual en los diferentes países del mundo.

La tasa más baja es la recogida en el continente asiático, concretamente en Japón, con una tasa de 0,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos y la más alta se encuentra en el continente Africano, en el país de Lesotho con la aterradora cifra de 44,3 muertos por cada 1000.

El continente en el que se encuentra un mayor número de países con tasas de mortalidad neonatal elevadas es el continente Africano, con tasas de 40,2 en Sudán del Sur, 36,8 en Somalia, 35,5 en Nigeria o 31,6 muertes neonatales en Malí.

El sur de Asia también acumula tasas significativamente elevadas, con países como Pakistán con 40,4, Afganistán con 35,2, India con 20,3 o Bangladesh con 17,5 por cada 1000 nacidos vivos.

Sudamérica se encuentra en el tercer puesto, con países con tasas de hasta 17,3 como Guyana, 14,6 muertes en Venezuela o 13,5 en Bolivia y se diferencia de forma significativa con Norteamérica que presenta tasas mucho más bajas tales como 3,4 en EEUU o 3,2 en Canadá.

A nivel Europeo, las tasas de mortalidad neonatal son relativamente bajas, comparándolas con el resto de continentes, algunos ejemplos son las tasas de 1,3 en Noruega, 1,7 en Italia, 1,7 en España y 2,6 en Francia.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL MUNDIAL

(por cada 1000 nacidos vivos)

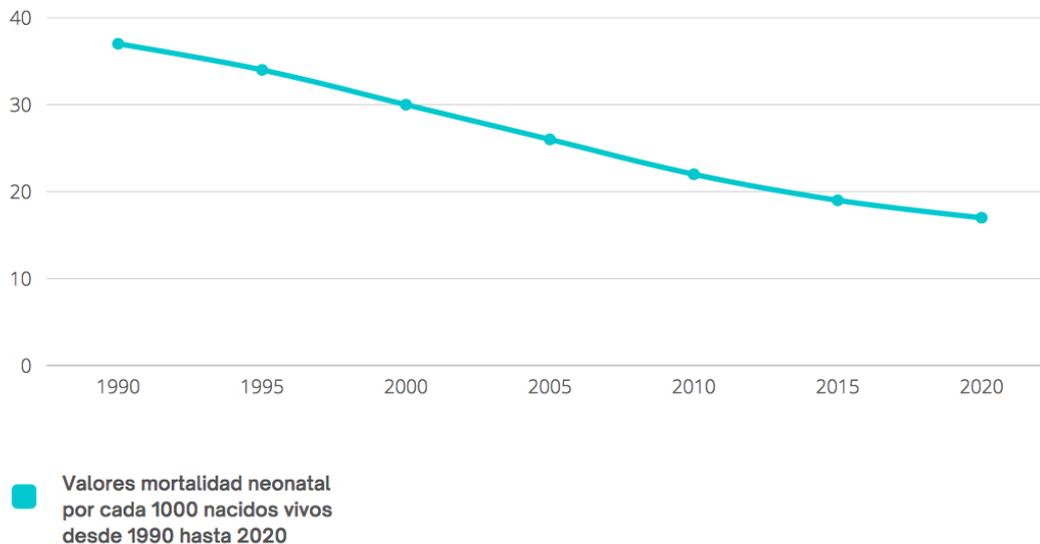


Figura 2 (Elaboración propia). Tasa de mortalidad neonatal mundial por cada 1000 nacidos vivos.

Continuando con el análisis de datos recogidos por el grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas, se ha realizado el análisis de la tasa de mortalidad mundial en el transcurso de los años 1990 hasta 2020 (último registro realizado).

Como se puede observar en la gráfica anterior, se ha producido un descenso progresivo y lineal de la tasa de mortalidad. Pasando de una tasa de mortalidad de 37 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 17 muertes en 2020.

En términos numéricos, parece que ha habido un descenso significativo de muertes neonatales, aunque debemos remarcar que cuando se trata de un suceso tan desolador como el de la muerte de un recién nacido este hecho nunca parece lo suficientemente pequeño.

Muerte neonatal y profesionales sanitarios

La muerte neonatal supone para las familias una situación devastadora. También los profesionales sanitarios implicados en la atención de estas familias experimentan emociones intensas y dolorosas.

Tradicionalmente en el área de la mortalidad neonatal, la literatura se ha enfocado en el proceso emocional de los padres, dejando las emociones de los profesionales en un segundo plano. No es hasta hace pocos años cuando se empieza a investigar, a nivel internacional, el impacto de este tipo de situaciones en los profesionales de la salud (Roncallo, 2018).

Para el personal de enfermería, la muerte de un neonato puede suponer un acontecimiento crítico especialmente difícil, fuente de ansiedad, malestar y sensación de fracaso. Debido a la proximidad que el profesional tiene con los familiares y a la cantidad de tiempo compartido junto a ellos, este acontecimiento puede ser vivido como un duelo personal duradero, doloroso y estresante que llegue a afectar al profesional fuera del entorno laboral y en su vida diaria (Bloomer *et al.*, 2015).

Un aspecto a tener en cuenta en la relación médico-paciente es la comunicación.

Poseer unas habilidades comunicativas adecuadas, facilita a los profesionales sanitarios el manejo emocional de situaciones de muerte neonatal. Las investigaciones indican que los profesionales sanitarios que cuentan con estas habilidades, tienen menor riesgo de padecer alteraciones emocionales como ansiedad y depresión (Cassidy, 2022).

Manejo emocional

Para poder comprender el término de manejo emocional, es necesario definir qué son las emociones. Existen diversas definiciones según el autor que las describa.

Las emociones son un patrón observable, específico y limitado de respuestas desencadenadas por la interpretación de una situación u objeto (Deigh, 2010; Ekman, 1992).

Existen emociones “positivas y negativas”. Las emociones positivas como la felicidad, generan acercamiento a la situación u objeto, mientras que las emociones negativas como la ira o la tristeza, generan alejamiento o evitación (Reeve, 2005).

James (1884), definió las emociones como el resultado de la percepción del individuo, de sus experiencias subjetivas, de los cambios fisiológicos que se generan y su impacto personal.

Sin embargo, la definición más actualizada y más aproximada es la que define las emociones como un fenómeno social que nos permite interpretar nuestro entorno y comprender a las personas dentro de él. (Solomon, 1999).

La regulación o el manejo emocional, tiene el objetivo de entender y controlar las emociones que surgen en el día a día y que generan una serie de respuestas fisiológicas en nuestro cuerpo.

Campos *et al.*, (2011) consideran que las personas regulan sus emociones al poner en práctica estrategias que afectan y modifican la emoción propia, las emociones de los demás y los comportamientos asociados a ellas.

Se han señalado tres procesos básicos para el manejo de emociones:

1. Las emociones cuentan con mecanismos autorregulatorios (Kappas, 2011). Esto quiere decir que no es posible mantener una emoción por mucho tiempo, ya que esto supone un desgaste físico y una carga cognitiva que en algún momento requiere la vuelta a la normalidad.
2. La intensidad de las emociones movilizan o paralizan al individuo (Charland, 2011). Cuando una emoción es muy intensa, esta es capaz de impulsar al individuo a realizar una acción para modificarla.
3. Las estrategias de regulación emocional permiten modificar las emociones experimentadas (Gross y John, 2003).

Guías y protocolos

Existen algunos protocolos, guías y artículos en lengua inglesa dirigidos a los profesionales sanitarios en casos de muerte perinatal y neonatal.

En castellano, fue elaborada por las asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro, la *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Esta guía tiene como objetivo facilitar a los profesionales la atención sanitaria a aquellos padres y madres que sufren una muerte perinatal y/o neonatal. El documento surge del trabajo conjunto de madres y padres que sufrieron estas pérdidas y de la experiencia de profesionales del área perinatal (matronas, obstetras, psicólogas y psiquiatras).

