



Escuela de
Obstetricia y
Puericultura

Campus San
Felipe

Opinión de profesionales de matronería acerca de la nueva “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional o perinatal” y su implementación futura.

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Estudiantes

Jessica Arancibia Nieto

Dafne Donoso Villarreal

Javiera Guerra Soto

Aracelli Jeria Díaz

Macarena León Ramírez

Leslie López Silva

Profesora Guía

Leslie Olivares Hurtado

San Felipe, Año 2022

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos profundamente a cada uno de los profesionales de matronería que participaron de esta investigación, aportándonos su experiencia en la atención de duelos gestacionales y perinatales, además, de su percepción y expectativas respecto a la implementación de la Ley 21.371.

Agradecemos a nuestros docentes teóricos y clínicos de la universidad, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pudiésemos crecer día a día como futuros profesionales. También, queremos agradecer al equipo de investigación por su perseverancia y motivación para lograr culminar este proceso.

DEDICATORIA.

“Aunque murió tu cuerpo lo que sigue vivo es tu recuerdo, y en la memoria nunca hay despedidas. La muerte es ajena al olvido” - Aldo Bernal

La presente investigación se la dedicamos principalmente a nuestras docentes que nos apoyaron durante este proceso; Leslie Olivares, Ana María Silva y Nicole Iturrieta, quienes nos motivaron a continuar con esta tesis hasta el final y creyeron profundamente en nosotras.

También queremos dedicarla a Aracelly Brito, y a todas las personas que impulsaron la Ley 21.371 de Acompañamiento Integral de las personas en duelo gestacional o perinatal, quienes nos impulsaron a investigar sobre este tema, y su realidad en los distintos servicios clínicos de la Región de Valparaíso.

Finalmente, queremos dedicarla a nuestras familias, principalmente a nuestros padres, hermanos y mascotas, por darnos contención emocional y apoyo durante todo este proceso.

ÍNDICE.

RESUMEN	1
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.	3
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 2: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.	12
2.1 Pregunta de investigación	12
2.2 Objetivo General	12
2.3 Objetivos Específicos	12
2.4 Operacionalización de Objetivos	12
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.	14
3.1 Enfoque	14
3.2 Diseño General	14
3.3 Fuentes de Información	15
3.4 Consideraciones Éticas	15
3.5 Análisis de Datos	18
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	19
Datos demográficos	19
OBJETIVO 1	19
OBJETIVO 2	31
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	41
5.1 DISCUSIÓN	41
5.2 CONCLUSIÓN	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	61
ANEXO N°1: Pauta de entrevista	61
ANEXO N°2: Consentimiento Informado	66
ANEXO N°3: Carta de aprobación CEC	69

RESUMEN.

El duelo por la pérdida de un hijo ante la sociedad generalmente es un tema difícil de abordar, tanto así que no suele existir palabra que describa la situación de un padre o madre que sobrevive ante el fallecimiento de este ser querido, a diferencia del caso de los viudos o huérfanos. En el caso que la defunción de este hijo/a se da cuando aún este no ha podido vivir fuera del ambiente intrauterino, o lleva como máximo una semana desde su nacimiento, se conoce como Pérdida Gestacional y/o Perinatal. A pesar de que la incidencia de muertes perinatales en Chile no es muy elevada, ésta se debe tratar con especial cuidado, dado que puede tener un fuerte impacto emocional para la familia que está pasando por esta situación. No obstante, el trato adecuado no siempre se da. Si bien en Chile existen distintas normas que se refieren al manejo por parte de los profesionales de la salud, estas no logran abarcar todos los aspectos necesarios para acompañar a la familia.

Promulgada el 21 de septiembre del año 2021, la Ley N° 21.371 conocida como “Ley Dominga”, tiene por objetivo establecer un manejo estándar tanto clínico como de acompañamiento a las familias que hayan sido afectadas por una pérdida gestacional o perinatal. Para ello, el Ministerio de Salud (MINSAL), publica en el mes de abril de 2022, la Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el Acompañamiento Integral de las Personas en Duelo Gestacional y Perinatal.

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de matronería de la Región de Valparaíso acerca de la nueva “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional”.

Método: Estudio con uso de metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales se aplicaron de manera remota y/o presencial. Los datos recogidos fueron grabados, transcritos, y procesados según la técnica de Análisis de Contenido.

Resultados: Participaron 10 matronas y matrones de los Servicios de Salud; Aconcagua, Viña del Mar-Quillota y Valparaíso-San Antonio, quienes comentaron que a pesar de que en algunos hospitales existe un protocolo de procedimientos y/o manejo para los casos de pérdidas gestacionales y perinatales, estos no están actualizados respecto a la normativa vigente. Asimismo, comentan que no existe un espacio físico específico para realizar la atención de pérdidas gestacionales y perinatales en la mayoría de los casos, y que, aunque exista un apoyo psicológico, en mayor o menor grado, sólo se puede acceder a este en horario hábil. Respecto a las pérdidas gestacionales y perinatales, se refieren a estas situaciones como procesos complejos donde la contención que ellos puedan brindar, presenta diferentes barreras por lo que consideran muy importante la realización de capacitaciones específicas con abordaje en distintos temas e inclusión de estos en la malla de pregrado. Los profesionales entrevistados expusieron diversas expectativas en relación con la implementación de Ley Dominga, donde se puede destacar la creación e implementación de nuevas normas asociadas a la atención del duelo perinatal, existencia de formación para los profesionales, contar con psicólogos/as en horario no hábil, brindar recursos económicos para servicios fúnebres, trabajo en conjunto con la Atención Primaria y capacitaciones en diversas áreas. Además, la mayoría de los profesionales consideran el no cumplimiento de Ley Dominga como violencia obstétrica y que debería existir un fiscalizador externo e imparcial para hacer cumplir la normativa.

Conclusiones: La designación de un espacio físico separado para la atención del duelo perinatal depende de la unidad donde ocurra, el criterio para otorgarlo depende de la realidad del servicio de salud. Los profesionales comentaron que para otorgar una atención integral es necesario incorporar capacitaciones obligatorias específicas sobre la atención del duelo gestacional o perinatal y la disponibilidad continua de un profesional psicólogo(a).

Tomando en cuenta las distintas realidades hospitalarias, los y las participantes recomendaron que el Estado proporcione financiamiento adecuado que permita la realización de cambios en la infraestructura, así como la integración de una subvención

específica para los servicios fúnebres. Además, se considera importante un cambio en el trato hacia aquellas familias que enfrentan esta realidad. Por ello, es pertinente, que las generaciones futuras y las que se encuentran en pregrado, sean capacitados en primeros auxilios psicológicos, comunicación asertiva y atención integral del duelo gestacional o perinatal.

Palabras Clave: Duelo Perinatal, Matronería, Acompañamiento, Pérdida Gestacional.

ABSTRACT:

The grief after the loss of a child in society is generally a difficult topic to address, even there is no word to describe the situation of a parent who survives the death of their loved one, unlike the case of widows or orphans. If the death of this child occurs when he/she hasn't yet been able to live outside the intrauterine environment, or before one week after birth, it is known as Gestational or Perinatal Loss. Although the incidence of perinatal deaths in Chile is not very high, it should be treated with special care, since it can have a strong emotional impact on the family that is going through this situation. However, the right treatment is not always given. Even though in Chile there exists norms that refer to the management by health providers, these don't manage to cover all the necessary aspects to take care of the family.

Enacted on September 21, 2021, Law No. 21.371, also known as "Ley Dominga", aims to establish a standard clinical management and care for families that have been affected by a gestational or perinatal loss. For this purpose, the Ministry of Health (MINSAL), published in April 2022, the General Technical and Administrative Norm of Law 21.371 for the Integral Care of People in Gestational and Perinatal Bereavement.

Objective: Describe the perception of Valparaíso Region midwives about the new "Law of bereavement care in case of perinatal loss"

Method: Study using qualitative methodology through semi-structured interviews, which were applied remotely and/or face-to-face. The data collected was recorded, transcribed, and processed according to the Content Analysis technique.

Results: Ten midwives from the Aconcagua, Viña del Mar-Quillota and Valparaíso-San Antonio Health Services participated in this study, they commented that although in some hospitals there is a protocol for procedures and/or care of gestational and perinatal losses, these are not updated in relation to current regulations. They also commented that in most cases there is no specific physical space for the care of gestational and perinatal losses, and

that although there is psychological support, it can only be accessed during non-business hours. Regarding gestational and perinatal losses, they refer to these situations as a complex process where there can be different barriers related to the support they can provide, so they consider it very important to perform specific training on different topics and to include them in the undergraduate curriculum. The interviewed professionals expressed diverse expectations in relation to the implementation of “Ley Dominga”, among them, the creation and implementation of new norms associated with perinatal bereavement care, the existence of training for professionals, the availability of psychologists during non-business hours, the provision of economic funding for funeral services, joint work with Primary Care and training in different areas. In addition, most of the professionals consider the infringement of “Ley Dominga” as obstetric violence and that there should be an external and impartial supervisor to enforce compliance with the regulations.

Conclusions: The designation of a separated physical space for perinatal bereavement care depends on the unit where it occurs, the criteria to provide it depends on each Health Service. The health providers commented that to provide an integral care it is necessary to incorporate specific and mandatory training about gestational and perinatal bereavement care, and the continuous availability of a psychologist.

Considering the different hospital realities, the participants recommended that the State should provide adequate funding to enable infrastructure changes to be made, as well as the integration of a specific subsidy for funeral services. Also, it is important to change the treatment of families facing this reality. Therefore, future generations and student midwives should be trained in psychological first aid, assertive communication, and comprehensive care of gestational or perinatal bereavement.

Keywords: Perinatal bereavement, Midwifery, Bereavement Care, Perinatal Loss.

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.

AMEU: Aspiración manual endouterina.

APS: Atención primaria de salud.

CEC - SSA: Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Aconcagua.

COVID-19: Corona Virus Disease – 2019.

DEIS: Departamento de estadísticas e información de salud.

EG: Edad gestacional.

IES-R: Event Scale Revised (escala de impacto de evento-revisada).

INE: Instituto nacional de estadísticas,

LCF: Latidos cardio fetales.

Ley IVE: Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OIRS: Oficina de información, reclamos y sugerencias.

PTSD: Posttraumatic stress disorder (trastorno de estrés postraumático).

RUT: Rol único tributario.

SAIP: Salas de Atención Integral del Parto.

TENS: Técnicos en enfermería de nivel superior.

UGO: Urgencia gineco-obstétrica.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Para la humanidad, la muerte y lo que pudiese existir después de ésta, ha sido motivo de investigación (1). Es así como, en la historia existen registros desde antes de la era cristiana, de culto a la muerte y de ritos fúnebres, aun cuando los valores y la forma que adoptan varía según la sociedad en la que se desarrolla (2). Según Oviedo et al. (3) la muerte es universal y nadie escapa de ella; sin embargo, cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, puede sobrevenir de manera repentina o gradual, es decir, su llegada puede preverse o ser en un momento determinado. El proceso de la muerte no se ha modificado, pero las actitudes, las creencias y las conductas que lo rodean son tan variadas como los individuos que la practican.

Por otra parte, el proceso del duelo y luto consiguiente expresan en forma dramática la vivencia de la muerte de un ser querido, y sentido por la pérdida del ser amado (3). Al-Adib et al. (4) define el duelo como un proceso único e irrepetible, variable entre persona y persona, que se genera como una reacción adaptativa normal ante cualquier tipo de pérdida, incluidas las simbólicas. Además, consiste en la elaboración y aceptación de la pérdida, en la que se suceden una serie de sentimientos, y que va a durar hasta que el doliente consiga adaptarse a la nueva situación.

Roitman et al. (5) considera que hay ciertos duelos llamados “duelos especiales” siendo uno de ellos el proceso de duelo ante la pérdida de un hijo o hija. Además, según el autor, éste suele ser un tema tabú, tanto así que no suele existir palabra que describa la situación de un padre o madre que sobrevive ante el fallecimiento de este ser querido, a diferencia del caso de los viudos o huérfanos. Generalmente, para los progenitores el valor de este rol está dado por la vida de un hijo, que es quien le da sentido a la paternidad-maternidad. Su pérdida afecta su salud mental y se manifiesta con depresión, ansiedad, frustración, y hasta con el síndrome de estrés postraumático (6).

Cuando la defunción de este hijo/a se da en el periodo gestacional, cuando aún éste no ha podido vivir fuera del ambiente intrauterino, o bien fallece en los días de haber nacido

(máximo una semana), se define como Pérdida Gestacional y Perinatal (7). Como forma de visibilizar el dolor que cursan las familias ante este tipo de fallecimiento de un hijo, anualmente cada 15 de octubre se conmemora el "Día Internacional de la Pérdida Gestacional y Perinatal" establecido por Ronald Reagan en 1988 a petición de un grupo de padres en duelo (8).

En términos clínicos, la pérdida gestacional se define como la pérdida de un embarazo clínico antes de las 20 semanas de gestación (18 semanas después de la fecundación) o, si se desconoce la edad gestacional; la pérdida de un embrión/feto menor o igual a 500 g. La pérdida perinatal se define como la muerte ocurrida desde las 20 semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida (9). En Chile, según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la etapa perinatal es definida como el periodo comprendido desde las 22 semanas de gestación hasta los siete días de vida (10).

