



Experiencias de cuidado en las pérdidas del embarazo: Triangulación metodológica entre estudios meta-etnográficos y empírico

Sara Fernández Basanta, Carmen Coronado, María Jesús Movilla Fernández

Resumen: Introducción: La pérdida involuntaria del embarazo es un evento relativamente común, especialmente en la práctica clínica de matronas y enfermeras. El cuidado de los profesionales sanitarios, y en especial de enfermeras y matronas, es crucial para el bienestar a corto y largo plazo de los padres. Sin embargo, el personal sanitario informa lo poco preparado que se encuentra y lo estresante y exigente que resulta el cuidado de estas pérdidas. Para conocer las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo, se desarrollaron dos estudios, uno con metodología meta-etnográfica (meta-síntesis cualitativa), y otro inspirado en el diseño hermenéutico fenomenológico (estudio empírico), lo que dio lugar a la triangulación metodológica de dicho objetivo. **Objetivos:** Este manuscrito pretende mostrar y reflexionar sobre el empleo de la triangulación metodológica, entre un estudio meta-etnográfico y uno empírico, para el estudio de las experiencias de cuidado en las pérdidas del embarazo. **Métodos:** El desarrollo de la meta-etnografía siguió las siete fases descritas por Noblit y Hare (1988), y el estudio hermenéutico fenomenológico se inspiró en el trabajo de Lindseth y Norberg (2004). **Resultados:** Las enfermeras y matronas que cuidaron de padres que habían sufrido una pérdida involuntaria del embarazo, lidiaron con dificultades que exigieron abandonar la zona de confort. Esto ocasionó que no se involucraran emocionalmente con ellos y que, si lo hacían, el cuidado se basase en su intuición. **Conclusiones:** La triangulación metodológica nos ha permitido tener una mayor confianza en la credibilidad de los hallazgos del estudio. Ambos estudios informaron al cuerpo de conocimiento en ciencias de enfermería y promueven un cambio en la práctica clínica, ya que los resultados muestran la complejidad de la experiencia del cuidado de enfermería y partería en pérdidas involuntarias de embarazo.

Palabras clave: Aborto Espontáneo; Enfermería; Muerte fetal; Investigación cualitativa; Partería.

Experiences of care in pregnancy losses: Methodological triangulation between meta-ethnographic and empirical studies

Abstract: Introduction: Involuntary pregnancy loss is a relatively common event, especially in the clinical practice of midwives and nurses. The care provided by health professionals, and especially nurses and midwives, is crucial for the short- and long-term well-being of parents. However, health personnel report how unprepared they are and how stressful and demanding it is the care for these losses. In order to know the experiences of nurses and midwives in the care of involuntary pregnancy loss, two studies were developed, one with a meta-ethnographic methodology (qualitative meta-synthesis), and another inspired by the phenomenological hermeneutic design (empirical study), methodologically triangulating the general objective. **Goals:** This manuscript intends to show and reflect on the use of methodological triangulation, between a meta-ethnographic study and an empirical one, to know the experiences of care in pregnancy losses. **Methods:** The development of meta-ethnography followed the seven phases described by Noblit and Hare (1988), and the phenomenological hermeneutic study was inspired by the work of Lindseth and Norberg (2004). **Results:** Nurses and midwives who cared for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss, faced difficulties that required leaving their comfort zone. This caused them not to get emotionally involved with parents and that, if they did, the care was based on their intuition. **Conclusions:** The methodological triangulation has allowed us to have greater confidence in the credibility of the study findings. Both studies informed the body of knowledge in nursing sciences and promote a change in clinical practice, since the results show the complexity of the experience of nursing and midwifery care in involuntary pregnancy loss.

Keywords: Miscarriage; Midwifery; Nursing; Qualitative research; Stillbirth.

1. Introducción

La pérdida involuntaria del embarazo, definida como la muerte espontánea de un embarazo (Kolte et al., 2015), es un evento relativamente común, y es muy probable que matronas y enfermeras les coincida un número significativo de familias que han experimentado una pérdida del embarazo en un embarazo actual o anterior (Heazell et al., 2019). Las matronas y enfermeras son las profesionales de la salud que atienden a los padres durante las pérdidas de embarazo (Ellis et al., 2016). El encuentro con estos padres requiere un cuidado que va más allá de las tareas, estableciendo una relación de cuidado y concibiendo a las personas como un ente indivisible que incluye cuerpo, alma y espíritu (Eriksson, 1994).