Los estudios destacan la necesidad de que las muertes neonatales no sean infravaloradas y aportan una serie de pautas que permiten a los profesionales sanitarios emplear estrategias de manejo emocional adecuadas en estas situaciones (Cassidy, 2022).

A su vez, han surgido grupos de apoyo para el duelo neonatal formados principalmente por padres y madres que han pasado por una pérdida. Sin embargo, son órganos de apoyo dirigidos principalmente a padres y no tanto a profesionales sanitarios que también se encuentran en una posición de vulnerabilidad.

Hay una carencia en cuanto al manejo emocional del duelo neonatal, probablemente debido a la falta de conocimientos, por lo que se considera preciso mejorar dicha formación para el beneficio tanto de profesionales como de pacientes (Cassidy, 2022).

En varios hospitales españoles se han desarrollado iniciativas de formación en diferentes aspectos de la muerte perinatal y neonatal dirigidas a profesionales surgidas a raíz de iniciativas personales.

Entre muchas de ellas y a modo de ejemplo, cabe mencionar las siguientes iniciativas:

1. Una profesional del Servicio de Maternidad del Hospital Donostia, en San Sebastián, solicitó al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco la implantación de cursos sobre duelo perinatal dirigidos a profesionales.

Las 33 matronas que trabajan en el servicio recibieron formación específica en torno a las muertes perinatales. Desde finales del 2006 se sigue un protocolo de actuación con el objetivo de superar el sufrimiento y manejar ese duelo.

2. En la Unidad de Neonatología del Hospital Basurto, en Bilbao, se ha elaborado un “Protocolo de Duelo Perinatal” fundamentado en los derechos del neonato y que recoge las acciones dirigidas a los padres y al equipo de salud (Cassidy, 2022).

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Indagar sobre las implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios.

Objetivos específicos

- Definir los conceptos de muerte neonatal y perinatal.
- Detectar las principales diferencias que se observan entre las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios en relación a las implicaciones emocionales de la muerte neonatal.
- Conocer las diversas estrategias de manejo emocional que aparecen recogidas en la literatura científica.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica amplia de estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y documentos científicos relacionados con las implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios.

En primer lugar y en base a los objetivos de la revisión, se ha planteado la pregunta de investigación a través de la metodología "PIO" :

¿Qué implicaciones emocionales tiene en los profesionales sanitarios la muerte perinatal?

Siendo los siguientes elementos expuestos los componentes estructurales de la pregunta:

P: profesionales sanitarios

I: muerte perinatal

O: implicaciones emocionales

Derivados de los elementos "PIO", se ha formulado un conjunto de conceptos clave y términos en inglés para realizar la búsqueda bibliográfica haciendo una búsqueda de términos MeSH a través del National Library of Medicine (NIH):

P: Healthcare professionals, healthcare providers, nurse midwives

I: newborn death, perinatal death, neonatal death

O: emotional implications

Posteriormente, se ha elaborado el lenguaje de interrogación aplicando tanto los truncamientos como los operadores booleanos correspondientes a los términos y palabras clave:

Tabla 1 (Elaboración propia) Términos empleados.

Población "P"	Intervención "I"	Objetivos "O"
Healthcare AND professional* OR healthcare AND provider* OR nurse* OR midwife*	Newborn* OR perinatal OR neonatal AND death	emotion* AND implicat*

Se elaboró la ecuación de búsqueda para emplearla en la búsqueda avanzada de las bases de datos:

((healthcare AND professional*) OR (healthcare AND provider*) OR (nurse*)) OR ((midwife*) AND (newborn OR neonatal OR perinatal) AND (death OR demise)) AND (emotion* OR implicat*)

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en tres bases de datos, PUBMED, Web of Science y CINAHL; se han empleado los términos expuestos en la tabla, a su vez se han aplicado los filtros de idioma y año y se ha tenido en cuenta conseguir el acceso al texto completo de los artículos.

Posteriormente, se ha realizado una primera selección de artículos mediante la lectura de título y resumen, excluyendo aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Además, se ha procedido a la eliminación de artículos duplicados.

La selección definitiva de los artículos se ha realizado tras la lectura del texto completo de estos, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

PUBMED: 124 resultados. Conseguir acceso al texto completo, Idioma inglés o español, 5 años: 59 resultados.

Artículos seleccionados tras lectura de resumen y título: 13

Artículos seleccionados tras lectura completa: 9

Web of science: 452 resultados. Conseguir acceso al texto completo, Idioma inglés o español, 5 años: 95 resultados

Artículos seleccionados tras lectura de resumen y título: 19 (9 duplicados)

Artículos seleccionados tras lectura completa (y eliminación de duplicados): 3

CINAHL: 424 resultados. Conseguir acceso al texto completo, Idioma inglés o español, 5 años: 127 resultados

Artículos seleccionados tras lectura de resumen y título: 7 (2 duplicados)

Artículos seleccionados tras lectura completa (y eliminación de duplicados): 3

- Diagrama de flujo

Se realizó un diagrama de flujo que resume el proceso de selección de los artículos.

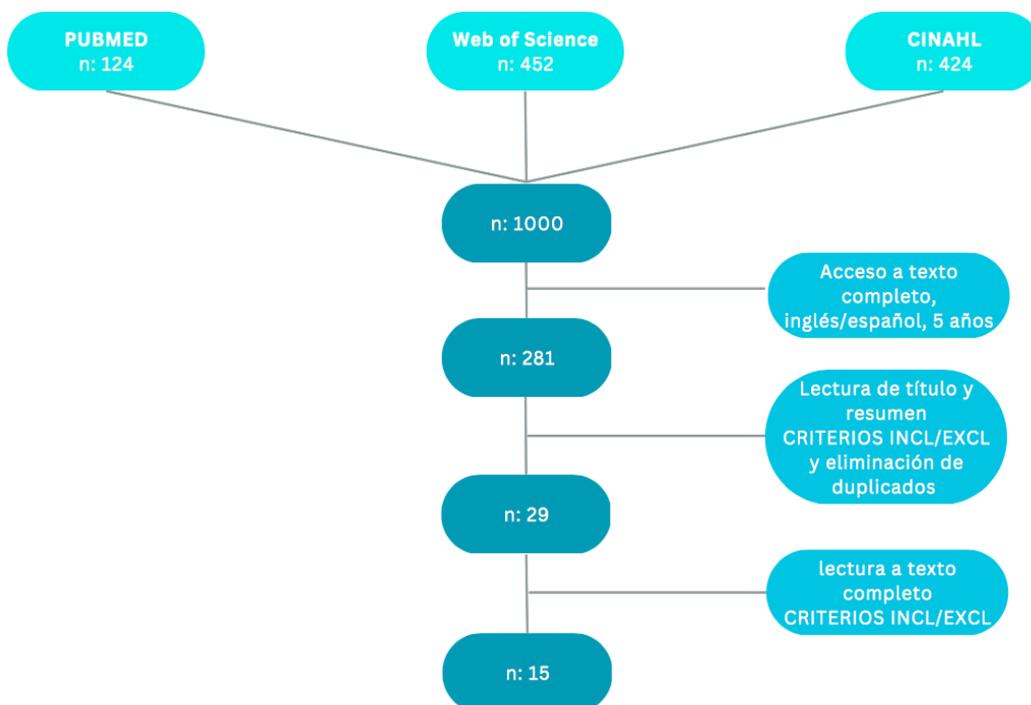


Figura 3 (Elaboración propia) Diagrama de flujo.

Criterios de inclusión y exclusión

Se determinan los criterios de inclusión y exclusión para poder llevar a cabo las búsquedas. Como criterios de inclusión se encuentran:

- Artículos que identifiquen estrategias de manejo emocional.
- Artículos que identifiquen implicaciones emocionales.
- Artículos centrados en la muerte perinatal y neonatal.

Como criterios de exclusión se seleccionan los siguientes:

- Artículos que hablen sobre la terminación voluntaria del embarazo.
- Artículos que identifiquen implicaciones emocionales en los padres.
- Artículos que no se centren en los profesionales sanitarios en primera persona.
- Artículos centrados en profesionales sanitarios fuera del área asistencial.