Según un reportaje de iNatal (11), en países en vía de desarrollo, 1 de cada 40 fetos morirá antes de nacer y 25 de cada 1.000 recién nacidos antes de los 30 primeros días de vida. En cambio, en países de América del Norte, Europa y Australia, la tasa de mortalidad perinatal es menor, situándose en 1 de cada 200 fetos. Según cifras del DEIS, ocurren aproximadamente 2.066 muertes perinatales cada año, lo que equivale a 5 a 6 muertes cada día (10). A nivel regional durante el año 2018 se reportaron, en total, 108 (5,1 % por 1.000 nacidos vivos) muertes perinatales cuya cifra se subdivide en las distintas ciudades que componen la región. En la ciudad de Valparaíso, la ciudad de San Felipe y la ciudad de Los Andes fueron reportadas 51, 8 y 9 muertes perinatales respectivamente, y que son parte del total regional evidenciando así un descenso en las cifras respecto al año 2014 donde el total de muertes perinatales regionales alcanzó una cifra de 186 muertes. (12)¹

¹ Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), desde el año 2016, las tasas con menos de 20 registros no se calculan, ya que cuando el tamaño de la población y/o cantidad de hechos vitales es muy pequeña, el peso relativo de un evento tiene mayor impacto, por lo que las tasas calculadas están sujetas a fluctuaciones, y por ende deben ser interpretadas con precaución (12).

Esto debido al desarrollo de las políticas de salud para reducir las tasas de mortalidad dependientes del proceso reproductivo, como el control de la fecundidad, la amplia cobertura del control prenatal y de la atención profesional del parto, la alimentación suplementaria de la embarazada, la fortificación de las harinas con ácido fólico, y desde el 1º de julio de 2005, la garantía del tratamiento de las disrafias espinales, el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas y la prevención del parto prematuro y sus complicaciones (13).

Pese a la incidencia no muy alta de muertes perinatales, su tratamiento requiere un cuidado particular, debido a su impacto emocional familiar (14). Para el manejo situacional y apoyo de los padres en dichas circunstancias, se requiere, según la Guía Nacional de Neonatología (15), facilitar la comunicación de la mejor manera posible entre los padres y el equipo de salud, ofrecer la opción de elaborar memorias en torno a la hija o hijo fallecido, acompañar durante los trámites para así optimizar el proceso, entre otros.

En cuanto a este requerimiento, se ha planteado que, en Chile, el nivel de conocimiento sobre el manejo psicosocial de la muerte y el duelo perinatal que parecen tener los profesionales de la salud es insuficiente (16). Según un estudio que pretende conocer y describir las vivencias de la pérdida perinatal experimentadas por los padres y profesionales implicados en la actividad asistencial (17), se señala que los profesionales reconocen tener información y formación curricular insuficientes sobre este tema. Este hecho, acorde al mismo trabajo, se relaciona al modo de enfrentamiento de los profesionales en estos casos, centrado en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional. A la vez, poniendo en marcha mecanismos, actitudes y comportamientos personales que en ocasiones no suelen ser los más adecuados frente a vivencia de estas situaciones (17), generando una barrera comunicacional entre ellos y la familia. Esto conlleva a que su actuación en muchas ocasiones no sea la más indicada, siendo percibida por la usuaria como distante, casi fría, como negando la gravedad de la pérdida sobre todo en gestaciones tempranas. No hay consciencia de que una actitud profesional inadecuada puede incidir en la correcta

evolución del duelo (18). Un estudio realizado por Castillo Valderrama J. en el año 2020 (19) que habla acerca de las experiencias de la profesional matrona/matrón ante la muerte perinatal, evidencia lo mencionado anteriormente por medio de relatos de los profesionales de la salud. Este estudio muestra que no se sienten capacitados, un profesional dice al respecto: “Nosotras captamos la necesidad, pero no estamos preparadas para darles una ayuda psicológica, se deben hacer interconsultas” (19, pg. 41). En cuanto a los padres, la situación no es más alentadora. En general, viven el duelo solos, sin ningún tipo de ayuda o acompañamiento, experimentando emociones como culpa, rabia, tristeza, impotencia, resignación, vacío interior, además de sensaciones como insomnio, palpitaciones, opresión en el pecho, y apatía. Cada uno de estos aspectos suele ser distinto entre ambos padres y va mutando conforme avanza el proceso de duelo. En consecuencia, el duelo gestacional y perinatal se puede observar como un proceso infravalorado tanto socialmente como por el personal sanitario, llevando a los padres a vivir un “duelo no autorizado” (20).

Experiencia Internacional.

Según un reportaje del periódico uruguayo “El Observador” (21), los países más experimentados en la atención integral del duelo perinatal son, Dinamarca, Noruega, Reino Unido y Australia, además de España en caso de los países de habla hispana. Acorde a este trabajo, entre las prácticas comunes de los primeros cuatro países, se encuentran el acondicionamiento de un espacio físico especial, similar a una sala de despedida, que por lo general se encuentra alejada de la zona de maternidad, además de poder contar con la autorización de visitas constantes de los familiares. Asimismo, se detalla que las puertas de estas habitaciones se suelen marcar de manera sutil: en la mayoría de las ocasiones se marca con una mariposa (símbolo internacional de la pérdida gestacional y/o perinatal). También acostumbran a hacer partícipe a los progenitores del acondicionamiento del cuerpo, contando con el respaldo de parteras especializadas en el tema.

Experiencia en Chile.

En Chile, existen distintas normas ministeriales que abarcan, desde su campo de especialización, el manejo de la muerte perinatal. Según la Norma General Técnica N°119, o mejor conocida como Orientaciones Técnicas en la Atención Integral de Mujeres que presentan un Aborto u otras Pérdidas Reproductivas (22), el duelo perinatal es presentado como un proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en período perinatal y se reconoce que suele ser subestimado en su magnitud y en sus secuelas. Esta Orientación Técnica determina cómo se debe realizar el manejo biomédico de distintos tipos de pérdidas reproductiva (aborto, enfermedad trofoblástica, embarazo ectópico, muerte fetal) y contempla el manejo biopsicosocial en diversas situaciones. Entre ellas, riesgo psicosocial (acogida, detección y derivación) y muerte perinatal, específicamente en el caso de duelo patológico y diagnóstico antenatal de malformaciones fetales (22). Además, existen otras normativas tales como la Norma General Técnica N° 179, conocida como “Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio” (23); la Guía Nacional de Neonatología, del año 2005 (24), y la Guía Perinatal del año 2015 (25). Estos contienen ciertos aspectos que los profesionales deben tomar en cuenta al realizar la atención en caso de muerte perinatal, tal cómo explicar el posible comportamiento que pudiese adquirir la familia frente a la reciente pérdida (23), recomendaciones para el trato de los padres (24) y abordaje más integral de la consejería al momento de la búsqueda de una nueva gestación por parte de la pareja (25). Por su parte el Hospital Clínico de la Universidad de Chile creó una guía clínica que aborda el manejo de la muerte del feto in útero, siendo algunos de los temas el manejo de la resolución del parto, medicamentos a usar, procedimientos a realizar, entre otros (26).

Si bien existen indicaciones ministeriales para el manejo por parte del personal de salud de esta situación, un estudio realizado en el año 2020 por Castillo Valderrama et al. (19), destaca que los profesionales hicieron hincapié en la importancia de la formación profesional desde el pregrado en materias tales como trato humanizado, resolución de conflictos, contención emocional y comunicación de “malas noticias”. Asimismo, se recalcó la necesidad de espacios de capacitación para los profesionales en ejercicio, así como de

una guía para un procedimiento de atención más humanizado, y del acompañamiento de un equipo de salud mental en las áreas de obstetricia y neonatología.

“Ley Dominga”

El contexto descrito podría explicar en parte el hecho de que, a inicios del año 2021, se hace nacionalmente conocido el proyecto de “Ley Dominga” (27) impulsado por Aracelly Brito, madre que, durante el año 2020, sufrió la pérdida de su hija Dominga Catalina y que reclamó públicamente no haber recibido la atención adecuada a la circunstancia (27). Este proyecto de Ley, que fue respaldado por las senadoras Marcela Sabat, Yasna Provoste, Ena Von Baer y el legislador Rabindranath Quinteros (28), propone que los equipos de salud realicen acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre y padre que hayan sufrido una muerte gestacional y perinatal. Este proyecto de Ley fue aprobado y promulgado como Ley N° 21.371 (29), la que establece que, en caso de muerte de un hijo o hija en periodo neonatal, el trabajador tendrá derecho a diez días corridos de permiso. Además, en caso de muerte de un hijo en periodo de gestación, el trabajador tendrá derecho a siete días hábiles de permiso. También indica que todas las instituciones de salud sean éstas públicas o privadas, deben contar con un protocolo universal en caso de muerte perinatal, entregar atención oportuna, informar a la madre durante la atención de salud, asegurar un trato humano y el derecho a contar con un médico comprometido/responsable. La Ley estableció que, en un plazo de seis meses desde su publicación, se debía instaurar una norma técnica (30), norma que finalmente fue publicada en el mes de abril de 2022. Esta norma instaura los mecanismos o acciones concretas que deben realizar los establecimientos de salud para resguardar el derecho que tienen la madre, u otra persona gestante, a recibir contención, empatía y respeto por el duelo que enfrentan al sufrir una muerte gestacional o perinatal, así como también el padre o aquella persona significativa que la acompañe.

Es importante que esta norma cumpla con los objetivos de calidad, lo cual se refiere al rol que tienen los servicios de organizarse de forma adecuada, garantizando el empleo óptimo

de los recursos, ya sean, humanos o materiales, estableciendo o aplicando normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnósticos terapéuticos necesarios, los cuales deben ser conocidos por el personal que trabaja en el servicio (31). Respecto a estos documentos, el MINSAL establece que se debe verificar que estos cumplan con los atributos de calidad en términos de su contenido o aspectos mínimos, los responsables de ejecutar lo establecido por el documento, el acceso a éste, su legibilidad, acceso visual y actualización; además, se debe verificar que la difusión o grado de conocimiento de los profesionales sea el apropiado (32), realizando su evaluación a través del proceso de mejora continua (32)². Algunas de las barreras identificadas en este proceso son barreras del ámbito del conocimiento, refiriéndose a la conciencia de la existencia del documento y la familiaridad con el tipo de documento; barreras del ámbito de las actitudes, refiriéndose a las recomendaciones establecidas, la percepción de autosuficiencia para llevar a cabo estas recomendaciones, expectativas sobre los resultados que se obtendrán con la aplicación de lo establecido por el documento y la habilidad para contrarrestar la inercia de la práctica previa (32). Además, se identifica un tercer tipo de barrera, las cuales se refieren al ámbito de las conductas, incluyendo factores externos, como la oposición de los pacientes frente a las recomendaciones, y barreras relacionadas con el entorno, como la limitación de recursos financieros u otros para la implementación de ciertos procesos (32).

Teniendo en cuenta que la promulgación tanto de la “Ley de Acompañamiento en caso de Pérdida gestacional y Neonatal” (33) y posteriormente en Abril de 2022 de la “Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371” (34) podrían significar cambios en la forma que los servicios hospitalarios manejan el proceso de duelo, además de considerar la relevancia que podrían tener estos para la matronería, es que nace la pregunta acerca de cuál es la visión de estos profesionales acerca de la Ley 21.371 (con posterior adhesión de

² Proceso de mejora continua se define como un conjunto de actividades planificadas, jerarquizadas y ordenadas, cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de un establecimiento de salud, mejorando los procesos técnico-administrativos para que estos sean capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas específicos, mediante la implementación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población (32)

la norma técnica) y sus parámetros contenidos, así como su actitud y opinión acerca de su implementación.

Esta investigación se espera que contribuya a establecer antecedentes evaluativos de línea base desde la mirada de estos profesionales frente a la Ley promulgada, considerando que su implementación se realizará con posterioridad al término del presente estudio. Además, se espera que sea un aporte a las dimensiones a considerar para una futura evaluación de la aplicación de la norma técnica, ya que entrega información acerca de la actitud de los profesionales, y los aspectos facilitadores y obstaculizadores que se visualizan para la implementación futura de esta normativa.

CAPÍTULO 2: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.

2.1 Pregunta de investigación: ¿Cómo perciben los profesionales de matronería de la Región de Valparaíso, la promulgación de “Ley Dominga”? ¿Cómo visualizan su proceso de implementación, así como los aspectos que puedan facilitarlos u obstaculizarlos?

2.2 Objetivo General: Describir la percepción de los profesionales de matronería de la región de Valparaíso acerca de la nueva “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional” y su implementación a nivel hospitalario.

2.3 Objetivos Específicos:

2.3.1 Describir la experiencia de los profesionales de matronería, respecto a atención de madres con pérdidas gestacionales.

2.3.2 Analizar la opinión de los profesionales de matronería respecto a la nueva “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional”.

2.3.3 Conocer la perspectiva de los profesionales de matronería respecto a su implementación.

2.4 Operacionalización de Objetivos: Las siguientes son las dimensiones y subdimensiones que se abordarán en las entrevistas, para la operacionalización de los objetivos específicos:

2.4.1 Antecedentes de caracterización de los participantes:

- Características demográficas: edad, sexo.
- Características profesionales: años de trabajo, unidad hospitalaria, rol profesional.