Las pérdidas involuntarias del embarazo generan una respuesta variada, dinámica y altamente individualizada en los padres (Fenstermacher & Hupcey, 2013; Purandare et al., 2012). La investigación reconoce las características especiales de estas pérdidas, por las múltiples pérdidas que conlleva para ellos (Dallay, 2013; López García de Madinabeitia, 2011). Sin embargo, el estigma que rodea a estas pérdidas hace que se consideren pérdidas tabúes y que se silencien e invisibilicen en los entornos sociales y sanitarios (Flenady et al., 2014; Frøen et al., 2011).

El cuidado de los profesionales sanitarios, y en especial de enfermeras y matronas, es crucial para el bienestar a corto y largo plazo de los padres. No obstante, los profesionales sanitarios informan lo poco preparados que se encuentran y de lo estresante y exigente que resulta el cuidado de estas pérdidas. Diversas dificultades a la hora de cuidar generan que a menudo este cuidado sea superficial y se dirija a los aspectos físicos de la mujer (Ellis et al., 2016).

1.1 Antecedentes

La investigación que dio lugar a la tesis doctoral de la primera autora (Fernández Basanta, 2020) se construyó en base a dos objetivos generales: (1) conocer las experiencias de afrontamiento de los padres que han sufrido la pérdida de un embarazo o pérdida del embarazo o perinatal, y (2) conocer las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo. Para dar respuesta al objetivo dos se desarrollaron dos estudios, uno con metodología meta-etnográfica, es cual dio lugar a dos manuscritos meta-etnográficos, y otro empírico inspirado en el diseño hermenéutico fenomenológico.

De acuerdo al trabajo seminal de Denzin (2017) se han identificado cuatro tipos de técnicas de triangulación. La *triangulación metodológica* implica el uso de más de un método de investigación o técnica de recolección de datos. Esto podría implicar el empleo de varios tipos de enfoques cualitativos. La *triangulación de datos* implica el uso de múltiples fuentes de datos o grupos de entrevistados. La *triangulación teórica* implica el uso de lentes teóricos sustantivos o disciplinarios alternativos para ver los resultados de la investigación. Finalmente, la *triangulación de investigadores* implica la participación de dos o más investigadores en el análisis. El tipo de triangulación elegido y la decisión de emplear técnicas de triangulación simple o múltiple dependen de la naturaleza de la pregunta de investigación y deben complementar el paradigma metodológico que informa la pregunta. La triangulación puede contribuir a mejorar la confianza en los resultados de la investigación y superar el sesgo de la investigación. Sin embargo, su aplicación es problemática, ya que puede haber incompatibilidad entre las unidades de análisis y los paradigmas teóricos, y el proceso de triangulación puede amplificar las fuentes de error y sesgo (Farmer et al., 2006).

En este artículo queremos tomar como ejemplo el objetivo dos de la tesis, que se centra en conocer las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo, para reflexionar sobre la triangulación metodológica, al emplear un diseño meta-etnográfico y fenomenológico para responder al objetivo general dos de la tesis. Ante esto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nos ha proporcionado y cómo ha contribuido la triangulación metodológica, empleando un diseño meta-etnográfico y fenomenológico para conocer las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo?

1.2 Perspectiva teórica

Por otro lado, presentamos las perspectivas teóricas empleadas en los estudios que contribuyeron a responder al objetivo dos de la tesis doctoral que se centraba en conocer las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo. Ambos estudios emplearon la *teoría del cuidado caritativo* descrita por Eriksson (1994) para obtener una mejor comprensión de la complejidad y la totalidad de las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de las pérdidas involuntarias del embarazo. Esta teoría asume que el cuidado es el núcleo de la enfermería. El cuidado caritativo implica un encuentro de cuidado entre el ser humano que sufre y quién cuida, que se basa en sus propias experiencias y deseos. Ontológicamente, el ser humano se concibe como un ente indivisible que incluye cuerpo, alma y espíritu. El *ethos* del cuidado incluye caritas, amor y caridad; el respeto de los profesionales de la salud por la dignidad de la persona; y un esfuerzo por una comunión genuina y comprensión del ser humano único. *Cáritas* representa el amor incondicional que constituye el motivo del cuidado. Por lo tanto, el cuidado caritativo se basa en la relación entre la persona que necesita y espera el cuidado y la persona que brinda el cuidado, a través de una verdadera comunión y comprensión de la unicidad del ser humano (Eriksson, 1994).