4. RESULTADOS

Para la exposición de los resultados, se ha procedido a elaborar una tabla de contenido que cuenta con información en cuanto al autor, país, año, título, muestra, diseño y objetivos de cada uno de los artículos seleccionados.

Tabla 2 (Elaboración propia) Características de artículos empleados.

AUTOR	PAÍS	AÑO	TÍTULO	MUESTRA	DISEÑO	OBJETIVOS
1. Blake Zwerlinga, Julie Rousseau, Kelly Marie Wardc, Ellen Olshanskb, Alyssa Loa, Heike Thiel de Bocanegraa and Tabetha	EEUU	2020	<i>"It's a horrible assignment": A qualitative study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise</i>	15 enfermeras tituladas	Estudio cualitativo, mediante entrevistas abiertas semiestructuradas	Este estudio pretendía explorar las experiencias de las enfermeras de paritorio que atienden a mujeres sometidas a inducción por muerte fetal intrauterina (MFIU) o a interrupción del embarazo por anomalías fetales.

Harkena.						
2. Gabriella Gandino, Giulia Di Fini, Antonella Bernaudo, Marcello Paltrinieri, Marco Castiglioni and Fabio Veglia.	Italia	2017	<i>The impact of perinatal loss in maternity units: A psycholinguistic analysis of health professionals' reactions</i>	162 profesionales sanitarios	Estudio cuantitativo, analítico.	Estudiar el impacto de la muerte perinatal en el lenguaje de los profesionales sanitarios de unidades maternas.
3. Karen Mcnamara, Sarah Meaney and Keeling O'Donoghue	Irlanda	2018	<i>Intrapartum fetal death and doctors: a qualitative exploration</i>	10 obstetras	Artículo cualitativo, fenomenológico, interpretativo.	Proporcionar una exploración cualitativa en profundidad sobre las actitudes y respuestas de los obstetras irlandeses, tras la

						participación directa en una muerte fetal intraparto.	
4.	Yajing Zhong, Beth Perry Black, Victoria J.Kain and Yang Song.	China	2022	<i>Facilitators and Barriers Affecting Implementation of Neonatal Palliative Care by Nurses in Mainland China</i>	550 enfermeras neonatales de 40 hospitales	Artículo cuantitativo, analítico	Determinar las barreras y facilitadores de las actitudes de las enfermeras neonatales hacia los cuidados paliativos neonatales en China continental
5.	Kaya Cetin, Dawit Worku, Asrat Demtse, Andrea Melberg and Ingrid Miljeteig	Noruega	2022	<i>“Death audit is a fight” – provider perspectives on the ethics of the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) system in Ethiopia</i>	16 profesionales sanitarios de centros seleccionados de Etiopía	Artículo cualitativo, fenomenológico, mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas.	Explorar las consecuencias éticas y prácticas que los clínicos experimentan en relación con las prácticas de notificación de las muertes maternas y perinatales en Etiopía.

6.	Claudia Ravaldi, Elisa Carelli, Aurora Frontini, Laura Mosconi, Sara Tagliavini, Eleonora Cossu, Giada Crescioli, Niccolò Lombardi, Roberto Bonaiuti, Alessandra Bettiol, Fabio Facchinetti and Alfredo Vannacci.	Italia	2022	<i>The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy</i>	445 matronas	Estudio cuantitativo, transversal.	Abordar los niveles de desgaste profesional de las matronas italianas y evaluar el impacto psicológico de la atención al duelo perinatal en matronas.
----	---	--------	------	--	--------------	------------------------------------	---

7. Judith Rankin, Louise Hayes and Nicholas Embleton.	Reino Unido	2021	<i>Survey of UK health professionals supporting parents after loss from a twin pregnancy</i>	293 médicos neonatólogos y fetólogos, enfermeras neonatales y matronas.	Estudio cuantitativo, mediante una encuesta por internet.	Determinar las necesidades de formación y la confianza autoevaluada de los profesionales sanitarios a la hora de prestar apoyo a los padres que han sufrido la pérdida de un embarazo gemelar.
8. Tracey A. Mills, Elizabeth Ayebare, Jonan Mweteise, Allen Nabisere, Raheli Mukhwana, Anne Nendela, Grace Omoni, Sabina	Kenya y Uganda	2023	<i>'There is trauma all round': A qualitative study of health workers experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda</i>	37 enfermeras, 12 matronas y 10 médicos.	Estudio cualitativo, fenomenología heideggeriana.	Explorar las experiencias vividas por matronas, médicos y otros profesionales que atienden a padres que han sufrido una muerte perinatal en Kenya y Uganda.

Wakasiaka and Tina Lavender.						
9. Kate Reed and Julie Ellis	Reino Unido	2019	<i>Uncovering hidden emotional work: professional practice in paediatric post-mortem</i>	27 participantes	Estudio cualitativo, analítico.	Arrojar luz sobre cómo el manejo emocional se lleva a cabo en los distintos grupos y jerarquías profesionales en entornos emocionales difíciles en el escenario de postmortem pediátrico.
10. Emilia I. De la Fuente Solana, Nora Suleiman Martos, Laura Pradas Hernández,	España	2019	<i>Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services:</i>	464 enfermeras	Estudio cuantitativo, analítico: revisión sistemática y meta-análisis.	Determinar la prevalencia, los niveles y los factores relacionados con el síndrome de <i>burnout</i> entre los enfermeros que trabajan en servicios de ginecología y obstetricia.

Jose L. Gomez Urquiza, Guillermo A. Cañadas De la Fuente and Luis Albendín García.			<i>A Systematic Review and Meta-Analysis</i>			
11. Enid Rivera Chiauszi, Robyn E. Finney,, Kirsten A. Riggan, Amy L. Weaver, Margaret E. Long, Vanessa E. Torbenson and Megan A. Allyse.	Reino Unido	2022	<i>Understanding the Second Victim Experience among Multidisciplinary Providers in OBGYN</i>	205 profesionales (117 trabajaban en obstetricia, 73 en ginecología y 15 en ambas áreas.)	Estudio cuantitativo, analítico, mediante encuesta.	Determinar la prevalencia de sanitarios de obstetricia y ginecología que se identificaron como “segundas víctimas”.

12.	Berna Kocurk Dalcal, Seyda Can and Hanife Durgun.	Turquía	2020	<i>Emotional Responses of Neonatal Intensive Care Nurses to Neonatal Death</i>	7 enfermeras de la UCI neonatal.	Estudio cualitativo, descriptivo, fenomenológico.	Determinar las respuestas emocionales de las enfermeras de cuidados intensivos neonatales en la unidad neonatal a las muertes neonatales.
13.	Jennifer L. Gresham Anderson, Tammy Kurszewski, Emma Davenport, Sarah Flagg and Michaela Coonce Smith.	EEUU	2019	<i>Exploring Death Coping Strategies of Respiratory Therapists Who Work in Neonatal Intensive Care Units: A Pilot Study</i>	10 profesionales de la UCI neonatal.	Estudio cualitativo, descriptivo.	Descubrir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los terapeutas respiratorios para hacer frente a la muerte de los pacientes en las UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)
14.	Joice	Brasil	2018	<i>Women with fetal</i>		Estudio reflexivo	Presentar las limitaciones

Moreira Schmalfluss, Regina Yoshie Matsue and Lucimare Ferraz.			<i>death: nurses' care limitations</i>		con enfoque teórico.	asistenciales de las enfermeras en relación con las mujeres en situación de muerte fetal, planteando una reflexión sobre este desafío de las prácticas del cuidado.
15. Yekiswa V Kave, Balandeli SI Sonti, and David G Morton.	Sudáfrica	2023	<i>Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa</i>	13 participantes.	Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo. Mediante entrevista individual semi estructurada.	Explorar los comportamientos de afrontamiento y las necesidades de apoyo de las matronas que atienden a mujeres con pérdida perinatal.