2.4.2 Describir la experiencia laboral, de gestión de los profesionales de matronería, respecto a las pérdidas gestacionales:

- Características del lugar de trabajo en torno al tema: espacio físico separado, protocolo, organización, derivación a profesional psicología, apoyo espiritual, comunicación del hecho a usuaria y familiares, entre otros.

- Experiencia de atención a gestante en situación de pérdida gestacional o perinatal: situación y contexto, experiencia laboral.
- Aspectos que le han dificultado enfrentar el tema, y aspectos que lo han facilitado.
- Opinión respecto a cómo se abordan los casos de pérdida gestacional actualmente: aspectos positivos y negativos, fundamentación.

2.4.3 Conocer la perspectiva de los profesionales de matronería respecto a la implementación de la “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional” en el futuro:

- Expectativas: cambios esperados de la implementación de la Ley 21.371. A nivel a nivel normativo y protocolar, creación de normas nuevas; ajustes a lo existente: guía perinatal, guía nacional de neonatología, norma general técnica 119, norma general técnica para atención integral del puerperio); disciplinar (ejemplo códigos de ética colegios profesionales); hospitalario (adaptaciones infraestructura, organizacionales, Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS), otras); usuarias (educación, empoderamiento).
- Implementación de la norma técnica nueva en su lugar de trabajo: se ha o no iniciado, qué aspectos en caso positivo, cómo.
- Aspectos facilitadores y/u obstaculizadores visualizados o existentes.
- Consecuencias disciplinarias, debido al incumplimiento de la ley.
- Requerimientos formativos del recurso humano: innovación curricular universitaria y especialidades, capacitaciones del personal en curso.
- Propuestas (Temas que se deben tomar en cuenta dentro de la formación de los profesionales, aspectos que no contempla la nueva ley, entre otros).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.

3.1 Enfoque

En el presente estudio se utilizó el enfoque cualitativo, por cuanto se buscó recopilar experiencias en relación con la atención del duelo gestacional o perinatal, y opiniones de los profesionales de matronería con respecto a la nueva Ley de Acompañamiento que pretende enfrentar este problema de mejor manera. Además, nos permitió profundizar en la forma en que estos profesionales tienen mentalizado enfrentar los cambios asociados a la implementación de la norma técnica.

3.2 Diseño General

3.2.1 Unidad de Análisis

Profesionales de matronería en la atención del duelo gestacional y perinatal.

3.2.2 Participantes

Dentro de los participantes de esta investigación se consideraron profesionales de matronería que trabajan en centros hospitalarios de salud públicos y privados de la región de Valparaíso. En cuanto respecta al sector público, participaron 10 profesionales de matronería de las unidades de Maternidad y Neonatología pertenecientes a hospitales de los Servicios de Salud: Aconcagua, Viña del Mar – Quillota, y Valparaíso – San Antonio. Asimismo, 1 profesional de matronería, además de desempeñarse en el sector público, se encuentra trabajando en el sector privado.

3.2.3 Reclutamiento

El presente estudio recurrirá a un muestreo cualitativo mixto: muestreo en cadena o por redes (“bola de nieve”), por oportunidad, acorde a la búsqueda de heterogeneidad (diversidad de instituciones, unidades, y heterogeneidad de opinión).

Criterios de inclusión: Profesionales de matronería de los hospitales integrados a los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio, Quillota - Viña del Mar y Aconcagua, además, de establecimientos pertenecientes al sector privado, todos ellos integrados en la Región de Valparaíso.

- Que hayan abordado o se hayan enfrentado a situaciones de duelo perinatal, independiente del área (neonatología, UGO, Parto, Maternidad).
- 2 o más años de experiencia profesional, o que la persona tenga experiencia en el tema.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de matronería que hayan sufrido a nivel personal una pérdida perinatal, o se encuentren en algún proceso de sumario relacionado con el tema.

3.3 Fuentes de Información

3.3.1 Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de información consistió en un guion de preguntas, organizadas temáticamente que se aplicó mediante entrevistas individuales estructuradas, realizadas tanto en modalidad presencial como virtual (mediante la plataforma zoom), teniendo una duración promedio de 50 minutos (Ver anexo 1). La elección de modalidad de entrevista fue evaluada caso a caso, según la preferencia del entrevistado o la distancia geográfica. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de los participantes.

3.4 Consideraciones Éticas

3.4.1 Métodos de invitación

Para acceder a los participantes, los investigadores divulgaron la invitación a participar en el estudio a través de redes sociales (Instagram®, Facebook®), mediante una publicación que contenía un enlace, que dirigió a quienes se interesaron voluntariamente en participar,

a un formulario de Google para que estas pudieran inscribirse de manera voluntaria, una vez aprobado el estudio por el CEC SSA.

3.4.2 Autonomía

Los participantes del presente estudio no se consideran población vulnerable. Previo a la aceptación a colaborar con la investigación se les señaló de forma clara en qué consistiría su participación, y cuáles eran los beneficios y los riesgos que su participación conlleva, señalando que toda la información recabada es de carácter anónimo: no se consignaron sus datos personales en la entrevista (nombre, RUT, nombre del sitio de trabajo, u otro que lo identifique en términos personales), sino que se les asignó un código alfanumérico a cada participante al momento de realizar la entrevista y al transcribirla, para así resguardar sus datos personales. La entrevista se realizó fuera del contexto institucional (hospitales), siendo su participación a título personal, por lo cual su participación no los compromete institucionalmente. Los resultados no serán dados a conocer a la institución en la cual se emplean. En el caso de la entrevista telemática, sólo se registrará el audio, no así la grabación visual. Además, se les informó que su participación era absolutamente voluntaria, y que ellos podían decidir si contestar de forma completa la entrevista u omitir algunas preguntas que pudiesen ser inadecuadas desde su punto de vista, o incluso retirarse de la entrevista en cualquier momento. Lo anteriormente señalado, estuvo consignado en el consentimiento informado (ver anexo 2), el cual se entregó previamente a la entrevista, a cada participante que voluntariamente decidió contribuir con la investigación. Este documento fue firmado por la persona participante, el investigador responsable de la entrevista, y un ministro de fe elegido por el participante.

3.4.3 Análisis de riesgos

El estudio no representó ningún riesgo para la salud física de los participantes. No obstante, se temió el riesgo de que ocurriese la pérdida de confidencialidad de lo opinado. Para minimizar este riesgo, se les asignó un código alfanumérico a cada participante al momento de realizar la entrevista para así resguardar sus datos personales y en ningún momento se

consignó en la entrevista el nombre, RUT o algún otro dato personal del entrevistado. Algunas preguntas, sin embargo, podrían haber incomodado a los participantes, ya que se referían a su contexto laboral. Frente a ello, existió la posibilidad, para el entrevistado, de dejar de responder. En caso de temer por su exposición profesional, no hubo riesgo de que las opiniones vertidas conlleven a alguna repercusión para los participantes, ya que éstas serán publicadas de manera anónima, y sus datos personales, ni su lugar de trabajo u otro que pudiera identificarlos, no fueron consignados en la entrevista. En cuanto a la grabación, solo se guardó el audio, no así el video, para resguardo de la identidad de la persona. Finalmente, las entrevistas grabadas y transcritas, al finalizar el estudio, serán custodiadas tan sólo por el investigador principal, en su ordenador y sin identificación de los participantes. Tras tres años, o a partir de alguna eventual publicación, serán desechados.

Los hallazgos de esta investigación podrían ser divulgados en publicaciones o jornadas científicas, pero siempre en términos de resultados agregados, y se mantendrá la confidencialidad de los datos específicos entregados. Para evitar la reexposición de las personas entrevistadas a eventuales experiencias personales difíciles, esto fue un criterio de exclusión, y en los objetivos específicos y en las preguntas de las entrevistas se focalizaron en materia de gestión hospitalaria frente al tema del duelo perinatal planteado en la nueva ley.

3.4.4 Beneficios directos

Este estudio no consideró beneficios directos para los participantes, ya que no hay retribución económica o de otro tipo. Sin embargo, un beneficio indirecto fue la posibilidad de expresar sus opiniones respecto a la implementación de una ley que les afecta directamente en su qué hacer profesional. Además, cuando este estudio esté concluido, podrán conocer el informe de síntesis de las distintas opiniones y vivencias de los otros profesionales de salud en torno a la atención a mujeres que están sufriendo una pérdida gestacional o perinatal, en caso de desearlo, consignando en el consentimiento y dejando

su correo electrónico en este documento. El equipo se compromete a enviar estos resultados si el entrevistado desea recibirlos.

3.4.5 Justicia

En búsqueda de la equidad de cargas y beneficios, el estudio no supuso ningún costo para el encuestado, ni se entregó pagos monetarios u otros beneficios a los participantes. En la búsqueda del criterio de justicia, y el metodológico de diversidad, se intencionó, en la medida de lo posible, la inclusión de participantes de distintas características (sexo, origen étnico, unidad en que se desempeña, otro que emergiera).

3.5 Análisis de Datos:

La sistematización, procesamiento y análisis de la información recogida, fue responsabilidad de todas las estudiantes, con apoyo de la docente guía, se realizó siguiendo la técnica del Análisis de Contenido, el cual incluye: la transcripción literal de las entrevistas, la codificación de cada entrevista (codificación abierta de cada párrafo, codificación integrada en un segundo paso, de cada entrevista, agrupando las respuestas temáticamente); codificación integrada del conjunto de entrevistas según temas y subtemas (35). A partir de ello, se procedió a la redacción de los resultados, acompañados de citas textuales. Las codificaciones y matriz de análisis se encuentran resguardadas según protocolo aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS.

Datos demográficos: Se realizaron diez entrevistas, de las cuales 6 fueron de manera presencial y 4 de manera telemática, mediante la plataforma Zoom®. Los participantes fueron profesionales de matronería, quienes la mayoría se identifican con el género femenino, entre 25 y 51 años, promedio de edad 38 años

Todos realizaron su formación profesional en universidades públicas de Chile, y actualmente trabajan en hospitales públicos pertenecientes a los servicios de salud incluidos en esta investigación. La distribución de participantes por servicio de salud es la siguiente:

Servicio de Salud	Cantidad de participantes
Aconcagua	6
Viña del Mar - Quillota	3
Valparaíso - San Antonio	1

Respecto al motivo de ingreso de las usuarias que fueron atendidas por los profesionales, todos los casos recordados en primera instancia o que fueron significativos para los profesionales se trataban de óbitos fetales, de los cuales 6 de ellos ya tenían más de 30 semanas de EG y 1 entre las 20 y 30 semanas. En su mayoría fueron pesquisados por ausencia de movimientos fetales y latidos cardiofetales (LCF).

A continuación, se presentarán los resultados de la investigación, de acuerdo con los objetivos específicos planteados para ésta.

OBJETIVO 1: Describir la experiencia de los profesionales de matronería, respecto a las pérdidas gestacionales:

1.1. Características del lugar de trabajo y recursos para profesionales que se relacionan a la implementación de la Ley 21.371.

1.1.1. Existencia Protocolo Duelo:

Con relación a la existencia de un protocolo de duelo en el establecimiento, tres de los diez entrevistados comentaron que no existe un protocolo específico; sin embargo, uno destaca que cuentan con un protocolo de acompañamiento:

...Osea el que llegó ahora hace poco, pero no había nada previo a eso, el acompañamiento... como eso, pero no hay ningún protocolo propio de pérdida gestacional. (E4P7)

Además, de estos tres entrevistados, uno relata que se revisó la norma técnica ministerial (referencia), la cual fue enviada a los servicios durante el mes de mayo del 2022, comentando lo siguiente:

...lo hemos tratado de abordar y ver qué es lo implementable, porque nosotros lo hemos leído y lo encontramos un poco utópico, utópico en términos de infraestructura, entonces tratamos de priorizar a lo que nosotros, en nuestra realidad, podemos hacer. (E9P7)

Por otro lado, cuatro de los diez entrevistados mencionaron que existe un protocolo de procedimiento y/o manejo para los casos de pérdidas gestacionales y perinatales; mientras que uno de los participantes comenta que existe un protocolo de duelo que es propio del hospital:

Sí, la verdad es que sí ya está estipulado, paso por paso, como les decía yo desde que se da el diagnóstico... pero como les decía este protocolo todavía no lo terminamos de actualizar para intentar abarcar todas las pérdidas reproductivas según la norma, pero la idea es que, de aquí en verdad, unos meses más, tenerlo listo y poder implementarlo... (E7P9)

Es importante destacar que un entrevistado desconoce si existe un protocolo de duelo y otro no respondió a esta pregunta. Además, al contrastar las respuestas dentro de los mismos servicios, se observa que existen diferencias en la concepción de la existencia o no de un protocolo en relación con este tema. Por ejemplo:

Que yo sepa no. Actualmente, como protocolo hecho terminado, no. (E1P7)

Hay un protocolo, pero no está actualizado con la, con la última, con las últimas actualizaciones, redundantemente, como Ley Dominga, no, es un protocolo antiguo, básico. Con respecto al manejo de la paciente muy, va a depender mucho del criterio del profesional que la recibe tanto médico, técnico, como de matrona... y eso es lo que está mal ..., que es no debería ser a criterio de nadie, debería haber un protocolo..., el cual especifique el actuar de todos los profesionales de tal forma de que nunca, nunca hayan dudas en el manejo porque pasa que una persona lo puede manejar de tal forma y a veces un cambio de turno y la otra persona lo maneja de otra forma, entonces,... no está bien... (E5P9)

No hay uno propiamente tal de pérdida gestacional, si nos mandaron el nuevo, el ministerial, lo hemos tratado de abordar y ver qué es lo implementable... (E9P7).