Para la reconstrucción del significado se utilizaron conceptos de la literatura del duelo consistentes con esta teoría (Neimeyer, 2001), el Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo (Stroebe & Schut, 1999) y el Modelo para el Proceso de Duelo de los Profesionales (Papadatou, 2000; Papadatou, 2009). Estas perspectivas crearon un tapiz teórico que permite explorar nuevas áreas que pueden arrojar nueva luz tanto sobre el fenómeno estudiado como sobre la teoría.

El objetivo de este manuscrito pretende mostrar y reflexionar sobre la triangulación metodológica entre un estudio meta-etnográfico y uno empírico, los cuales se centran en las experiencias de cuidado de las enfermeras y matronas ante las pérdidas involuntarias del embarazo (Fernández-Basanta et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2020).

2. Metodología

A continuación, se detallan los aspectos metodológicos para cada uno de los estudios.

2.1 Estudios meta-etnográficos

Del estudio meta-etnográfico emergieron dos manuscritos (Fernández-Basanta et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021), cuyos objetivos fueron: (1) sintetizar las experiencias de enfermeras y matronas en el cuidado de los padres después de una pérdida involuntaria del embarazo; y (2) sintetizar las vivencias emocionales de matronas y enfermeras al cuidar a padres que han sufrido una pérdida involuntaria del embarazo. La meta-etnografía siguió las siete fases de síntesis de Noblit y Hare (1988).

a. Métodos de búsqueda

Se llevó a cabo una estrategia de búsqueda sistemática integral, sin limitaciones de tiempo y filtrada para los idiomas inglés, portugués y español, en PubMed, Scopus, CINAHL, PsychINFO y Web of Science en agosto de 2019, y se actualizó en junio de 2020. También se realizaron seguimientos de ida y vuelta y búsquedas manuales.

Se utilizaron términos de búsqueda en base al fenómeno de interés, propósito del estudio, muestra y tipo de investigación. Se combinaron mediante operadores booleanos y truncamientos para garantizar una búsqueda amplia.

b. Resultados de búsqueda

El proceso de selección de artículos se llevó a cabo en la fase 2 de la meta-etnografía. Se incluyeron artículos originales cualitativos o mixtos considerados adecuados para el objetivo de la investigación, cuya muestra estuvo compuesta por enfermeras y matronas, y cuyo tipo de pérdida fueron abortos espontáneos y muertes fetales.

Las búsquedas iniciales en la base de datos dieron como resultado 742 registros, de los cuales se eliminaron 281 artículos duplicados. Tras un proceso de filtrado de dos fases se obtuvo una muestra final del 10 artículos (para el manuscrito uno), a los que se añadió un resultado más tras actualizar la búsqueda (manuscrito dos) (Figura 1).