Los principales resultados encontrados en los artículos seleccionados se han agrupado en las siguientes categorías:

- Implicaciones emocionales detectadas en el profesional sanitario.
- Características de las implicaciones emocionales en el personal de enfermería.
- Estrategias de manejo de emociones detectadas.

4.1. Implicaciones emocionales detectadas en el profesional sanitario

La atención a mujeres y a sus familias tras la muerte de un bebé, suscitó fuertes reacciones emocionales en los profesionales sanitarios. Atender a los padres en el proceso del duelo a menudo recordaba experiencias personales y recuerdos difíciles (Mills *et al.*, 2023).

Muchas enfermeras describieron la carga emocional personal de los cuidados. Lana, una de las entrevistadas dijo: "Necesito hablar de esto porque está claro que me corroe y me afecta, y no lo estoy controlando" (Zwerling *et al.*, 2021, p. 302).

La mayoría de las enfermeras entrevistadas afirmaron que trabajar en la unidad de cuidados intensivos neonatales les satisfacía profesionalmente, mientras que algunas afirmaron encontrarse angustiadas en algunas ocasiones. Se observó que las enfermeras que afirmaron sentirse angustiadas relacionaban estas emociones con las situaciones en las que se producía la recaída o la muerte de un nonato (Ravaldi *et al.*, 2022).

A pesar del dolor mostrado por los profesionales, el deseo de proporcionar una atención compasiva y de alta calidad a los padres siempre permanece en primer plano y todos reconocieron que, independientemente de sus propios miedos y preocupaciones personales, la atención a los padres era la prioridad (McNamara *et al.*, 2018).

Rivera *et al.*, (2022) emplearon el término "Segunda Víctima" (SV) para definir a aquellos profesionales sanitarios implicados en un determinado evento adverso

imprevisto relacionado con el paciente, tales como un error médico, una lesión o una muerte: dicho evento provoca un “trauma emocional” en el trabajador sanitario y este puede experimentar una amplia variedad de síntomas tanto psicológicos, como ira, tristeza extrema, dolor; como físicos, aumento de la tensión arterial, insomnio o alteraciones del ritmo cardíaco. El 44,8% de los participantes de este estudio (profesionales sanitarios que atienden a pacientes del área de ginecología y obstetricia) se habían identificado como SV a lo largo de su carrera profesional.

La muerte fetal o neonatal resultaron ser dos de los eventos más comunes considerados susceptibles de desencadenar un SVE (Evento de Segunda Víctima) en el personal sanitario del área de obstetricia (Rivera-Chiauzzi *et al.*, 2021).

Repetidas exposiciones a situaciones de muerte neonatal, pueden llevar a los profesionales sanitarios a negar los efectos emocionales de está, aumentando el riesgo de desarrollar sentimientos como frustración, decepción, culpa, tristeza o el síndrome de *burnout*.

(Defey, 1995; Gold *et al.*, 2008; McGrath, 2011).

Culpa, autocrítica y sentimientos de fracaso

Los obstetras eran conscientes del impacto que tenía en los padres la muerte de su recién nacido. Se exigían mucho en el proceso del parto, y esto se manifestaba en forma de culpa y sentimientos de fracaso en su deber como profesionales médicos. Más del 30% de los obstetras estadounidenses se culpan de una muerte perinatal aunque no se haya encontrado la causa (McNamara *et al.*, 2018).

En un estudio relacionado con el afrontamiento de la pérdida perinatal realizado en un hospital de Córdoba en profesionales sanitarios, se demostró que estos pueden experimentar sentimientos de culpa, fracaso e impotencia entre otros (Rankin *et al.*, 2021).

El cuidado a un paciente en situación terminal, supone una fuente de estrés para las enfermeras, que provoca sentimientos de culpa entre otros. Cuando se trata de la muerte de un lactante, estos sentimientos se ven acrecentados, generando

sentimientos de malestar y fracaso en las enfermeras que prestan cuidados al lactante (Zheng *et al.*, 2017).

En un estudio sudafricano se destacó que la muerte perinatal era vista como un fracaso por parte de las matronas, ya que se espera de estas que preserven la vida, lo que causaba en ellas sentimientos de culpa e impotencia entre otros (Morake *et al.*, 2016).

En su mayoría, las enfermeras se cuestionaban a sí mismas sobre los cambios negativos en el estado del bebé, revisaban sus propias acciones para ver si habían hecho algo mal y se sentían culpables por las recaídas del bebé (Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Agotamiento emocional y síndrome de *burnout*

En un meta-análisis realizado por De la Fuente *et al.*, (2019) acerca de los niveles de *burnout* entre las enfermeras trabajadoras en servicios de ginecología y obstetricia, se encontró que, con alta frecuencia, las enfermeras trabajando en estas áreas experimentan el síndrome de *burnout*.

Las enfermeras afirmaron que trabajar en la unidad neonatal les resultaba satisfactorio, aun así, la mayoría también afirmó que la jornada de trabajo les resultaba agotadora y les causaba *burnout* (Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Otros grupos profesionales que trabajan en la misma área, como los ginecólogos, reflejan niveles incluso más elevados de *burnout*, con un 44-56,6% (De la Fuente-Solana *et al.*, 2019).

El síndrome de *burnout* puede tener consecuencias en la propia salud y calidad de vida de los profesionales sanitarios. Se ha constatado la relación entre este síndrome y otros problemas psicológicos adversos como la depresión, el insomnio y la fatiga crónica (Ravaldi *et al.*, 2022).

Existen diversos factores dentro de estos servicios que aumentan la probabilidad de sufrir *burnout*. Algunos de estos factores son la juventud del profesional, los pocos años de experiencia, el sexo femenino, el turno rotado y la nocturnidad. Además, se ha observado que ayudar a las madres a afrontar la muerte perinatal aumenta la vulnerabilidad de las enfermeras y el riesgo de desarrollar *burnout* (De la Fuente-Solana *et al.*, 2019).

Experimentar acontecimientos perinatales traumáticos, puede contribuir a que los cuidadores desarrollen altos niveles de *burnout*. Sin embargo, aún no está claro si experimentar un mayor número de eventos traumáticos se asocia con mayores síntomas de *burnout*. Parece que el factor más importante para inducirlo podría ser el impacto psicológico de estos acontecimientos y no tanto el número de eventos (Ravaldi *et al.*, 2022).

Sentimientos de tristeza

La implicación personal que experimentan los obstetras tras una muerte fetal intraparto explica los sentimientos de devastación, conmoción y tristeza que estos describen (McNamara *et al.*, 2018).

Los pacientes de cuidados intensivos neonatales son más vulnerables que otros grupos de pacientes debido a la complejidad de sus cuidados. Por este motivo, la tristeza experimentada por las enfermeras que trabajan en estas unidades, puede ser diferente y más intensa que las enfermeras que trabajan en otros servicios sanitarios. (Rodríguez *et al.*, 2020).

Algunas situaciones en particular suscitan sentimientos de tristeza especial, por ejemplo, cuando una mujer de edad avanzada, con antecedentes de infertilidad o con repetidas pérdidas de embarazos anteriores, sufría la pérdida de su bebé (Mills *et al.*, 2023).