1.1.2. Planta física:

Respecto al espacio físico separado para la atención de las pérdidas gestacional/perinatal, seis de los diez entrevistados comentaron que no existía un espacio físico específico para realizar la atención. Dos de los participantes comentaron que el espacio dependía del área en que ocurriera la pérdida. Uno de ellos entrega más detalles informando que si se atiende en las salas de atención integral del parto (SAIP), la usuaria tiene una unidad individual. Además, ambos comentaron que en la unidad de maternidad/ginecología se puede hacer una distinción y/o separación debido a la mayor cantidad de espacio que tiene esta unidad. Uno de los entrevistados comentó que se utilizan las salas de parto integral para aislar a

pacientes COVID-19 positivas o para pacientes que estén cursando por una pérdida. Algunos de ellos relatan:

No es como un espacio, o sea sí, pero no es como un espacio separado específicamente para eso, sino que tenemos dos aislados que en verdad son salas de parto integral que en estas situaciones se adaptan para que se utilicen para ese fin... (E7P8)

Cuando las pacientes entran a un aborto o viene con un SPP que se transforma en un aborto en las salas de parto, las salas de parto son individuales, son salas de parto integral, SAIP... (E10P10)

...versus, lo que tenemos en la maternidad en Ginecología, donde estoy yo, ahora. Ahí las salas son de 3 pacientes, es una sala que tiene 3 unidades para las pacientes, por lo tanto, hemos hecho acompañamiento de duelo, eh, se ha podido realizar, la autorización de los acompañantes, siempre y cuando la disposición de camas lo dé... (E10P13)

Por otro lado, un participante destaca que, a pesar de la dificultad para otorgar privacidad, poseen una sala exclusiva para ubicar a la usuaria y su acompañante.

La parte hospitalaria, se ha hecho énfasis en eso, pero cuesta un poco, tenemos la sala 7, dónde se puede ubicar a la usuaria y que esté con su pareja o acompañante significativo. (E9P6)

Respecto a la consideración por parte de los profesionales para apartar a las usuarias, cuatro de los diez entrevistados mencionaron que se considera la separación cuando hay espacio o disponibilidad. Solo uno de ellos comenta que la usuaria que ha sufrido una pérdida gestacional o perinatal es hospitalizada en el mismo espacio físico que las otras usuarias y, que, en ocasiones, será recibida en una sala separada:

... no tenemos lugar físico excepto cuando habilitamos la sala de la jefa o del médico jefe de la unidad o acá la sala mía, que es más privada para hablar con ellas. (E1P4)

Cuando hay disponibilidad de ese único espacio que tiene un poco más de privacidad, si está lleno no hay salas individuales entonces eso de salas individuales para cada paciente un poco más separadas, podría quedar en cualquiera, pero el preparto es una sala grande que tiene unas cortinas de separación, que las habilitan en el momento que están haciendo un procedimiento, un tacto, para darle un poco de privacidad a la paciente, que es lo que existe en este minuto. (E1P6)

En la urgencia no, en parto se intenta, depende del flujo de pacientes, pero como un área específica para pacientes que tengan diagnóstico de pérdida reproductiva, no. Y en la maternidad contamos con una habitación, como aislamiento... que cuenta con los requisitos de privacidad para la paciente que está pasando finalmente por este duelo gestacional. (E5P6)

Depende de donde ocurra esta pérdida. Si se atiende en las salas de atención integral del parto (SAIP) la paciente tiene una unidad individual. El Hospital cuenta con 7 salas SAIP. Si ingresan por Ley IVE, la atención se realiza en las salas de parto. (E10P13)

1.1.3. Apoyo psicológico y/o espiritual:

Todos los entrevistados declararon que existe apoyo psicológico para las usuarias en mayor o menor grado, destacando que éste puede ser brindado por el equipo Chile Crece Contigo, equipo de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) o ambos, dependiendo del establecimiento. Al respecto los participantes comentan:

Ahora, el tema de la parte psicológica, o apoyo psicológico en este momento está siendo brindado por el equipo IVE, por el equipo de las 3 causales, de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, desde que empezó la Ley IVE, ellas se hicieron cargo además de los duelos perinatales, junto con el equipo Chile Crece Contigo, que cuenta con psicóloga, asistente social, matrona. (E2P10)

No es un equipo específico para esto, pero contamos con un equipo psicosocial que antes no había, ellos se preocupan de la pérdida reproductiva, de la Ley IVE; como que están enfocados en eso, no es solo eso, pero dentro de lo que es su trabajo está la pérdida reproductiva, si o si tienen que ver a las pacientes que tienen un aborto o mortinato o alguna experiencia traumática. (E4P17C)

Cabe destacar que cuatro de los diez entrevistados mencionaron que este apoyo sólo está disponible en horario hábil, es decir, de lunes a viernes, entre las 08:00 y 17:00 horas. Además, sólo uno de los participantes comentó que se brindan facilidades para la realización de ritos religiosos:

Sí, eso también está en el protocolo que nosotros tenemos, pero generalmente no es que nosotras lo ofrezcamos, sino que en verdad si la paciente lo requiere, lo manifiesta nosotros lo vamos a respetar y vamos lo vamos a hacer todo dentro de la manera que pueda hacerse posible, vamos a brindar las facilidades para que la paciente si ella quiere hacer algún rito religioso en el lugar con el bebé, se pueda realizar. (E7P11)

1.1.4. Capacitación en comunicación asertiva:

Un número importante de entrevistados, específicamente cuatro de los diez entrevistados, comentaron que los profesionales carecen de capacitación en comunicación asertiva, para la entrega de información a las usuarias y sus familias. Refiriéndose a este punto, uno de los profesionales comentó: *"nadie está preparado para darle esta mala noticia, la paciente no está preparada para, para recibirla y tú no estás preparado para poder dársela."* (E5P14B)

Por otro lado, tres participantes mencionaron que existen capacitaciones voluntarias con relación a este tema, y otros tres entrevistados comentan que sí poseen formación. De ellos, dos mencionan que accedieron a esta capacitación por la implementación de la Ley IVE, mientras que el otro menciona que se instaura la capacitación debido al protocolo propio

del hospital: *“Cuando se instaló el protocolo con una capacitación propia del servicio, pero si tú dices como capacitación todos los años, no.” (E6P12)*

1.2. Experiencia en la atención de gestante en situación de pérdida gestacional o perinatal.

1.2.1. Descripción de proceso:

La totalidad de los participantes coincidieron que es un proceso complejo, ya sea para el profesional o la usuaria y su acompañante significativo. De éstos, tres estuvieron de acuerdo que la atención o la complejidad con que lo enfrentan las usuarias dependerá de la edad gestacional que tenían en el momento de diagnosticar el aborto u óbito. Uno de ellos asoció el nivel educacional de la usuaria en cómo ésta vivió el proceso:

Entonces sumando y restando, yo creo que lo principal son esas 3 cosas; edad gestacional en que se produce la pérdida, nivel educacional de las personas con sus redes de apoyo y el estado ansioso, el estado nervioso en que se encuentra la gestante. (E2P19)

Cómo te digo, los abortos uno los ve prácticamente todos los días, no es algo que yo me voy a acordar de alguno en particular, pero de ese óbito si me acuerdo y es fuerte la experiencia de atender el parto normal de un bebé que se sabe que viene muerto. (E4P11B)

Esta reflexión anterior es similar a la que tuvieron otros dos profesionales que declararon que es una situación normalizada en gestaciones pequeñas, pero más compleja emocionalmente en gestaciones de término.

Por otro lado, tres profesionales hicieron alusión a que la manera de enfrentar este proceso se relaciona con el estado psicoemocional de la usuaria. Por ejemplo:

... la persona cae en una desesperación, en un estado ansioso, en una labilidad emocional muy intensa, en que uno le va a poner un suero, por ejemplo, y para ella

va a ser algo cruento, en que uno la va a examinar y para ella va a ser algo negativo (E2P19B)

Igualmente, al momento de analizar este contexto, se destacó el hecho que debiese haber acompañamiento psicológico no solo para la usuaria, sino que también para los profesionales vinculados a este proceso, principalmente, por el desgaste emocional que les significa atender un proceso de duelo. Uno de ellos comenta:

Sí, o sea, siempre es una experiencia triste, no es algo que a uno le guste ver, ni mucho menos estar presente, pero fuera de lo difícil que pueda ser para tu paciente yo creo que igual te marca un poco a ti como profesional... (E3P10).

1.2.2. Atención y Contención brindada:

De la totalidad de entrevistados, solo dos sintieron que no pudieron dar la adecuada contención, ya fuese por presión propia del equipo de trabajo para que se siguiese cumpliendo con las funciones habituales, barreras idiomáticas o tiempos de hospitalización. El resto de los participantes, si bien pudieron dar contención, sintieron que no cómo les hubiera gustado o que lo sintieron insuficiente por falta de herramientas en ese tipo de habilidades. Dos entrevistados comentaron:

A veces cuesta, o sea tenemos, no se..., un aborto, un ectópico, tengo más allá un trabajo de parto, tengo una señora que se puso a sangrar... Entonces a veces, muchas veces, claro aquí en el día están las chicas del IVE, que pueden hablar con ellas, pero sábado y domingo, en la noche. hay señoras que, por ejemplo, llegan viernes en la noche, le hacen un legrado uterino, un AMEU y al otro día se van, entonces no alcanzamos a poder decir, la señora se fue contenida o la señora asumió el tema, ese tema la señora lo vive en la casa y muchas veces sola porque no nos da el tiempo. (E2P23A)

Había una barrera idiomática importante que me impedía en el fondo poder conversar mucho. (E9P12A)

1.2.3. Actitud Gestante:

La mayoría de los participantes comentaron que las usuarias se sintieron más cómodas cuando se les explicó qué fue lo que había pasado y los procedimientos que se le realizaron, además de respetar sus decisiones y haber aclarado sus inquietudes. Sin embargo, hubo 2 casos que son excepción. En uno de ellos, la usuaria no quiso que le hablaran o que se le acercaran, llegando a perder el control. En el otro, la usuaria fue indiferente a todo el proceso, probablemente por la barrera idiomática presente en el caso. Un ejemplo de lo comentado anteriormente es el siguiente:

Fue bastante indiferente la chica, ella como que estaba viviendo su momento, no le era particular si estaba yo o mi colega o si estaba una técnico... ella como que desde ese momento lo abordó muy en sí. (E9P13)

1.2.4. Aspectos que le han dificultado enfrentar el tema, y aspectos que lo han facilitado.

Fortalezas: Cuatro de los entrevistados consideraron que la empatía es su fortaleza. Uno de ellos expresó que también la experiencia profesional y personal son importantes, además; y otro destacó la resiliencia como su fortaleza principal. Uno de ellos comenta:

la situación que yo viví en mi propia vida me hizo tener la capacidad para afrontar las situaciones que viven las usuarias en este tipo situación porque en realidad si tú lo piensas desde cierto punto, a veces no hay respuestas para uno y simplemente sucede, es poco porcentaje, pero no hay respuesta y es super difícil vivirlo como de interiorizarlo. (E6P21A)

Dos de los entrevistados consideraron como una fortaleza la calidad y experiencia profesional, uno de estos además de estas dos fortalezas mencionó la empatía.

Cuatro de los entrevistados consideraron como su fortaleza los valores propios, uno de estos mencionó además la experiencia profesional y su capacidad autorreflexiva y de escucha activa. Uno de ellos menciona:

...porque en el fondo ella es la mamá, ella está sufriendo la pérdida, no la puedo obligar a algo, por mucho que yo crea que es lo que corresponde, lo que a uno le han dicho que tiene que hacer. (E1P18)

Debilidades: Las personas que participaron en esta investigación indicaron distintas debilidades para el manejo de duelo perinatal, solo uno mencionó que no posee debilidades.

Dos de los entrevistados coincidieron en la falta de tiempo en el servicio para poder entregar un apoyo adecuado. Uno de ellos relata: *"no siempre tenemos el tiempo que realmente necesita la mamá de contención, de compañía, de apoyo porque a veces el solo acompañarla es importante, pero a veces uno no puede"* (E1P19).

Dos de los entrevistados consideraron que no saben realizar una contención adecuada, señalando uno de ellos que es indiferente a abortos "pequeños". Lo anterior se puede enlazar con la percepción de un participante que destacó que existe una falta de preparación debido a la falta de conocimiento y experiencia en estos casos.

Por otro lado, dos participantes concordaron que poseen dificultades para controlar sus emociones. En este mismo contexto, un entrevistado comentó que se le dificulta separar su vida personal del trabajo: *"me cuesta en mi vida personal separar el trabajo de mi vida personal, entonces me llevo mucho de esos sentimientos para la casa"* (E3P15).