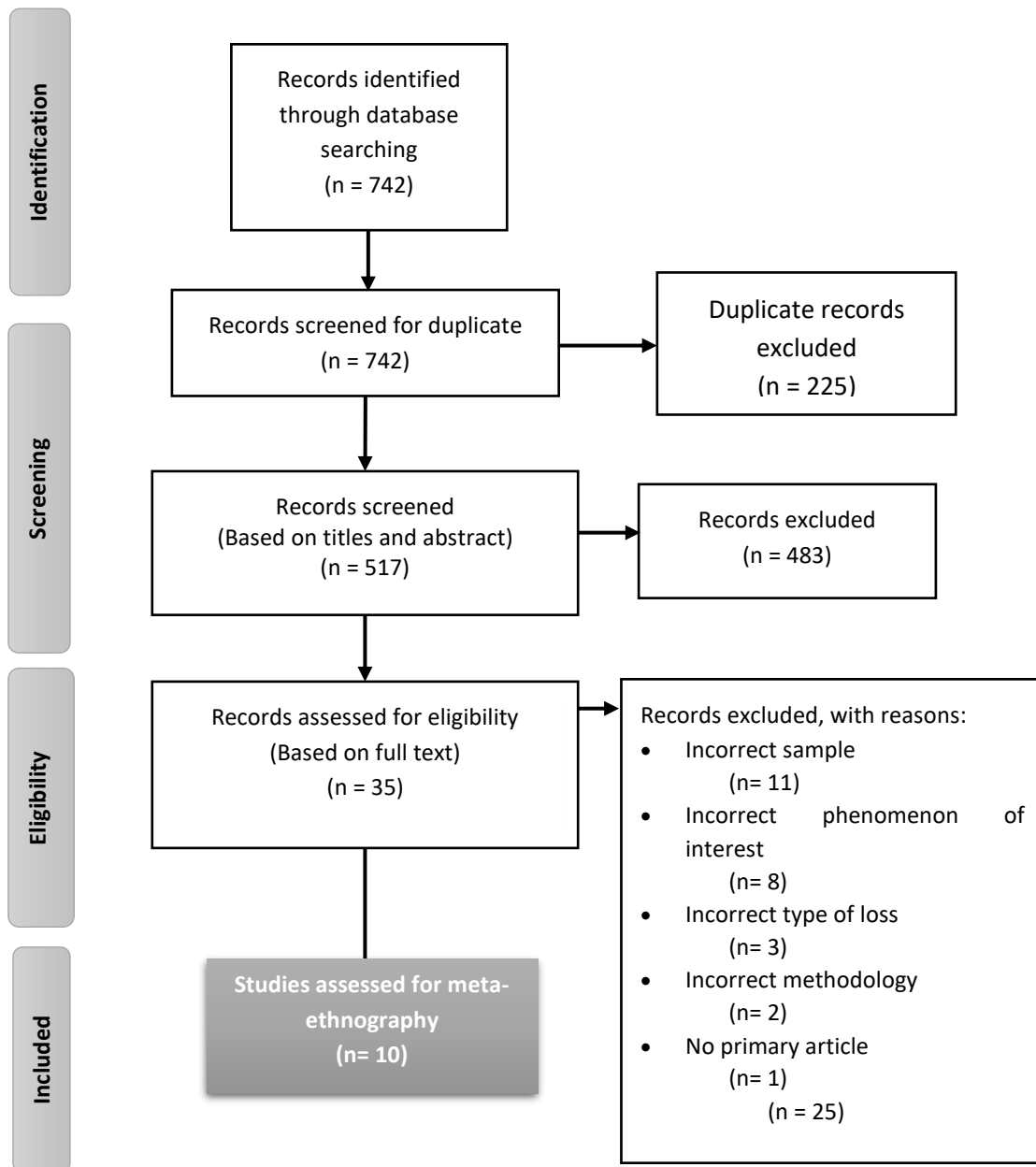


Figura 1. PRISMA flowchart (Fernández-Basanta et al., 2020)

Estos estudios se realizaron en Irlanda, los Estados Unidos de América, Canadá, España y Nueva Zelanda, e incluyen un total de 129 enfermeras y matronas, predominantemente en el ámbito hospitalario y centrados en la muerte fetal. Los diseños descriptivos fueron más comunes que los diseños de investigación interpretativos. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad y grupos focales para recolectar los datos.

La evaluación de la calidad de cada artículo incluido en la muestra fue realizada utilizando el Instrumento de Evaluación y Revisión Cualitativa (QARI) (Joanna Briggs Institute, 2016). La evaluación general mostró una alta calidad de los artículos incluidos en cuanto a sus objetivos, diseños, análisis y resultados, proporcionando conocimiento útil sobre el tema.

c. Extracción y Síntesis de Datos

Primero, las autoras extrajeron información sobre el objetivo, la muestra, el método, el tipo de pérdida, los métodos de recolección de datos y los hallazgos clave del estudio, lo que permitió contextualizar las interpretaciones y explicaciones de cada artículo.

Luego, la lectura de los artículos (fase 3) permitió la familiarización de las autoras con el contenido y el detalle de los estudios incluidos. Los conceptos de primer orden (citas de los participantes) y segundo orden (interpretaciones de los autores) se extrajeron de los estudios primarios completos y se registraron en una tabla. En la fase 4 se compararon conceptos intra- e inter-estudio en busca de similitudes y contrastes, lo que condujo a la formación de nuevos conceptos y la adopción de conceptos existentes. En la fase 5, los hallazgos de los estudios se incorporaron entre sí mediante traducciones análogas (los conceptos de un estudio pueden incorporar los de otro) y de refutación (los conceptos de diferentes estudios se contradicen entre sí) para formar nuevos conceptos de tercer orden. El proceso de análisis fue iterativo e implicó avanzar y retroceder en los datos, comparar y contrastar los hallazgos de los estudios individuales y traducirlos entre sí. Finalmente, en el paso 6, se desarrolló una nueva comprensión del fenómeno, siendo la base para la síntesis de las líneas argumentales, donde emergió una metáfora con suficiente amplitud y abstracción para conectar los hallazgos. Todas las investigadoras estuvieron implicadas en las fases del análisis. Planillas de Word fueron elaboradas para facilitar el análisis colaborativo.