Las enfermeras afirmaron que cuando un bebé empezaba a empeorar, dejaban de lado sus emociones e intentaban mantener una actitud profesional. Se observó que

esta profesionalidad, era sustituida por emociones de malestar y tristeza tras la muerte de este. Algunas enfermeras experimentaron esta tristeza inmediatamente después de la pérdida del bebé, mientras que la mayoría afirmaron que una vez finalizado el turno de trabajo, se ponían realmente a pensar en el bebé y en su familia, experimentando sentimientos de tristeza (Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Se observó que las emociones de las enfermeras diferían según la edad del lactante, estas experimentaban mayores niveles de tristeza tras la muerte de lactantes a término en comparación con los más prematuros. Se determinó que variables como la esperanza de vida y el apego con la madre influyen en las emociones de las enfermeras. En concreto, la muerte de bebés nacidos a término, sin antecedentes de cuidados intensivos, resultaban ser los que más les afectaban. La mayoría de las enfermeras afirmaron sentirse menos tristes por la muerte de bebés con graves anomalías y fallos orgánicos (Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Estrés psicológico y frustración

Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la atención a padres tras la muerte de su recién nacido, tratando de facilitar el proceso de duelo y de reducir el impacto emocional de este acontecimiento. Sin embargo, los profesionales expresan no estar preparados emocionalmente para llevar a cabo esta tarea y se encuentran solos enfrentando estos acontecimientos tan estresantes (Ravaldi *et al.*, 2022).

Según la bibliografía utilizada, las enfermeras que prestan cuidados a bebés moribundos pueden experimentar agotamiento, estrés y angustia moral.

Las enfermeras del área de obstetricia israelíes que han atendido una muerte perinatal tienen más probabilidades de padecer trastorno de estrés postraumático y depresión (McNamara *et al.*, 2018).

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) se han asociado a mayores niveles de *burnout*. Tras un acontecimiento perinatal traumático, más de

un tercio de las matronas habían considerado seriamente abandonar la profesión de matrona (Ravaldi *et al.*, 2022).

Las matronas son susceptibles de sufrir estrés postraumático y traumas emocionales, ya que a menudo se enfrentan a acontecimientos traumáticos (Ravaldi *et al.*, 2022).

Andre *et al.*, (2016) señalaron que el estrés y el shock entre otros, son frecuentemente experimentados por las matronas después de una pérdida perinatal (Kave *et al.*, 2023).

El 24,5% de las matronas informaron de una puntuación alta en el IES-R (Escala Revisada del Impacto del Estresor), lo que sugiere el desarrollo de síntomas de estrés postraumático relacionados con el apoyo a padres en duelo tras el nacimiento de un recién nacido muerto. A su vez, una encuesta online de matronas holandesas descubrió que el 17% de las que habían experimentado acontecimientos traumáticos mostraban síntomas clínicamente relevantes de estrés postraumático (Ravaldi *et al.*, 2022).

En general, prestar cuidados a un paciente que está muriendo, supone una fuente de estrés para las enfermeras, que provoca sentimientos de decepción, miedo, ansiedad y culpa. Cuando el paciente que está muriendo es un recién nacido, supone una fuente de estrés mayor que crea ansiedad y sentimientos de malestar para las enfermeras que prestan cuidados a este bebé y a su familia. (Zheng *et al.*, 2017).

Aún no se ha cuantificado el impacto de estos acontecimientos en el bienestar de las matronas, pero se ha observado que estas no reciben el apoyo adecuado para manejar el estrés y hacer frente a las situaciones traumáticas (Ravaldi *et al.*, 2022).

4.2. Características de las implicaciones emocionales en el personal de enfermería

Las enfermeras y más en concreto las matronas, toman un papel esencial tras la muerte de un recién nacido. Son las primeras en conocer al bebé, en recibirlo y en despedirlo, apoyan a las mujeres y permanecen junto a los padres en la toma de decisiones.

La tarea de la enfermera es difícil, no solo por las competencias profesionales que exigen estas situaciones sino por las personales, mucho más difíciles de desarrollar (Ravaldi *et al.*, 2022).

Mientras que el personal médico realiza tareas más técnicas y tiene un contacto más limitado con las madres y los padres, las enfermeras debido al apoyo y a los cuidados que prestan, están físicamente más cerca de las experiencias emocionales de la pareja y del impacto traumático del suceso debido al apoyo y a los cuidados que estas prestan (Gandino *et al.*, 2017).

La razón por la que las matronas a menudo presentan síntomas postraumáticos puede estar relacionada con la propia naturaleza de su trabajo, que se basa principalmente en establecer relaciones estrechas con las mujeres, con el fin de proporcionarles la mejor atención durante toda su vida (Ravaldi *et al.*, 2022).

El hecho de que las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos neonatales sean generalmente mujeres y algunas de ellas hayan experimentado la maternidad facilita el desarrollo de estas relaciones, especialmente durante la atención y el apoyo a las familias en procesos de duelo (Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Cuando se produce el nacimiento de un bebé muerto, es más probable que las matronas desarrollen una relación de empatía con las madres más significativa que la de los médicos obstetras que, a menudo, sólo intervienen durante un breve periodo de tiempo (Ravaldi *et al.*, 2022).

Mills *et al.*, (2023) percibieron que las enfermeras tenían mejores habilidades comunicativas y de apoyo psicológico que otros profesionales.

Varios médicos relataron diversas experiencias en las que habían podido aprender de las enfermeras y habían podido mejorar sus habilidades en la atención a familias en duelo (Mills *et al.*, 2023).

Las matronas manifestaron haberse sentido abandonadas por los médicos en alguna ocasión, ya que estos se marchaban inmediatamente sin haber compartido la información de forma directa con las madres y sus familias después de terminar con las tareas clínicas. Los médicos reconocieron el valor que tenía observar la práctica de las matronas para desarrollar sus propias habilidades comunicativas (Mills *et al.*, 2023).

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la formación recibida. Las matronas habían recibido menos formación relacionada con la prestación de cuidados emocionales, en comparación con los médicos (Rankin *et al.*, 2021).

4.3. Estrategias de manejo de emociones detectadas

Según el estudio realizado por Gresham-Anderson *et al.*, (2019), las estrategias de manejo emocional utilizadas por los terapeutas respiratorios que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales son la separación, la aceptación, el apoyo y la experiencia.

En 2018, se publicó “*The National Bereavement Care Pathway for Pregnancy and Baby Loss*”, y en él se incluyen consejos para los profesionales que se enfrentan a situaciones de pérdida neonatal entre otras.

Se han destacado como importantes los siguientes:

- Reconocer sus propias necesidades de **apoyo**.
- Identificar sus propias necesidades de **formación**.
- **Comunicar** estas necesidades a la dirección y a los compañeros.

- Asegurarse de que son conscientes de las **estructuras y sistemas** de apoyo existentes dentro de su centro.
- Ser conscientes de las tensiones y desafíos a los que se enfrentan los compañeros y, en su caso, señalarles los sistemas de apoyo existentes (Rankin *et al.*, 2021).

Apoyo emocional y comunicación

Una de las principales causas por las que las matronas consideran que la atención a las familias en duelo es estresante y emocionalmente desafiante, podría ser la falta de apoyo y de formación (Ravaldi *et al.*, 2022).

Aunque las guías clínicas generalmente se centran en el apoyo a los padres, también se debe hacer hincapié en la importancia del bienestar del personal sanitario a la hora de hacer frente a estas difíciles circunstancias. Se recomienda que en la UCI neonatal, se disponga lo necesario para que el personal pueda tener un espacio en el que reflexionar sobre el impacto emocional de su trabajo (Rankin *et al.*, 2021).

Los estudios indican que los profesionales de la salud necesitan atención, ayuda, apoyo y oportunidades formales e informales para hablar de la situación con sus compañeros (Schmalfuss *et al.*, 2019).

Un mecanismo de afrontamiento utilizado por los participantes tras la exposición a una pérdida perinatal, fue conversar sobre lo ocurrido de manera informal con el resto de compañeros. Los participantes se apoyaban en sus familias para hacer frente a estas situaciones en los casos en los que no había oportunidad de hablar con los compañeros de trabajo (Kave *et al.*, 2023).

En el estudio realizado por Mcnamara *et al.*, (2018) se observó que todos los obstetras participantes del estudio solicitaron apoyo emocional, además de una revisión formal del caso, tras un suceso de muerte fetal intraparto. Otros profesionales del estudio manifestaron que comentar lo ocurrido con familiares y amigos, les aportaba una visión externa y les ayudaba con el manejo de sus emociones.