Así mismo, uno de los entrevistados se centraba más en lo biomédico que en lo biopsicosocial debido a que no preguntaba por los requerimientos de la usuaria, sino que se centraba en terminar la atención, menciona que:

siento que podría ser que de repente tiendo a normalizar la atención. No busco tampoco, mmm, quizá por mucha pega, no les pregunto que, si quieres tomar un vaso de agua o tener un tiempo para ti antes de, porque estoy pensando en los exámenes y que tengo 4 pacientes más... (E9P14)

1.2.5. Opinión manejo:

De la totalidad, seis de los entrevistados coincidieron en se está buscando abordar los casos de duelo perinatal de mejor manera. De este grupo, solo uno detalla que cuentan con la infraestructura necesaria para afrontar un proceso de duelo, el resto relata que utilizan las herramientas que tienen y otro señala que, si bien ha habido avances, se retrocedió mucho en la pandemia por los protocolos COVID-19. Por ejemplo:

Yo creo que se abordan de mejor forma que antes porque igual hay un equipo que está ahí, emocionalmente para el profesional porque para nosotras matronas es difícil poder quedarte con tu paciente siendo que tienes 10, 15, 20 pacientes más, en los hospitales grandes hay muchos más pacientes todavía, entonces no puedes quedarte solamente con ellos y contenerlos, tienes que abarcar a todos tus pacientes y lo bueno es que ahora sí hay un equipo que se encarga de eso, entonces yo creo que van mejor. (E3P16)

...ahora actualmente dentro de lo que es hospitalizado se intenta brindar como el mayor acompañamiento dando privacidad a todo, entonces yo creo que de todas formas se está intentado hacer lo mejor posible y creo que generalmente esas pacientes que veo que están viviendo estas situaciones igual como que igual se sienten como agradecidas del espacio que se les brinda y del apoyo y todo. (E7P20)

Por otra parte, los cuatro entrevistados restantes coincidieron en qué no se trata, ni comunica de buena manera a las usuarias la situación, los pasos a seguir, procedimientos, entre otros. Uno de ellos comenta:

Entonces, hemos llegado hasta acá, hasta el parto, que la señora iba en el trabajo de parto, y la señora creía que iba a tener una guagua, y todo bien, y nadie les ha dicho el asunto. O sea, no es que no le hayan dicho, si no que el lenguaje no ha sido el suficientemente apropiado, para que la señora se dé cuenta, de que su guagua está fallecida. (E2P48)

1.2.6. Protocolos duelo:

De los diez entrevistados sólo dos mencionaron contar con protocolos establecidos para atención de pérdidas gestacionales y de estos solo uno está actualizado, pero es propio del servicio de neonatología y no involucra a otros servicios del mismo hospital.

OBJETIVO 2: Conocer la perspectiva de los profesionales de matronería respecto a la implementación de la “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional” en el futuro.

2.1 Expectativas implementación Ley Dominga; creación de nuevas normativas, creación de nuevas áreas y capacitación de los profesionales.

Del total de participantes, siete comentaron que tienen expectativas respecto a la implementación y/o creación de nuevas normas asociadas a la atención del duelo perinatal. Dentro de las características informadas que ésta debe tener mencionaron que: debe incluir el acompañamiento y seguimiento en APS, debe ser transversal y debe ser más humanizada:

Lo mismo tiene que ser en este sentido, o sea, si se va a implementar una ley, que sea completa, en ese sentido, que nos den normativa, nos den protocolos, claros y precisos, de cómo atender a las personas que llegan bajo esta ley. (E2P31A)

...quizás sería bueno que hubiera un acompañamiento en APS del tema psicológico, porque siempre es de aquí a la vida y uno sabe que el proceso de duelo no se termina cuando se va del hospital es mucho más largo que eso, así que ojalá que sí, que contraten psicólogos de APS para eso. (E3P18)

Respecto a la creación de nuevas áreas, cinco de los diez entrevistados mencionaron que se deben crear nuevas áreas de planta física, mientras que dos entrevistados comentaron que debe haber un cambio en la distribución de las áreas que existen:

Sí, pero no ahora. Si como en 5 años más. O sea, tienes que tener presupuesto, tienes que tener plata, ahora quizás esto va a hacer que se apure. (E5P73)

Sí, lo encuentro necesario, sobre todo en ginecología, más que en parto, más que en SAIP, en las salas de parto integral, es en ginecología, porque, eh, cuando tenemos estas 3 pacientes automáticamente si tenemos la sala con 3 pacientes, no se hace acompañamiento. (E10P34)

En relación con la capacitación de los profesionales, seis de los diez entrevistados comentaron que esperan que exista formación para los profesionales de salud, dos de ellos comentaron que éstas deberían ser obligatorias, mientras que otro entrevistado comentó que estas deben ser enfocadas a brindar apoyo psicológico y realizar una comunicación asertiva de la pérdida gestacional o perinatal:

O sea, sería bueno que, dentro de todas las implementaciones, que a nosotros también nos hicieran una capacitación de eso, de cómo abordar una pérdida perinatal de forma psicológica y de que como tus palabras no impacten en tu paciente, porque a veces a uno igual se les salen cosas y eso como tratar de estar consciente de que no voy a decir esto, no voy a decir esto otro, porque lo va a escuchar. (E3P17)

Otras expectativas que mencionaron los participantes fueron: que la implementación sensibilice a los profesionales relacionados con la atención perinatal, ofrecer apoyo monetario a las familias para los servicios fúnebres, lograr que las usuarias tengan una mejor experiencia, integrar de mejor manera a las parejas de las usuarias en la atención, destinar una matrona enfocada solo en atención de pérdidas gestacionales, que la implementación abarque a todas las pérdidas reproductivas, contar con un equipo especializado en atención de pacientes que sufren pérdidas gestacionales, carga laboral que permita hacer una atención humanizada completa y charlas sobre Ley Dominga. Un participante comenta:

Ahora también con el tema de las pérdidas como más grandes, donde tienen que hacer como un... tienen que tener la opción de poder hacer sepultura, que a veces no se puede por temas económicos, quizá ahí se podría hacer como no sé si normativa,

pero un apoyo para las pacientes en caso de que no tengan los recursos como para poder hacer la ceremonia que ellos estimen conveniente. (E4P19D)

...entonces como que igual podrían destinar de hecho hasta una matrona especial solo para eso, porque hasta a mí, yo que veo embarazadas, igual me afecta un poco ver que llega una pérdida, da lo mismo la edad gestacional que sea, siento que hay que tener un enfoque más, un equipo principalmente enfocado en esa ley, creo que podría ser una expectativa muy alta, pero sería bueno. (E8P19B)

Sí, sí, con todo, no solo... no solo incluso con la Ley Dominga, sino también con, con lo que es el parto respetado, con lo que es la violencia obstétrica, todo eso, eh, tiene que cambiar. O sea, no.... debería ser una matrona por cada paciente. Mínimo, mínimo, no una matrona para tres pacientes. ¿Cómo vives tres trabajos de parto así?, es imposible. No, no se puede, tiene que cambiar de hecho. (E6P27)

2.2 Implementación Norma Técnica.

Respecto a las modificaciones en el lugar de trabajo luego de la implementación de la norma técnica, dos de los diez entrevistados no respondieron a la pregunta debido a que la entrevista se realiza 2 semanas antes de la publicación de ésta y uno comentó que no ha habido modificaciones.

De las modificaciones realizadas, un participante comenta que el equipo IVE recibió orientación sobre Ley Dominga. Por otro lado, siete de los participantes comentaron que ha habido cambios luego de la implementación de la norma, destacándose que dos de ellos mencionaron que son cambios respecto a la atención de las usuarias, dos mencionaron que se entregan cajitas de duelo, dos mencionaron que hubo actualización en los protocolos internos, uno comentó que hay capacitaciones médicas y uno comentó que las pacientes con legrado o Aspiración Manual Endouterina (AMEU) se dejan en salas sin puérperas y recién nacidos:

Eh, sí, lo que sí siempre se hace, las pacientes que están cursando o van a cursar un aborto, tanto que recibimos como pacientes con legrado o AMEU, se dejan en salas sin puérperas ni recién nacidos, eso siempre se hace, si hay que mover pacientes o dejarla en ginecología, se hace. Lo ideal es que siempre hemos estado, desde que partió la Ley Dominga, eso es como ley, al paciente que viene por un aborto se deja sin sala con recién nacidos. (E10P36)

2.3 Protocolos Internos que obstaculicen o faciliten la implementación de la ley.

Cinco de los entrevistados coincidieron en que no existe un protocolo que obstaculice la implementación de la Ley 21.371, mientras que uno de estos señaló que no existe un protocolo a nivel local que dificulte la implementación de la ley, pero sí a nivel ministerial. Además, uno de estos cinco entrevistados señaló que la Ley IVE sería un aspecto facilitador para la implementación de la Ley Dominga:

...como que de forma interna se ha ido organizando el equipo para que sepan, por ejemplo, como, cuando y donde pueda ingresar esta paciente, que por lo general los abortos son detectados en la urgencia, por lo general y muy pocas veces acá cuando vienen a eco I. Entonces ahí se cita, los médicos saben que tienen que derivar al poli de pérdidas reproductivas. (E8P25B)

Por otra parte, dos de los entrevistados consideraron que la actual pandemia y los protocolos que conlleva pueden dificultar la implementación de esta, dos de los entrevistados mencionaron que existen protocolos que facilitan la implementación de la ley, cabe destacar que uno de los entrevistados no respondió.

2.4 Seguimiento a familias.

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que debe existir un seguimiento a la familia; tres de ellos consideraron que puede ser útil para establecer un plan de mejora,

uno de ellos comentó que hay que considerar el tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y la aplicación de la encuesta:

Imagínate a esas personas que les pasa eso por primera vez que viven, no sé, un duelo en su vida por primera vez y más encima en ese tipo de situación, tú le envías una encuesta y es difícil que te puedan contestar, entonces, sí, porque claramente necesitamos la opinión de cómo vivieron eso para poder evaluarlo, pero depende del tiempo que des entre la pérdida para poder enviar esa encuesta. (E6P35)

Por otro lado, uno de los entrevistados consideró que se debiese especificar a qué se refieren con familia, que personas abarcaría y también señaló que a su parecer este no sería un indicador ya que *"puede ser que se haya sentido pésimo, pero no haya reclamado"* (E5P53).

2.5 No cumplimiento como Violencia Obstétrica.

Siete de los entrevistados estuvieron de acuerdo que el no cumplimiento de la ley se considera como violencia obstétrica, uno de los entrevistados mencionó que no se considera violencia obstétrica, y finalmente dos de los entrevistados consideraron que depende del contexto de la situación en que fue brindada la atención y los puntos que se abarquen de la ley se podría o no considerar violencia obstétrica. Se destacan las siguientes afirmaciones:

A veces yo puedo haber dado una muy buena atención, humanizada, con contención y acompañando yo como profesional al paciente, pero puede que no haya cumplido, que justamente no sé..., no pude hacer pasar al familiar, pero yo no considero que eso sea violencia obstétrica, pero no estoy cumpliendo con la norma que sería el acompañamiento, pero toda mi atención fue de calidad, fue humanizada, la contuve, intente dar lo mejor de mí, pero aun así no estoy cumpliendo con la norma y no es violencia, para mí no es violencia obstétrica (E4P30A)

...Distinto fuera si es que yo le dijera “oye para qué estas llorando tanto si tu guagua tenía dos meses nomas de embarazo” para mi esas son como cosas de violencia obstétrica, el trato, pero a veces puedes cumplir tú toda la norma y dices ya no es violencia, pero la paciente va a hablar... no sé... la matrona, la TENS o el equipo psicosocial super pesada con la paciente. (E4P30A)

... cumplí que la acompañaran, cumplí que le pasaran la cajita, cumplí todo eso que es el checklist de la norma, pero como persona fui super penca, entonces viste que siempre hay matices, pero no creo que solo por no cumplir algo vaya a ser violencia obstétrica... (E4P30B)

...Entonces le meten el miso y tienen, tienen trabajo de parto y la violencia obstétrica parte desde que la señora entra a la urgencia, de cómo tú la tratas. Entonces sí, sí, definitivamente. (E6P36)

¿Es violencia no decirle algo a una paciente que está con aborto?, sí, sí es violencia psicológica, es violencia psicológica si tienes el espacio y no hacen pasar a tu pareja, a la pareja, si es violencia, para mí eso es violencia, es abuso de poder, poca empatía, poca vocación, si no te cuesta nada, no cuesta nada. (E10P44)

2.6 Consecuencias disciplinarias.

Tres de los diez entrevistados se encontraban en desacuerdo con las sanciones, dándose opiniones como que no debería ser punitivo. Por otro lado, seis de los entrevistados mencionan estar de acuerdo con la implementación de castigos y de ellos dos mencionaron que se debiera averiguar apropiadamente antes de proceder a un castigo y si ha de desarrollarse que no sea desproporcionado en cuanto a la falta. Un participante menciona: *“No creo que tenga que ser punitivo. No vas a cambiar, porque entiendes que está mal”.* (E5P79B)

2.7 Fiscalizador externo.

Seis de los entrevistados mencionaron que debiese existir un fiscalizador externo, dando argumentos como que sería más imparcial, que todos los hospitales tendrían que cumplir con un mínimo y verse obligados a invertir o que de verdad se cumplan ciertos parámetros.

Quienes mencionan estar en desacuerdo argumentan que un fiscalizador externo no conocería la realidad interna/local del hospital, que no se debiesen gastar recursos en esto o, según la opinión de un entrevistado, se podría no contar con un fiscalizador externo al hospital, pero sí al servicio de maternidad.