2.2 Estudio empírico

Este estudio cualitativo utilizó un diseño hermenéutico fenomenológico inspirado en Ricoeur (1976) y desarrollado por Lindseth y Norberg (2004). La fenomenología hermenéutica es un enfoque apropiado para iluminar el fenómeno desde una perspectiva interna de las matronas de atención primaria. Queríamos centrarnos en el significado comprensible de estas experiencias.

a. Participantes

Se realizó un muestreo intencional, de acuerdo al objetivo del estudio. Para reclutar participantes, dos de las investigadoras asistieron a la reunión mensual a la que asistieron todas las parteras de atención primaria de salud. Los detalles del estudio se presentaron en la reunión y se entregó información por escrito a los asistentes. Los criterios de inclusión fueron ser matrona de atención primaria y tener experiencia en la atención a padres que han sufrido una pérdida espontánea del embarazo. Las 11 matronas participantes, eran españolas y formadas en España. Trabajaban en 10 centros de atención primaria de área sanitaria de Ferrol. Todos tenían experiencia en atención especializada y atención primaria. El rango de edad fue de 26 a 62 años, y todas eran mujeres.

b. Recopilación de datos

Los datos fueron recopilados entre febrero y abril de 2019. Los participantes pudieron elegir el lugar para la entrevista. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Para la realización de las entrevistas se utilizó una guía basada en una revisión bibliográfica y conocimientos previos. Todas las entrevistas comenzaron con el mensaje de "Cuénteme sobre su experiencia al brindar atención ante un caso de pérdida involuntaria del embarazo como matrona de atención primaria". Se utilizó una ruta de preguntas con temas principales basada en la investigación bibliográfica y los conocimientos previos. Se hicieron más preguntas que alentaron la narración adicional. Las notas de campo recopiladas después de las entrevistas se integraron en las transcripciones para enriquecer los datos. Las entrevistas se realizaron en castellano o gallego y fueron grabadas y transcritas. Se alcanzó la suficiencia de datos para permitir el esclarecimiento del fenómeno, ya que los datos proporcionaron información suficiente para reflexionar y validar la comprensión ingenua.

c. Análisis de los datos

Las entrevistas transcritas se interpretaron utilizando un método hermenéutico fenomenológico desarrollado por Lindseth y Norberg (2004). El primer paso implicó una lectura ingenua para captar el significado como un todo y formular una comprensión ingenua del texto. A continuación, tuvo lugar el análisis estructural temático, que significa la instancia metódica de interpretación.

Cualquier texto relacionado con la experiencia de cuidar a los padres que han experimentado una pérdida involuntaria del embarazo se leyó varias veces. Se plantearon preguntas analíticas y se buscaron respuestas en el texto. El texto se dividió en unidades de significado que se basaron en el objetivo del estudio. Las unidades de significado se condensaron y resumieron para formar subtemas y temas preliminares, que se compararon con la comprensión ingenua para su validación. El análisis estructural fue discutido en un movimiento dialéctico entre comprensión y explicación hasta que todas las autoras estuvieron de acuerdo. Finalmente, se elaboró una comprensión integral, basada en la comprensión ingenua, el análisis estructural, el contexto de estudio, los entendimientos previos de las investigadoras y las perspectivas teóricas. Al igual que en la meta-etnografía, las investigadoras participaron en las fases del análisis, en donde se emplearon planillas de Word elaboradas por las investigadoras.

3. Resultados y discusión

Eriksson (1994) afirma que el motivo básico del cuidado es el *caritas*, que se define como el amor altruista expresado en acción (Arman & Rehnsfeldt, 2006). La preparación de las enfermeras y las matronas para compartir la lucha de sufrimiento de los padres es un aspecto esencial del cuidado caritativo (Arman & Rehnsfeldt, 2007). En un contexto de escasez de recursos económicos y un marcado pensamiento tecnológico masculino, las enfermeras y las matronas pueden sentirse inseguras cuando brindan atención caritativa, por temor a ser etiquetadas como débiles o poco profesionales. Desde un punto de vista clínico, el *caritas* en los sistemas de salud occidentales significa ir más allá de un rol. De la enfermera esto requiere competencia, motivación e integridad moral (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Nuestros hallazgos mostraron que, aparte de las competencias y el apoyo, fue el *ethos*, o la base de valor humano, lo que motivó a las enfermeras y matronas a cuidar a los padres que han sufrido una pérdida involuntaria del embarazo (Fernández-Basanta et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2020):