Muchos otros estudios, han explorado las experiencias de los profesionales sanitarios con la pérdida perinatal y han informado de varios estilos de afrontamiento, incluyendo el intercambio de información con amigos u otros médicos (Cetin *et al.*, 2022).

La experiencia en entornos de cuidados intensivos sugiere que la identificación de las necesidades después de un incidente, el apoyo entre iguales a través de debates individuales o en grupo y la derivación a un profesional especialista fueron de gran ayuda (Mills *et al.*, 2023).

Estructuras y sistemas de apoyo

Tanto los médicos como las matronas consideraban que la atención al duelo era uno de los aspectos más exigentes de su trabajo. Estos declararon que había escasos protocolos disponibles en los centros (Mills *et al.*, 2023).

Los profesionales declararon recibir un apoyo insuficiente por parte de la dirección de los centros de trabajo en los casos de pérdida neonatal. Percibieron una falta de empatía por parte de la dirección, que tenía la expectativa de que las matronas siguieran trabajando sin tener en cuenta el efecto de las muertes perinatales en el ámbito laboral (Kave *et al.*, 2023).

No existían normas ni protocolos que el personal de enfermería debiera seguir a la hora de adoptar cuidados paliativos neonatales, y no se les ofrecía el asesoramiento psicológico que requieren los profesionales sanitarios (Zhong *et al.*, 2022).

Los profesionales consideraron que la responsabilidad de tener que ofrecer apoyo inmediato a las familias en duelo, sin protocolos adecuados, les provocaba angustia y frustración (Kave *et al.*, 2023).

La identificación de aquellos profesionales que necesitan apoyo emocional, permite a los departamentos de obstetricia y ginecología dirigir a estos trabajadores hacia los sistemas de apoyo necesarios y favorecer la recuperación tras el difícil acontecimiento de los fallecimientos (Rivera-Chiauszi *et al.*, 2021).

Las organizaciones y las instituciones educativas deben promover el conocimiento de estrategias de manejo emocional. Es importante concienciar a los profesionales de que las emociones relacionadas con el duelo neonatal son normales y que las estrategias de afrontamiento son esenciales para el bienestar mental (Gresham-Anderson *et al.*, 2019).

Distanciamiento emocional

Una de las estrategias que utilizan las enfermeras para enfrentar situaciones emocionalmente difíciles es el distanciamiento emocional. Concentrarse en el impacto positivo de su atención, también les ayuda con el equilibrio emocional (Zwerling *et al.*, 2021).

Para controlar el estrés causado por la rutina de trabajo, los profesionales pueden adoptar actitudes que transmiten distanciamiento y frialdad, como centrarse únicamente en el cuidado físico de las mujeres y evitar la implicación emocional (Schmalfuss *et al.*, 2019).

La sensación de incompetencia llevó a algunos profesionales sanitarios a evitar a las mujeres y familias en duelo. El "distanciamiento" como forma de autoprotección se ha descrito en varios estudios de países de altos ingresos. Algunos miembros del personal también expresaron su deseo de cambiar de profesión (Mills *et al.*, 2023).

Otros profesionales manifestaron afrontar estas situaciones alejándose temporalmente de casos médicos complejos o incluso distanciándose por completo del entorno hospitalario en los casos más delicados (Cetin *et al.*, 2022).

Afrontar la pérdida de un paciente neonatal se describió como emocionalmente complicado. Los participantes consideraron que separar el hogar y el trabajo les permitía manejar mejor las emociones complicadas (Gresham-Anderson *et al.*, 2019).

Formación

La formación se identificó como herramienta esencial y necesaria que facilita la adecuada adquisición de las estrategias emocionales anteriormente expuestas.

Varios autores muestran una serie de intervenciones que pueden mejorar la salud física y mental de las enfermeras. Entre ellas se encuentran los programas de formación a través de talleres multidisciplinares, que incluyen habilidades de comunicación y presentan un impacto positivo en los niveles de *burnout*, aumentando la satisfacción laboral y mejorando los niveles de confianza (De la Fuente-Solana *et al.*, 2019).

La formación, permite a los profesionales sanitarios mejorar su bienestar y autoeficacia, aumentando sus conocimientos, reflexionando sobre su práctica diaria y dando voz a sus experiencias (Gandino *et al.*, 2017).

Los programas experimentales, que permiten un aprendizaje activo en un entorno seguro y la reflexión sobre la práctica han demostrado su eficacia en este ámbito (Mills *et al.*, 2023).

Las enfermeras expresaron no haber recibido una preparación adecuada durante su formación universitaria relacionada con las situaciones de muerte perinatal. Les preocupaba poder dañar a las familias afectadas sin una formación adecuada, por ello, para poder sentirse seguras y competentes en su trabajo, manifestaron la necesidad de formación (Zwerling *et al.*, 2021).

La falta de formación adecuada era percibida por los profesionales sanitarios como el mayor obstáculo para la asistencia a padres en duelo tras la muerte de un recién nacido (Ravaldi *et al.*, 2022).

Muchas enfermeras se sentían incapaces de proporcionar unos cuidados paliativos adecuados a bebés y sus familias porque aún no habían recibido una formación específica en cuidados paliativos neonatales (Zhong *et al.*, 2022).

Los profesionales sanitarios que participaron en el estudio realizado por Mills *et al.*, (2023), describieron una serie de emociones, como sentimientos de fracaso,

frustración y culpabilidad entre otros. Estos sentimientos negativos se vieron exacerbados por la ausencia de educación y formación específica sobre el duelo perinatal.

Menos de la mitad de los encuestados manifestaron haber recibido formación en esta área tan fundamental de la atención clínica, y la mayoría de los encuestados opinaron que se necesitaba más formación y directrices adicionales (Mills *et al.*, 2023).

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo de fin de grado es conocer las implicaciones emocionales de la muerte neonatal en los profesionales sanitarios.

La mayoría de los estudios coinciden en que estos acontecimientos suscitan fuertes reacciones emocionales en los sanitarios que tienen que prestar sus cuidados a las familias en proceso de duelo.

Las principales emociones detectadas en los profesionales sanitarios en relación a la muerte neonatal han sido: agotamiento emocional o síndrome de *burnout*, estrés psicológico o frustración, sentimientos de culpa y autocrítica y sentimientos de tristeza.

Existen distintos condicionantes que podrían intervenir en las emociones experimentadas por los profesionales. Algunos de ellos están relacionados con las características del neonato y su familia y otros con el propio profesional.

Diversos estudios han observado que la edad gestacional y el fallecimiento condiciona las emociones experimentadas por los profesionales, siendo las muertes de bebés a término en comparación con las muertes de prematuros las que mayores niveles de tristeza provocan.

Los recién nacidos con fallos orgánicos o anomalías congénitas también producen en los profesionales menores niveles de tristeza.

Las condiciones de la madre también condicionan la respuesta emocional. Cuando se produce una muerte neonatal en una mujer de edad avanzada, con historia de infertilidad o que ha sufrido pérdidas anteriores, las emociones se intensifican (Mills *et al.*, 2023, Köktürk Dalcali *et al.*, 2020).

La experiencia de los profesionales condiciona la actitud de estos hacia los cuidados paliativos neonatales.

Las enfermeras de entre 40 y 49 años con más de 10 años de experiencia en unidades neonatales mantenían actitudes más positivas. Las enfermeras más jóvenes de entre 20 y 29 años con 5 años de experiencia también mantenían actitudes positivas. Sin embargo, las enfermeras en el rango de edad de entre 30 y 39 años de edad con 5-10 años de experiencia laboral, tenían puntuaciones en actitud más bajas, y por lo tanto mostraban, por lo general, una actitud negativa hacia los cuidados paliativos neonatales (Zhong *et al.*, 2022).

Si bien es cierto que la mayoría de estudios coinciden en que los años de experiencia laboral actúan como factor protector de emociones negativas, en los estudios realizados por Zhong *et al.*, (2022), De la Fuente-Solana *et al.*, (2019) y Ravaldi *et al.*, (2022) llama la atención que los resultados muestran actitudes positivas en las enfermeras más jóvenes.