Uno de los participantes comenta:

No sé si externo, no, yo creo que no porque una persona externa no maneja..., o sea, quizás externo como al servicio de la maternidad, pero si como interno al hospital porque si es tan externo no va a manejar como lo que tú tienes o con lo que uno cuenta en el mismo servicio... (E5P81)

2.8 Capacitación específica.

Nueve de los diez entrevistados estuvieron de acuerdo con que se debe brindar una capacitación específica para afrontar los casos de pérdida gestacional o perinatal, dos de ellos mencionaron que esta capacitación debe ser desde el punto de vista psicológico, uno de ellos mencionó que debe ser normada y en todas las áreas y niveles de atención, mientras que otro, comentó que debe ser constante y continuo. Respecto a esto uno de los entrevistados señaló que: *“nadie tiene las herramientas para poder trabajar la muerte como matrones, porque tú estás acostumbrado a la vida” (E5P84)*. El último entrevistado comentó que ésta no es estrictamente necesaria, pero que sería de mucha ayuda.

En relación a la obligatoriedad de las capacitaciones, cinco de los diez entrevistados opinaron que las capacitaciones en pérdida gestacional o perinatal deben ser obligatorias, tres de los diez entrevistados opinaron que estas capacitaciones deben ser voluntarias, mientras que un entrevistado opinó que estas deben ser mixtas, es decir, deben haber

capacitaciones voluntarias y obligatorias, respecto a esto el entrevistado mencionó: *“muchas veces las capacitaciones que nos pueden dar quizás no sean tan atingentes a donde nos estamos desarrollando”* (E2P58) . El último entrevistado no respondió a la pregunta.

2.9 Inclusión en Pregrado.

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con que el tema debe incluirse en la malla de pregrado, cuatro de ellos mencionaron que esta inclusión debe ser respecto al área psicológica, y uno de ellos comentó que toda actualización debería estar incluida en el pregrado.

Si, creo que, la verdad, muchas veces, y lo he visto, hacen contención más los estudiantes que los mismos matrones, entonces hacer una contención desde lo aprendido es diferente hacer una contención desde lo inherente o lo que uno piensa...
(E9P29)

2.10 Aspectos que agregaría a la normativa vigente.

Uno de los diez entrevistados comentó que no incluiría nada dentro de los aspectos que aborda la ley, mientras que, otro comenta que no sabe qué aspectos podría incluir. Por el contrario, los demás entrevistados comentaron que se deben incluir los siguientes temas: la presencia de una psicóloga que se pueda llamar durante el horario no hábil, personal que se dedique exclusivamente a la gestión de la ley, capacitación exclusiva a médicos, aumento de los días de licencia para las usuarias que sufren una pérdida gestacional o perinatal, brindar recursos para los servicios fúnebres, capacitaciones anuales respecto al tema, que el hospital trabaje en conjunto a la Atención Primaria en Salud, tener clara la red de derivación estableciendo flujogramas de atención, un equipo formado por médico, TENS y matrona, a disposición de la paciente, y checklist para que se cumpla lo estipulado por Ley Dominga:

Aquí faltan los médicos, que los médicos tengan una capacitación explícita de cómo tratar a una paciente con una pérdida perinatal. (E3P31)

...pero si yo sé que cuando son embarazos chiquititos no se pueden llevar ellos los fetos o los restos que queden a no ser que se los lleven en una funeraria, y eso si es un impedimento para que se pueda hacer de mejor forma... no cierran el ciclo o a veces se sienten culpables porque los dejan ahí y esos restos después de cierto tiempo se los llevan a incinerar, se eliminan finalmente, juntan todo y se elimina, quedan como con la idea "oh yo deje a mi hijo ahí tirado" y yo creo que eso no les sirve para cerrar el ciclo. (E4P25)

... yo creo que igual quizás enfatizar el tema de también ocupar como herramienta APS en el sentido como de afianzar nosotros que de repente como lo que más le decía de las pacientes con manejo ambulatorio. (E7P34)

...hay que recalcar quizás hacer un checklist de la Ley Dominga, de que se cumpla, así como, o en los hospitales que los hagan, pero eso, encuentro que es una buena forma de ir cambiando. (E10P51)

2.11 Aspectos que integrar en la formación profesional.

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con que se deben integrar distintos temas dentro de la formación profesional, los cuales son: capacitación psicológica, tanto para poder afrontar las pérdidas gestacionales y perinatales, como para poder separar lo laboral de lo profesional, capacitación socioemocional, conocimiento legal, capacitación en comunicación asertiva y cómo usar la caja de duelo:

Tiene que haber un profesional capacitado que desde lo teórico te dé el manejo. Es difícil enfrentarte a una persona, hablar a la persona, sacarle información. Quizás esas herramientas no las tienes, pero no las vas a aprender en una clase teórica Cuando tú haces muchas veces esto lo aprendes. No nos podemos basar en opiniones. (E5P88)

Eh, hacer obligatorias las capacitaciones, yo creo que eso es como fundamental, así como, "chicos, tal día, todos deben cursar esta capacitación, organicense en los

turnos”, ahí ver también, lo que es la caja de duelo, porque muchos colegas dicen “ay, ¿Qué hago con esto? ¿Qué hago con esto otro?”, que no lo han visto y es como, “ya mira, yo te ayudo en esto”, pero debiera ser un estándar, que todos sepamos como hacer esto, es como atender un parto, atender un duelo, manejarlo, y llevarlo a cabo, así que eso. (E10P52)

Y en este tema también, somos el profesional idóneo en este sentido... ¿Por qué? Porque tienen que ver con la mujer, nosotras tenemos que ser capaces de afrontar a la mujer no solamente en su ciclo vital, sino en sus momentos más oscuros, sus momentos más terribles, cómo es enfrentarse a un aborto, a una interrupción voluntaria del embarazo, a un delito sexual, y saber darle...porque tenemos que hacernos responsables de eso, y para eso necesitamos conocimiento. (E2P65)

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

5.1 DISCUSIÓN.

Del análisis realizado de los resultados, se discutirán los aspectos más relevantes de esta investigación en relación con los objetivos establecidos.

Uno de los aspectos más relevantes destacados en esta investigación corresponde al hecho de que existe una diferencia importante de recursos, en cuanto a infraestructura, en hospitales de mayor y menor tamaño. Lo anterior se vio reflejado en cómo los participantes reflexionan en relación con la implementación de la nueva normativa.

La norma específica que se deben tener espacios separados; sin embargo, la realidad de la infraestructura de los hospitales de mayor antigüedad y con menos recursos, no permite, en algunas situaciones, implementar este espacio separado. No obstante, cómo equipo, buscan modificar ciertos espacios para dar privacidad a las usuarias y sus acompañantes significativos. Si bien, al revisar la Norma Técnica (34) se asume que es necesario otorgar un espacio físico separado, las realidades hospitalarias que se encontraron en esta investigación son muy distintas y por tanto la implementación y ejecución como tal de la normativa podría ser dificultosa.

En una revisión sistemática que exploró el impacto de la atención del duelo perinatal en los profesionales de enfermería informó que la privacidad que se pueda entregar depende del espacio físico con el que cuente el hospital y que, lamentablemente, son pocas las unidades en que se pueda hacer una separación con el fin de proporcionar un espacio más íntimo en casos de pérdidas perinatales (36). Esto fue igualmente comentado por los profesionales entrevistados en la actual investigación, revelando una similitud en cuanto a la dependencia del área donde ocurre el duelo para la entrega de un espacio físico específico destinado a la atención de este. Principalmente, este espacio se puede entregar en el área de maternidad/ginecología ya que esta unidad tiene una mayor disponibilidad de este.

Por otro lado, hay diferencias entre el conocimiento de la existencia de protocolos relacionados con el manejo de las pérdidas reproductivas en profesionales de un mismo centro de salud. Este aspecto es relevante, considerando que uno de los componentes principales del sistema de calidad está dado por manuales de procedimientos, protocolos, planes y programas institucionales de carácter documental. Estos deben cumplir con los atributos de calidad en términos de su contenido o aspectos mínimos, así como que se debe verificar que la difusión o grado de conocimiento de los profesionales sea el apropiado (31). En la presente investigación, se encontró que existe una falta de conocimiento en relación con las normativas vigentes existentes en los centros participantes, ya que muchos profesionales no aplican procedimientos porque desconocen que existe un documento que establece cómo estos se deben realizar o no se dan el tiempo de leerlos. Además, se pudo identificar que existen diferencias en el conocimiento de la existencia de protocolos entre dos profesionales que trabajan en un mismo centro de salud, pero que se desempeñan en dos áreas diferentes: Neonatología y Maternidad.

Respecto a este problema, se ha reconocido que se debe establecer un plan de mejora. Para esto se pueden utilizar una serie de intervenciones, que incluyen la retroalimentación de los problemas detectados a los profesionales, disseminación de la información contenida en protocolos y/o manuales de procedimientos, mediante reuniones educativas, talleres grupales y/o visitas educativas en terreno, utilizar recordatorios entregando en el propio lugar de trabajo información verbal, impresa o a través de un computador, usar líderes de opinión locales, que van a entregar contenidos educativos a sus colegas a través de discusiones, consultas informales, y revisión conjunta de los protocolos, utilizar incentivos, los cuales no deben ser económicos, además, de revisar y mejorar los documentos existentes (32).

Otro aspecto reconocido en el análisis fue contar con apoyo psicológico y capacitación en herramientas psicológicas para los profesionales que viven el proceso de atención del duelo perinatal o gestacional. Esta situación fue descrita en una revisión sistemática que

identificó que el nivel de satisfacción de las matronas por la atención prestada es menor cuando se sienten abrumadas emocionalmente y cuando existe un compromiso emocional, por lo cual, una mayor conciencia y conocimiento de los servicios de apoyo emocional favorecen a una mejor respuesta en el afrontamiento del duelo (9). Como se mencionó en el capítulo de resultados, los profesionales de matronería identificaron la necesidad de capacitaciones enfocadas a brindar apoyo psicológico a las usuarias que sufren una pérdida gestacional o perinatal y comunicación asertiva. Además, mencionaron que se debe incluir este tema dentro de la formación de pregrado para contribuir a mejorar la atención en estos casos, abordando acompañamiento, duelo perinatal, entre otros. Estos aspectos son importantes a considerar, teniendo en cuenta que es prioritario contar con un equipo involucrado en la implementación de la nueva normativa para asegurar la calidad de la prestación de servicios otorgado a la comunidad (37).

En cuanto a la necesidad de contar con apoyo psicológico para los profesionales que viven el proceso de atención del duelo perinatal o gestacional, se pudo destacar que los profesionales identificaron la necesidad de contar con herramientas para poder separar la vida laboral de la vida personal, mencionando que al atender casos de pérdidas gestacionales y perinatales sienten tristeza. Respecto a este mismo tema, un estudio realizado en Italia, titulado “The BLOSSoM study: Burnout luego de la pérdida perinatal en matronería”, identificó que el 24,5 % de las participantes obtuvieron altos puntajes en la escala de impacto de evento-revisada (IES-R), sugiriendo el desarrollo de síntomas de trastorno de estrés postraumático (PTSD), relacionados con la atención de los padres que sufren un duelo perinatal (38). También identificaron que la cantidad de años trabajando (mayor a 15 años) y la cantidad de duelos perinatales atendidos (mayor a 10) disminuyen la percepción de dificultad en la atención de los padres en duelo, mientras que los niveles de burnout aumentan, llegando a la conclusión de que las matronas están en riesgo de desarrollar burnout luego de 5 años trabajando, debido al impacto psicológico de estos sucesos (38). Este último resultado respalda la necesidad de considerar este riesgo a priori

en la implementación de la normativa, en la cual se tendrían que incluir el apoyo y las capacitaciones correspondientes.

En este contexto, los participantes de esta investigación mencionaron que sería útil contar con asesoría de profesional psicólogo vía telefónica las 24 horas del día, los siete días de la semana **para usuarias que tienen una pérdida gestacional o perinatal**. En Chile, actualmente existe la línea de llamado “Salud Responde” que es una plataforma telefónica, integrada por profesionales de la salud, que, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, informan, orientan, apoyan y educan a los usuarios que acceden a esta (39). La plataforma ha tenido una buena recepción por parte de la población y los equipos de salud, manteniendo habitualmente una satisfacción sobre el 90%, con excepción del año 2020 durante plena pandemia donde el nivel de satisfacción bajó a 89%, porcentaje que aumentó a 91% al año siguiente. (40). Esta plataforma representa una oportunidad para la introducción de este tipo de servicio exclusivo en este contexto, ya que, al prestar un servicio de esta forma, permitiría a los funcionarios de los servicios de salud poder tener el apoyo necesario y la orientación del manejo de esta situación crítica que afectan, no tan solo a la familia, sino que también al equipo profesional.

Otro aspecto que fue sugerido por todos los participantes fue el realizar una encuesta de seguimiento para verificar el cumplimiento de la ley. En este contexto, la normativa actual (34) estipula, que, en el contexto del seguimiento y continuidad de los cuidados, lo siguiente:

Posterior a la atención integral intrahospitalaria es de suma relevancia que el equipo de salud ofrezca seguimiento a las familias que viven el duelo gestacional o perinatal, ya que se encuentran en un contexto de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal (34, pg. 47).

Todos los entrevistados de la presente investigación concuerdan en que debe existir un seguimiento al núcleo familiar, haciendo alusión principalmente a la utilidad de una encuesta que permita establecer un plan de mejora.

Uno de los aspectos a considerar es el tiempo transcurrido entre la pérdida gestacional y la aplicación de la encuesta, debido a la percepción que pueden tener las usuarias de ésta, dado a que se ha descrito en la literatura que cada individuo enfrenta el periodo de duelo de distinta manera (41). Tanto los sentimientos como el tiempo de duración que tendrá este proceso varían en cada persona. Se cree que los sentimientos ante la pérdida después de ocurrida disminuyen a lo largo de los seis primeros meses. Sin embargo, posterior a ella, existen casos en que el duelo puede extenderse hasta los dos años o más por lo que el manejo debe ser particular para cada caso (9). Lo anterior demuestra que realizar un seguimiento oportuno es una estrategia para considerar en la implementación de la Ley.

En este contexto, en un estudio realizado en la clínica universitaria Colombia, en Bogotá, en el año 2018, evaluó el cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario (42). Esta investigación, exploró las percepciones de las pacientes que habían sido atendidas por duelo perinatal sobre el proceso de apoyo brindado en el ámbito hospitalario por los profesionales tratantes. Los investigadores concluyeron que es muy importante llevar a cabo procesos de evaluación de la atención hospitalaria en conjunto con las pacientes y los profesionales de la salud, lo que conduce a lograr aportes significativos para la retroalimentación y el mejoramiento continuo de la atención otorgada considerando que el duelo perinatal es un problema tan sensible para todos los actores involucrados.

Por otro lado, se comentó la falta de preparación desde el pregrado que tienen los profesionales de matronería vinculados en la atención de estas usuarias. Lo anterior ya fue descrito en un estudio realizado en el año 2020, dónde se establece que independiente del tiempo transcurrido desde el egreso, la formación de pregrado es insuficiente para desarrollar estrategias de manejo del duelo perinatal, dificultando su desempeño y abordaje integral, por lo que, los participantes consideraban necesario que se tratarán temas relacionados con trato humanizado y comunicación de malas noticias (43).

Esta situación también ha sido observado en otros países. En la revisión sistemática realizada en la Universidad de Valladolid, España, una de las afirmaciones rescatadas fue que, durante la etapa de estudiantes, la formación en duelo perinatal que se entrega en las instituciones académicas es insuficiente para poder realizar una correcta atención a las familias (36). Incluso en una investigación realizada con estudiantes de pregrado se destaca la necesidad de información previa o enseñanza en el manejo de atención de personas que cursan un proceso de duelo gestacional, ya que las estudiantes mencionaron que no se sentían preparadas para atender a los padres en duelo, se sentían inseguras sobre comunicarse con ellos, ya que sus palabras podrían tener un impacto negativo en la experiencia de la madre y su familia (43).

Las afirmaciones observadas en los estudios coinciden con la presente investigación realizada, en el punto de que es necesario que haya una formación relacionada al tema desde el pregrado. Específicamente, todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con que el tema debe incluirse en la malla de pregrado, haciendo alusión a que debiese hacerse más hacia el área psicológica, además de que el currículum se actualice constantemente.

- **Limitaciones de la investigación:**

Primeramente, existieron problemas en la coordinación de entrevistas llevadas a cabo por plataforma virtual, principalmente la conexión inestable y la falla en envíos de links. Mientras que, cuando las entrevistas se decidían ejecutar de manera presencial, no se lograba coordinar con facilidad el día en que estas se llevarían a cabo, debido a las discrepancias de la disponibilidad de los profesionales con las integrantes del grupo de investigación que rotaban durante el año por distintos servicios clínicos. Asimismo, muchas veces se perdía el contacto con matrones que accedían a participar, pero luego no respondía a los correos enviados.

Debido a que el trabajo de investigación partió en el momento que Ley Dominga era una propuesta de ley, conforme fue cambiando su estatus legal, se debió ir modificando el contenido de la investigación y el cómo abordarla. También, se tuvo que esperar la

divulgación de la norma técnica por la relevancia de contar con la opinión de los participantes con respecto a ella.

5.2 CONCLUSIÓN.

En el transcurso de la investigación, se pudo conocer la experiencia de cada uno de los profesionales entrevistados, así como su percepción sobre la atención del duelo perinatal en su lugar de trabajo y las expectativas que tenían con respecto a la implementación de la Ley 21.371.

De forma general, se puede concluir que la designación de un espacio físico separado para la atención de un duelo perinatal dependía, en parte, de la unidad donde ocurra este hecho, haciendo una distinción importante del espacio disponible en la unidad de maternidad en comparación con las otras unidades responsables de la atención de las mujeres gestantes. Además, se puede agregar a esto el criterio que cada profesional tenía para poder proporcionarle a la usuaria un espacio separado depende de la realidad del servicio de salud.

La mayoría de los profesionales entrevistados comentaron que era necesario, para otorgar una atención integral, la incorporación de capacitaciones obligatorias específicas sobre la atención del duelo gestacional o perinatal, la comunicación asertiva y la manera correcta de afrontar estas situaciones para que no repercutan, de manera negativa, en la salud mental de las usuarias, sus familias y la de los profesionales que pasan por este proceso. En adición a este tema, cabe recalcar que los entrevistados consideran de suma importancia la disponibilidad continua de un profesional psicólogo(a) a quien acudir para solicitar orientación al momento de enfrentar y atender un duelo perinatal, con el fin de salvaguardar la salud mental de las usuarias, sus familias y de ellos mismos.

Muchos de los entrevistados coinciden en que la adición de este tema en la malla curricular de pregrado es algo esencial para la formación de los futuros profesionales, recalcando la importancia de que esta formación sea realizada por psicólogos, para tener profesionales mejor capacitados para enfrentar situaciones de duelo.

Ciertamente, la Ley 21.371 de acompañamiento integral de las personas en duelo gestacional o perinatal, llegó a establecer cambios en la atención del duelo perinatal, no obstante, al tomar en cuenta las distintas realidades hospitalarias conocidas durante la investigación, es probable que haya centros de salud que no estén preparados para ejecutar lo detallado en la norma técnica, habiendo ocasiones en que los servicios tuvieron que adaptar lo normado a su realidad local. Debido a lo anterior, cómo equipo investigador consideramos que para establecer un mínimo común, donde no sólo ciertos hospitales tengan las facilidades para entregar una atención integral en caso de duelo gestacional o perinatal, desde la primera acogida hasta el lugar en el que será hospitalizada la madre en duelo, es necesario que el estado, a través de las SEREMI, proporcione un financiamiento adecuado que permita la realización de cambios en la infraestructura, para proporcionar los espacios estipulados en la nueva ley, así mismo, en los futuros recintos hospitalarios se debe planificar la presencia de estos espacios.

Otra recomendación que puede ser entregada, es la integración de una subvención específica para los servicios fúnebres que son requeridos al momento del retiro de los vestigios de un duelo, ya que es una de las mayores preocupaciones por parte de los profesionales, puesto que no son muchas las familias que cuentan con recursos económicos suficientes para invertir en estos servicios.

Como última recomendación, se considera importante un cambio en el trato hacia aquellas familias que enfrentan esta realidad, pese a que la ley entrega recomendaciones de un correcto trato, si los profesionales involucrados no realizan una atención considerando todas las emociones involucradas en este proceso, no habrá un avance en este tema. Por ello, es pertinente, que las generaciones futuras de profesionales de matronería y las que se encuentran actualmente en pregrado, sean capacitados en primeros auxilios psicológicos, comunicación asertiva y atención integral del duelo gestacional o perinatal, para que así, cuenten con una base para enfrentar este tipo de situaciones en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villamizar Rodríguez E, El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2002;1(2):66-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510207>
2. Pacheco G. Perspectiva Antropológica y Psicosocial de la Muerte y el Duelo. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2003 [citado 21 de mayo 2021];(14):27 - 43. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf
3. Oviedo Soto S.J., Parra Falcón F.M., Marquina Volcanes M.. La muerte y el duelo. Scielo [Internet]. 2009 feb [citado 17 de noviembre 2022]; (15). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015&lng=es.
4. Al-Adib M, Santos P, Yáñez A. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.academia.edu/39821180/ATENCI%C3%93N_PROFESIONAL_A_LA_Autores?email_work_card=view-paper
5. Roitman A, Armus M, Swarc N. El duelo por la muerte de un hijo. Aperturas Psicoanalíticas [Internet]. 2002 [citado 20 de mayo de 2021]; 12 (3). Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000216#contenido>
6. Vega L. Muerte perinatal: El duelo de los padres. Revista Mexicana de Pediatría. 2009; 76:203–204. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095a.pdf>
7. Mortalidad Perinatal [Internet]. Indicadores de salud materna y perinatal. 1995 [citado el 22 de mayo 2021]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3315per.htm>

8. Bosch, D. (2021, octubre 15). *15 de octubre: Día Internacional de la Muerte Gestacional, Neonatal y de la Infancia Temprana*. bbmundo. <https://www.bbmundo.com/embarazo/parto/15-de-octubre-dia-internacional-de-la-muerte-gestacional-neonatal-y-de-la-infancia-temprana/>
9. González S, Suárez I, Polanco F, Ledo M, Rodríguez E. El Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cuadernos de Atención Primaria [Internet]. 2013 [citado 21 de mayo 2021];19(2):113 - 117. Disponible en: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_2.pdf
10. Melo P. Duelo Perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno [Tesis de Magister]. Universidad de Chile; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177132/Duelo%20perinatal.pdf?sequence=1>
11. El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañado [Internet]. iNatal. 2019 [citado 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>
12. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas vitales, 2018 [Internet] [citado el 27 de octubre del 2021] Disponible en : https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5
13. Mortalidad Perinatal en las Américas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2005 [citado 21 de mayo de 2021]; 70(5): 279-280.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500001&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000500001>

14. Stegmaier FGN. Duelo Perinatal [Internet]. Síntesis biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: sintesis.med.uchile.cl - 7. Duelo Perinatal
15. Chile, Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Neonatología [Internet]. Chile; 2005. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2005_Guia-Nacional-de-neonatologia.pdf
16. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva. Algunos problemas asociados con la Mortalidad Materna y Perinatal. Tecnologías Perinatales [Internet]. 1992 [citado 22 de mayo de 2021]:18. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1255.pdf>
17. Pastor S, Vacas A, Rodríguez M, Macías J, Pozo F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. Revista Paraninfo Digital, 2007 [citado 22 de mayo de 2021]; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>
18. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2011 [citado 05 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/?format=pdf&lang=es>
19. Castillo Valderrama J, Rey Hermosilla A, Cabello-Hidalgo P, Núñez-Fellay C, Villagrán-Becerra M. Duelo perinatal: experiencias de la profesional matrona/matrón ante la muerte. Matronas Hoy 2020; 8(2):37-45. [citado 15 de

- Julio de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/188/duelo-perinatal-experiencias-del-profesional-matrona-matron-ante-la-muerte/>
20. Martos I, Sanchez M, Guedes C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Revista de Educación en Ciencias de la Salud [Internet]. 2016 [citado 22 de mayo de 2021];7(2):300 - 309. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454/2088>
 21. M. Machado. El Observador. La despedida que más duele: cuando hay que llorar un hijo antes que nazca [Internet]. 2018. [Citado 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-despedida-que-mas-duele--201894184736>
 22. Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. Santiago; 2011 p. 48. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
 23. Chile, Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. Chile; 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
 24. Chile, Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Neonatología [Internet]. Chile; 2005. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2005_Guia-Nacional-de-neonatologia.pdf
 25. Chile, Ministerio de Salud. Guía Perinatal [Internet]. Chile; 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

26. Sepúlveda A, Valdés E, Hasbun J, Salinas H, Castillo S, Parra M. Serie guías clínicas: Manejo de feto muerto in útero [Internet]. 2013 [citado 15 julio de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277332272_Serie_guias_clinicas_Manejo_de_feto_muerto_in_uteru
27. Ley Dominga: cómo la dolorosa historia de una madre la llevó a impulsar un proyecto de ley [Internet] [Citado 26 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/vida-actual/familia/2021/03/14/ley-dominga-como-la-dolorosa-historia-de-una-madre-la-llevo-a-impulsar-un-proyecto-de-ley.shtml>
28. Senado. Acompañamiento en caso de pérdida gestacional: “Ley Dominga” avanza a su segundo trámite [Internet]. Senado.cl. [citado el 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.senado.cl/noticias/atencion-preferente/acompanamiento-en-caso-de-perdida-gestacional-ley-dominga-avanza-a-su>
29. Chile atiende. Ley Dominga [Internet] [Citado 26 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/97136-ley-dominga>
30. Senado.cl. Tramitación de proyectos. [Citado 26 de septiembre de 2021] Disponible en: http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_i ni=14159-11
31. Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta M. M, Toledo Fernández A. M, Norabuena Canal M. V. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429933016>

32. Chile, Ministerio de Salud. Metodología: elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad. 2009. [citado 04 de noviembre 2022]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14451_recurso_1.pdf
33. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21.371 establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal. 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165684>
34. Chile, Ministerio de Salud. “Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el Acompañamiento Integral de las personas en Duelo Gestacional y Perinatal” (2022). [citado 22 de noviembre 2022] Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/Norma-Tecnica-y-Administrativa-Ley-21.371-Dominga-publicado.pdf>
35. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
36. Castro Tardón MD. Análisis del impacto de la muerte y la atención del duelo perinatal en los profesionales de enfermería: una revisión sistemática. Facultad de enfermería, Universidad de Valladolid [Internet]. 2017-2018 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30472/TFGH1237.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Unidad de gestión de la calidad, Hospital San Juan de Lurigancho. Plan de mejora continua de la calidad. 2018. [citado 04 de noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Concurso/PLAN MEJORA.pdf](https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Concurso/PLAN_MEJORA.pdf)

38. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, Mosconi L, Tagliavini S, Cossu E, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nationwide investigation in Italy. *Women Birth* [Internet]. 2022;35(1):48–58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221000032>
39. Chile, Ministerio de Salud. Qué es salud responde. [citado el 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/introduccion>
40. Rivas O. Telemedicina y teleasistencia en Chile, experiencias en los programas de Salud Responde y Hospital Digital, periodo 2019 a 2021 en la Región Metropolitana. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/ee6dcff0-4ccb-427e-ae6d-ca01d28ce2b4/content>
41. Marquínez Pascual, N. “Propuesta de mejora a programa de apoyo y seguimiento del duelo por una pérdida perinatal”. Fin de grado, Universidad pública de Navarra [Internet]. 2020 [citado 22 de noviembre 2022] Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/37785>
42. Durán F., M.E. y Casallas M., D.M. Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología y Salud*. (2019) [citado 22 de noviembre 2022] Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2571>
43. Alghamdi R, Jarrett P. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *Br J Midwifery* [Internet]. 2016;24(10):715–22. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjom.2016.24.10.715>

ANEXOS.