Una posible explicación a este suceso es la formación. Es probable que las enfermeras más jóvenes hayan recibido formación en cuidados paliativos neonatales a lo largo de la carrera, lo que explicaría una mayor facilidad para enfrentarse a este tipo de situaciones que les ayude a mantener actitudes más positivas.

Los estudios coinciden en que la formación permite a los profesionales aumentar sus conocimientos sobre cuidados paliativos neonatales, mejora la confianza, la

autoeficacia y el bienestar de los profesionales sanitarios (Gandino *et al.*, 2017, De la Fuente-Solana *et al.*, 2019, Mills *et al.*, 2023).

Los años de experiencia están relacionados con el número de situaciones traumáticas a la que los profesionales se han tenido que enfrentar a lo largo de su carrera profesional. Por ello, algunos estudios han establecido que a mayor número de acontecimientos perinatales traumáticos experimentados, mayor riesgo de desarrollar síntomas de estrés y *burnout*. Sin embargo, otros estudios han puesto en duda esta relación, manifestando que no es el número de eventos el que condiciona el desarrollo de síntomas, sino el impacto emocional de estos acontecimientos (Ravaldi *et al.*, 2022).

Otros factores como la relación que se haya establecido entre el profesional y las familias, las experiencias personales de cada profesional o el estar soltero, también condicionan la respuesta emocional ante estas situaciones (Mills *et al.*, 2023, De la Fuente-Solana *et al.*, 2019, Köktürk Dalcalı *et al.*, 2020).

Otro de los objetivos de este trabajo es detectar las principales diferencias que se encuentran entre las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios en relación a las implicaciones emocionales de la muerte neonatal. La mayor parte de los estudios coinciden en que existen diferencias.

La principal causa de estas podría residir en los roles que adquiere cada profesional. El rol de la enfermera conlleva un contacto estrecho con el paciente, y por ello tiene mayor proximidad que otros profesionales; en consecuencia, tiende a desarrollar un mayor apego con la madre y el resto de la familia.

El hecho de que la mayoría de las enfermeras sean mujeres y muchas de ellas madres, les ayuda a establecer una relación de empatía con las madres.

Sin embargo, a pesar de que estas diferencias están reconocidas por la mayoría de los estudios, no queda muy claro qué emociones son las que se ven intensificadas.

De hecho, un estudio realizado por De la Fuente-Solana *et al.*, (2019) los ginecólogos reflejan niveles más elevados de *burnout* que las enfermeras.

A pesar de que Rankin *et al.*, (2021) observaron que los médicos habían recibido más formación relacionada con la prestación de cuidados emocionales, las enfermeras mostraron mejores habilidades comunicativas y de apoyo psicológico. Los médicos reconocieron el valor de observar a las enfermeras para desarrollar sus propias habilidades comunicativas (Mills *et al.*, 2023).

Múltiples artículos han destacado la importancia de la formación, tanto en cuidados paliativos como en prestación de cuidados emocionales. La formación proporciona a los profesionales sanitarios una serie de herramientas que pueden emplear en situaciones laborales de muerte neonatal. En este tipo de situaciones, estas herramientas son esenciales para poder realizar un adecuado manejo emocional.

La formación en cuidados paliativos permite a los profesionales desarrollar sus conocimientos, aumentando sus competencias y la confianza en sí mismos. Esto evita en la mayoría de los casos los sentimientos de culpa y autocrítica frecuentes en este tipo de situaciones (Gandino *et al.*, 2017, Zwerling *et al.*, 2021, Zhong *et al.*, 2022, Mills *et al.*, 2023).

En el estudio de Mills *et al.*, (2023) se observó que en ocasiones las enfermeras se sentían abandonadas por los médicos que se marchaban sin ofrecer una adecuada transmisión de la información a las familias tras terminar las tareas clínicas; las enfermeras se sentían abrumadas en estos casos porque recaía sobre ellas la tarea de transmitir esa información.

Por otro lado, una adecuada formación en prestación de cuidados emocionales, aumenta las habilidades comunicativas de los profesionales, permite que cada uno desarrolle su rol de manera adecuada sin sobrecargar al resto de compañeros reduciendo los sentimientos de frustración.

Otra de las estrategias que los artículos han identificado con frecuencia ha sido el apoyo emocional, tanto formal como informal.

El apoyo informal es aquel proporcionado por amigos y compañeros, que en la mayoría de los casos, permitía a los profesionales desahogarse, les proporcionaba una visión externa y les ayudaba con el manejo de las emociones (Cetin *et al.*, 2022, Kave *et al.*, 2023, Schmalfuss *et al.*, 2019).

El apoyo formal, estructurado y protocolizado, como los debates grupales o la derivación a un profesional especialista son una herramienta fundamental con la que deberían contar los profesionales en riesgo de sufrir acontecimientos traumáticos como la muerte neonatal.

En cualquiera de los casos, se puede observar que la comunicación es una herramienta básica que permite a los profesionales expresar sus emociones y recibir el apoyo emocional tan necesario en este tipo de situaciones.

Es recomendable que los servicios sanitarios donde ocurren con frecuencia situaciones de muerte neonatal, cuenten con estructuras de apoyo emocional formales (Mills *et al.*, 2023).

Sin embargo, la mayoría de los estudios reflejan la falta de normativas, protocolos y sistemas de apoyo al alcance de los profesionales cuando se enfrentan a la muerte de un recién nacido (Zhong *et al.*, 2022).

La ausencia de estos protocolos, retrasa la recuperación de los profesionales y aumenta los sentimientos de angustia y frustración (Kave *et al.*, 2023, Rivera-Chiauszi *et al.*, 2021).

Una vez realizada la revisión bibliográfica del tema seleccionado se han identificado los límites del estudio realizado.

Se ha identificado el impacto emocional de la muerte neonatal en los profesionales y las posibles estrategias de manejo de estas emociones, sin embargo, sería

conveniente indagar acerca de la existencia de protocolos o sistemas de apoyo en las unidades maternas y neonatales orientadas a los profesionales sanitarios.

En cuanto a la falta de protocolos en los servicios, sería interesante elaborar protocolos adaptados a las diferentes realidades sanitarias y profesionales que existen en las CCAA. De esta forma se garantiza que los profesionales tengan posibilidad de contar con estrategias eficaces del manejo de las emociones que surgen y se han identificado en esta revisión.

6. CONCLUSIONES

- La muerte neonatal suscita en los profesionales sanitarios fuertes reacciones emocionales.
- Las principales emociones detectadas en los profesionales sanitarios tras un acontecimiento de muerte neonatal fueron: agotamiento emocional y síndrome de *burnout*, estrés psicológico y frustración, sentimientos de culpa y autocrítica y sentimientos de tristeza.
- Existen escasos datos en relación a la intensidad de estas emociones y su impacto en la vida de los profesionales sanitarios.
- Existen diversos condicionantes como la edad gestacional, las características de la madre y la experiencia laboral o personal de los profesionales; que pueden intervenir en las emociones experimentadas por los sanitarios.
- Existen diferencias entre las emociones detectadas en las enfermeras y las emociones que se identifican en el resto de profesionales sanitarios.
- La principal causa de estas diferencias reside en el rol de la enfermera.
- El rol de la enfermera exige una mayor cercanía física a las experiencias emocionales de los pacientes, lo que tiene como consecuencia el desarrollo de una relación de apego con las familias y un aumento del impacto emocional de estas experiencias.