ANEXO N°1: Pauta de entrevista

ENTREVISTA N° ____

DATOS ENTREVISTA

- Fecha:
- Lugar:
- Hora inicio y término:
- Nombre investigador:
- Nombre transcriptor:
- Observaciones investigador:

DATOS ENTREVISTADO/A

- Edad: ¿Cuántos años tiene?
- Género: ¿Con qué género se identifica?
- Tipo de universidad: ¿En qué universidad estudió?

1. Características profesionales

- Lugar de trabajo: ¿Trabaja en un hospital público o clínica privada? ¿A qué servicio de salud o ciudad pertenece?
- Años de trabajo: ¿Hace cuántos años trabaja en ese hospital?
- Unidad hospitalaria: ¿En qué unidades del hospital trabaja? (Neonatología, UEGO, Parto, Maternidad)

- Rol profesional: ¿Qué actividades realiza en su trabajo?
- Cesantía o licencias: ¿En algún momento de su carrera, ha estado inactivo/a? ¿Cuánto tiempo?

2. Describir la experiencia de los profesionales de matronería, respecto a las pérdidas gestacionales

2.1 Características del lugar de trabajo en torno al tema: espacio físico separado, protocolo, organización, derivación a profesional psicología, apoyo espiritual, comunicación del hecho a usuaria y familiares, entre otros.

- ¿Su lugar de trabajo cuenta con un espacio físico separado para atender a las usuarias que sufrieron una pérdida gestacional o perinatal?
- ¿En su lugar de trabajo existe un protocolo que estipule cuál debe ser el actuar de los profesionales en caso de pérdida perinatal?
- ¿En su lugar de trabajo se brinda apoyo psicológico y/o espiritual a las usuarias que han sufrido una pérdida gestacional o perinatal?
- ¿En su lugar de trabajo los profesionales están capacitados y/o reciben capacitaciones para comunicar de manera asertiva a la usuaria y su familia, acerca de la pérdida gestacional o perinatal?

3. Experiencia de atención a gestante en situación de pérdida gestacional o perinatal: situación y contexto, experiencia laboral, vivencia personal.

- ¿Durante su carrera ha atendido a una gestante en situación de pérdida gestacional o perinatal? ¿Cómo fue su experiencia en general?
- ¿Recuerda el motivo de ingreso de la gestante? ¿Cuántas semanas de gestación tenía?

- ¿Siente que pudo brindar la atención, el apoyo y la contención necesaria para dar una atención humanizada a esta gestante?
- ¿De qué forma enfrentó la gestante la manera en que usted actuó?

4. Aspectos que le han dificultado enfrentar el tema, y aspectos que lo han facilitado.

- ¿Qué fortalezas personales posee para poder enfrentar una usuaria que sufre una pérdida gestacional o perinatal?
- ¿Qué debilidades posee que dificultan la atención a una usuaria que sufre una pérdida gestacional o perinatal?

5. Opinión respecto a cómo se abordan los casos de pérdida gestacional actualmente: aspectos positivos y negativos, fundamentación.

- ¿Cuál es su opinión respecto a cómo son abordados los casos de pérdida gestacional o perinatal actualmente?

6. Conocer la perspectiva de los profesionales de matronería respecto a la implementación de la “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional” en el futuro:

6.1 Expectativas: cambios esperados de la implementación de la ley. A nivel a nivel normativo y protocolar, creación de normas nuevas; ajustes a lo existente: guía perinatal, guía nacional de neonatología, norma general técnica 119, norma general técnica para atención integral del puerperio); disciplinar (ejemplo códigos de ética colegios profesionales); hospitalario (adaptaciones infraestructura, organizacionales, OIRS, otras); usuarias (educación, empoderamiento).

- ¿Cuáles son sus expectativas respecto a la implementación de la ley Dominga?
- ¿Usted cree que se crearán nuevas normas?
- ¿Usted cree que van a haber cambios en la distribución de las áreas del hospital?

- ¿Usted cree que existirá capacitación para los profesionales?

6.2 Implementación de la norma técnica nueva en su lugar de trabajo: se ha o no iniciado, qué aspectos en caso positivo, cómo.

- ¿Ha habido modificaciones en su lugar de trabajo, luego de la implementación de "Ley Dominga"?
- ¿Ha visto algún cambio en la manera de trabajar de sus compañeros, frente a una pérdida gestacional o perinatal luego de la implementación de "Ley Dominga"?

6.3 Aspectos facilitadores y/u obstaculizadores visualizados o existentes.

- ¿Existen aspectos como protocolos internos, que dificulten o faciliten la implementación de "Ley Dominga"?

6.4 Consecuencias disciplinarias, debido al incumplimiento de la ley.

- ¿Está de acuerdo con que existan castigos, consecuencias disciplinarias o sanciones para aquellos profesionales que no atiendan a las usuarias y sus familias según lo propuesto por la ley?
- ¿Usted cree que debe existir un fiscalizador o regulador externo que supervise el cumplimiento de "Ley Dominga"?
- ¿Usted cree que debe existir una encuesta o seguimiento, para la familia que sufre una muerte gestacional o perinatal, con el fin de verificar que se cumpla lo que establece la ley?
- ¿Cree que el no cumplimiento de la norma podría ser considerado violencia obstétrica?

6.5 Requerimientos formativos del recurso humano: innovación curricular universitaria y especialidades, capacitaciones del personal en curso.

- ¿Cree que se necesita una capacitación específica para afrontar una pérdida gestacional o perinatal?
- ¿Usted cree que incluir este tema en la malla curricular en pregrado de los profesionales de matronería podría contribuir a mejorar la atención en estos casos?

6.6 Propuestas (Temas que se deben tomar en cuenta dentro de la formación de los profesionales, aspectos que no contempla la nueva ley, entre otros).

- ¿Qué aspectos agregaría a la “Ley Dominga”, que no están considerados dentro de esta, ¿para facilitar una mejor atención a las usuarias y familias?
- ¿Usted cree que las capacitaciones en la atención de una pérdida gestacional o perinatal deben ser voluntarias u obligatorias?
- ¿Qué aspectos, cree usted que se deberían integrar a la formación de los profesionales para la atención de estas situaciones?

ANEXO N°2 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: Opinión de profesionales de matronería acerca de la nueva “Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional o perinatal” y su implementación futura.

Versión N°: 1

Investigador Responsable: Ana María Silva Dreyer

Patrocinante: Este estudio no cuenta con una institución patrocinante.

Unidad Ejecutante: Escuela Obstetricia y Puericultura, campus San Felipe, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una investigación científica.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador o al personal del estudio.

Este estudio no cuenta con financiamiento externo. Los gastos de operación son financiados por el equipo de investigación, y la Universidad de Valparaíso financia las horas de trabajo del docente investigador principal asignadas al estudio.

- EL PRESENTE ESTUDIO TIENE COMO OBJETIVO GENERAL; CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE MATRONERÍA DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO ACERCA DE LA NUEVA “LEY DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL” Y SU IMPLEMENTACIÓN A NIVEL HOSPITALARIO. Y TIENE COMO OBJETIVO ESPECÍFICO:
- DESCRIBIR LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE MATRONERÍA, RESPECTO A ATENCIÓN DE MADRES CON PÉRDIDAS GESTACIONALES.
- ANALIZAR LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE MATRONERÍA RESPECTO A LA NUEVA “LEY DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL”.
- CONOCER LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE MATRONERÍA RESPECTO A SU IMPLEMENTACIÓN.

- EL PLAZO TOTAL DE LA INVESTIGACIÓN ES DE OCHO MESES, DEL AÑO 2022 (ABRIL A NOVIEMBRE), UNA VEZ APROBADO CEC.
- DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2022 LOS INVESTIGADORES REALIZARÁN LAS COORDINACIONES PARA TRABAJO EN TERRENO Y LA DIFUSIÓN E INVITACIÓN A PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, JUNTO A LOS PARTICIPANTES SE REALIZARÁ LA RECOLECCIÓN DE DATOS ENTRE MARZO Y JULIO. LUEGO LOS INVESTIGADORES REALIZARÁN LA TRANSCRIPCIÓN DE DICHS DATOS, PARA FINALIZAR CON LA CODIFICACIÓN, RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.
- EL ESTUDIO NO REPRESENTA NINGÚN RIESGO PARA LA SALUD FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES, PERO SE PUEDEN EVOCAR SITUACIONES LABORALES DESAGRADABLES O TRAUMÁTICAS QUE PUEDEN GENERAR ANGUSTIA Y PUEDE OCURRIR LA PÉRDIDA DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS ENTREVISTAS. TAMBIÉN, HAY RIESGO DE QUE ALGUNAS PREGUNTAS PUEDEN INCOMODAR A LOS PARTICIPANTES, YA QUE ESTÁS SON DE ÍNDOLE PERSONAL U OPINIONES ACERCA DE SU CONTEXTO LABORAL, PERO NO HAY RIESGO DE QUE LAS OPINIONES VERTIDAS CONLLEVEN REPRESALIAS PARA LOS PARTICIPANTES, YA QUE ESTAS SERÁN PUBLICADAS DE MANERA ANÓNIMA, SIN HACER REFERENCIA A SUS DATOS PERSONALES.
- ESTE ESTUDIO NO CONSIDERA BENEFICIOS DIRECTOS PARA LOS PARTICIPANTES, YA QUE NO HAY RETRIBUCIÓN ECONÓMICA O DE OTRO TIPO. SIN EMBARGO, UN BENEFICIO INDIRECTO ES LA POSIBILIDAD DE EXPRESAR SUS OPINIONES RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE “LEY DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL Y PERINATAL”. ADEMÁS, CUANDO ESTE ESTUDIO SEA CONCLUIDO, PODRÁN CONOCER EL INFORME DE SÍNTESIS DE LAS DISTINTAS OPINIONES Y VIVENCIAS DE LOS OTROS PROFESIONALES DE SALUD EN TORNO A LA ATENCIÓN A MUJERES QUE ESTÁN SUFRIENDO UNA PÉRDIDA GESTACIONAL O PERINATAL.
- LOS HALLAZGOS DE ESTA INVESTIGACIÓN PODRÍAN SER DIVULGADOS EN PUBLICACIONES O JORNADAS CIENTÍFICAS, PERO SIEMPRE SE MANTENDRÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS ENTREGADOS.
- LUEGO DE QUE FINALICE LA INVESTIGACIÓN, LOS PARTICIPANTES PODRÁN CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO.

- LOS DATOS ENTREGADOS EN ESTA ENCUESTA SERÁN CONFIDENCIALES Y SÓLO MANEJADOS POR LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO SE RESERVARÁ LA IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE, YA QUE SE UTILIZARÁ UN CÓDIGO NUMÉRICO PARA REPRESENTARLO.

CONSIGNE QUE LA PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIEDAD:

Su participación será absolutamente voluntaria, y puede decidir si contestar de forma completa la entrevista u omitir algunas preguntas que pudiesen ser inadecuadas desde su punto de vista, o incluso retirarse de la entrevista en cualquier momento.

PREGUNTAS:

Si tiene preguntas acerca de esta investigación científica puede contactar o llamar a Ana María Silva Dreyer, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +569 96796907.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación Científica, usted puede llamar a Claudia Camerati, secretaria ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 34-2493499 (anexo Minsal 343499) o al mail: claudia.camerati@redsalud.gov.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicación por ello.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS

<i>Participante:</i>
<i>Firma</i>
<i>Fecha:</i>

<i>Investigador:</i>
<i>Firma:</i>
<i>Fecha:</i>



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
EU. C.E.S./ ghc

San Felipe, 01 de Abril de 2022.

Carta-C.E.C 18/2022

Estimada:
Ana María Silva Dreyer
Investigador Principal
Presente

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó la versión 2 del Estudio: **Opinión de profesionales de matronería acerca de la nueva "Ley de acompañamiento en caso de pérdida gestacional o perinatal"** y su implementación futura.

En este contexto, se informa que se definió **APROBADO**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológico y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.



DR. JOSE LUIS BUCAREY TAPIA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:
✓ Oficina de Partes CEC-SSA