- La formación en cuidados paliativos neonatales es una herramienta fundamental para los profesionales sanitarios en situaciones de muerte neonatal.
- Es esencial que los profesionales sanitarios cuenten con estructuras de apoyo emocional tanto formales como informales que faciliten y promuevan un adecuado manejo emocional cuando las situaciones laborales que viven así lo requieren.
- Es necesario que los servicios sanitarios dispongan de guías, normativas y protocolos al alcance de los profesionales que contribuyan al manejo emocional en situaciones de muerte neonatal.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Berrios, Z. E. C., & De López, C. B. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*, 12(2), 14-23. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art_2_carmona.pdf
2. Bloomer, M., O'Connor, M. M., Copnell, B., & Endacott, R. (2015). Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care*, 28(2), 87-92. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.002>
3. Campos, J. J., Walle, E. A., Dahl, A., & Main, A. (2011). Reconceptualizing Emotion Regulation. *Emotion Review*, 3(1), 26-35. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1754073910380975>
4. Cassidy, J. (2022, 5 julio). *Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal*. Umamanita. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>
5. Cetin, K., Worku, D., Demtse, A., Melberg, A., & Miljeteig, I. (2022). "Death audit is a fight" provider perspectives on the ethics of the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) system in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 22(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08568-0>

6. Charland, L. C. (2011). Moral Undertow and the Passions: Two Challenges for Contemporary Emotion Regulation. *Emotion Review*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1754073910380967>
7. Córdoba-Rojas, D. F., Sanz-Guerrero, D., Medina-Ch, A. M., Buitrago-Echeverri, M. T., & Sierra-González, Á. M. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saude E Sociedade*, 30(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200478>
8. Cunha, E. (2012) *El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria* [Tesis Doctoral] Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/10715/5/0686876_00000_0000.pdf
9. De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2585. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142585>
10. Defey, D. (1995). Helping health care staff deal with perinatal loss. *Infant mental health journal*, 16(2), 102-111. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199522\)16:2](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199522)16:2)

11. Deigh, J. (2018). Concepts of Emotions in Modern Philosophy and Psychology. *Oxford University Press eBooks*. 17-40. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199235018.003.0002>
12. Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6(3-4), 169-200. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>
13. Gandino, G., Di Fini, G., Bernaudo, A., Paltrinieri, M., Castiglioni, M., & Veglia, F. (2017). The impact of perinatal loss in maternity units: A psycholinguistic analysis of health professionals' reactions. *Journal of Health Psychology*, 25(5), 640-651. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1359105317727841>
14. Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How Physicians Cope With Stillbirth or Neonatal Death. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1), 29-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31817d0582>
15. Gresham-Anderson, J. L., Kurszewski, T., Davenport, E., Flagg, S., & Coonce-Smith, M. (2019). Exploring Death Coping Strategies of Respiratory Therapists Who Work in Neonatal Intensive Care Units: A Pilot Study. *Respiratory Care Education Annual*, 28, 36–43. Recuperado de: <https://www.aarc.org/wp-content/uploads/2019/09/rcea2019.pdf>
16. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

17. Hernández García, T. J., Terán. O.E., Navarrete D.M., & León. A. (2007) El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y su medición. *Revista Internacional La Nueva Gestión Organizacional*. 3(5) 50-68. Recuperado de: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/adfactor/lecturas/burnout-2.pdf>
18. Hildebrandt, L. (2011) Providing grief resolution as an oncology nurse retention strategy: a literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 601-606. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23178352/>
19. James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, IX(34), 188-205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-ix.34.188>
20. Kappas, A. (2011). Emotion and Regulation are One! *Emotion Review*, 3(1), 17-25. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1754073910380971>
21. Kave, Y. V., Sonti, B. S. I., Morton, D. G., & James, S. (2023). Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa. *British journal of midwifery*, 31(1), 16-22. Recuperado de: <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.1.16>
22. Köktürk Dalcalı, B., Can, E., & Durgun, H. (2020b). Emotional Responses of Neonatal Intensive Care Nurses to Neonatal Death. *Journal of Death and Dying*, 85(2), 497-513. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0030222820971880>

23. Marín-Tejeda, M. (2017) Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117-123. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
24. McGrath, J. M. (2011). Neonatal Nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 8-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e318208cbf6>
25. McNamara, K., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). Intrapartum fetal death and doctors: a qualitative exploration. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(7), 890-898. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/aogs.13354>
26. Mills, T. A., Ayebare, E., Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2023). 'There is trauma all round': A qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women and Birth*, 36(1), 56-62. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.012>
27. Morake, V. V. V., Phiri, S. S., & Van Der Wath, A. E. (2016). Nursing students' experiences of caring for women with stillbirths at public hospitals in Gauteng Province, South Africa. *Journal of Physical Activity and Health*, 22, 965-976. Recuperado de: <https://repository.up.ac.za/handle/2263/58557>
28. Muiños, S. C., Sarmiento, M. H., Carrocera, L. F., González, G. C., Kassian, E. C., Martínez, P. B., & Medrano, E. Y. (2016). Mortalidad neonatal en una

institución de tercer nivel de atención. *Perinatología y Reproducción Humana*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.11.005>

29. Rankin, J., Hayes, L., & Embleton, N. (2021). Survey of UK health professionals supporting parents after loss from a twin pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03543-9>
30. Ravaldi, C., Carelli, E., Frontini, A., Mosconi, L., Tagliavini, S., Cossu, E., Crescioli, G., Lombardi, N., Bonaiuti, R., Bettiol, A., Facchinetti, F., & Vannacci, A. (2022). The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*, 35(1), 48-58. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.003>
31. Reed, K., & Ellis, J. (2019). Uncovering Hidden Emotional Work: Professional Practice in Paediatric Post-Mortem. *Sociology*, 54(2), 312-328. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0038038519868638>
32. Reeve, J. (2005). Understanding motivation and emotion. <https://lib.ugent.be/en/catalog/rug01:001994232>
33. Richard.P. (2023, 7 marzo). *Estadísticas de mortalidad intrauterina, perinatal e infantil en España*. Umamanita. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/estadisticas-de-mortalidad-perinatal-e-infantil-e-n-espana/#:~:text=Muerte%20neonatal%3A%20En%202019%2C%20la,o%201.135%20muertes%20en%20total>

34. Rivera-Chiauszi, E., Finney, R. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Torbenson, V. E., & Allyse, M. A. (2021). Understanding the Second Victim Experience Among Multidisciplinary Providers in Obstetrics and Gynecology. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 463-469. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000850>
35. Rodriguez, A., Spilker, A., & Goyal, D. (2020). Grief among neonatal intensive care nurses. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(2), 228–232. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000634>
36. Rodríguez-Marín, J. (1999). La psicología de la salud en la España actual. *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*, 3(1), 177-216. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/94710/1/RevPsicolSalud_3_1_04.pdf
37. Roncallo.P. (2018, 5 junio). *Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal: Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo*. Umamanita. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/los-profesionales-sanitarios-ante-la-muerte-perinatal-estrategias-de-autocuidado-y-apoyo-mutuo/>
38. Schmalfuss, J. M., Matsue, R. Y., & Ferraz, L. (2019). Women with fetal death: nurses' care limitations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 365-368. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
39. Solomon, R. (1999). The philosophy of emotions. *Handbook of Emotions*, 3-16. Recuperado de:

<https://static1.squarespace.com/static/55917f64e4b0cd3b4705b68c/t/5bc7c26d085229afc6816a2e/1539818093990/solomon.2008.pdf>

40. Unicef.org, (s/f). Lo que debes saber sobre las muertes fetales. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>

41. World Bank Open Data. (s.f.). World Bank Open Data. Recuperado de:

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?end=2020&start=1990&view=chart>

42. World Health Organization: WHO. (2020). Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

43. Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2017). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 39–49. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>

44. Zhong, Y., Black, B. P., Kain, V. J., & Song, Y. (2022). Facilitators and Barriers Affecting Implementation of Neonatal Palliative Care by Nurses in Mainland China. *Frontiers in Pediatrics*, 10. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.887711>

45. Zwerling, B., Rousseau, J., Ward, K. M., Olshansky, E., Lo, A., Thiel de Bocanegra, H., & Harken, T. (2021). “It’s a horrible assignment”: A qualitative

study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise. *Contraception*, 104(3), 301-304. Recuperado de:

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.014>