“Para mí [la pérdida involuntaria del embarazo] es cien por cien mi responsabilidad. Y no se me ocurriría no cuidarla, aunque me duela. Me duele, pero al mismo tiempo quiero cuidarlos.” (PCM9 – Matrona de atención primaria) (Fernández-Basanta et al., 2021)

Las enfermeras enfrentan el sufrimiento humano a diario y se espera que brinden un cuidado genuino para aliviar la angustia de las personas en lugar de respuestas simples orientadas a tareas (Eriksson, 1994). En el cuidado de la pérdida involuntaria del embarazo, las enfermeras y las matronas son personas fundamentales en ese cuidado y están en mejores condiciones para construir una comunión genuina con ellos (Eriksson, 1994). Esta situación se ve especialmente facilitada en el caso de las matronas de atención primaria de salud, como se muestra en el estudio empírico (Fernández-Basanta et al., 2021), ya que, en muchos casos, se estableció una relación previa (Ellis et al., 2016). Sin embargo, atender las pérdidas involuntarias es un desafío para ellas:

“Cuando comencé a trabajar en la sala de operaciones, me pusieron en un caso (de pérdida perinatal) y no sabía qué esperar. Realmente nunca tuve ninguna formación sobre cómo tratar con la paciente o con mis propios sentimientos. Desafortunadamente, a veces, simplemente te lanzan a las cosas y simplemente aprendes”. Enfermera (Hutti et al., 2016)

Según nuestros resultados, la atención brindada por enfermeras y matronas se basó en su intuición o en sus experiencias personales y profesionales (Fernández-Basanta et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2020):

“Cuanta más experiencia tenga en el cuidado de estos pacientes, más confianza tendrá. Siento que puedes leer a las personas más fácilmente y cuidarlas de la manera en que necesitan ser cuidadas.” Enfermera (Roehrs et al., 2008)

Esto se debe a que las guías de práctica clínica no abordan la atención emocional y, a menudo, se centran en la atención especializada que involucra el momento agudo de pérdida, pero el seguimiento apenas se aborda (Koopmans et al., 2013; Peters et al., 2016). Además, según nuestros resultados, la atención se basó principalmente en el desempeño de las tareas de enfermería (Fernández-Basanta et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2020). Las enfermeras y las matronas no lograron establecer una comunión genuina con los padres en muchas ocasiones:

“Creo que a veces entro en modo automático mientras atiendo a las pacientes y no me doy cuenta del coste emocional hasta que me voy a casa”. Enfermera (Roehrs et al., 2008)

Esto podría explicarse por la mentalidad mercantilista de los sistemas de gestión sanitarios, ya que puede fomentar esta atención técnica y la participación no emocional de las enfermeras y matronas con los padres (Andipatin et al., 2019; Bolton, 2001). Este predominio biomédico es más pronunciado en servicios como ginecología, emergencias o cirugía, donde se atiende a una amplia variedad de procesos lejanos a la pérdida del embarazo. Por lo tanto, la atención podría dirigirse principalmente a la realización de tareas médicas o puede implicar la medicalización de los aspectos emocionales (Hutti et al., 2016; McCreight, 2005). En este sentido, Maturó (2012) refirió que los procesos relacionados con la salud mental están ampliamente medicalizados.

Por otro lado, el compromiso emocional es visto como un requisito de excelencia en la práctica de enfermería (Henderson, 2001). Los beneficios de establecer una relación de confianza con los pacientes son reconocidos en la literatura (Strandås & Bondas, 2018). Sin embargo, el desarrollo y mantenimiento de esta relación de confianza con los padres implica un esfuerzo a enfermeras y matrona, lo que se suma al trabajo invisible y emocional que generalmente no se reconoce en enfermería (Smith, 1992), que se ve reflejado en nuestros resultados:

“Me gusta mucho escuchar, y los dejo hablar y los escucho. Pero eso también te emociona. Entonces hay que saber soltar emocionalmente.” (PCM4 – Matrona de atención primaria) (Fernández-Basanta et al., 2021)

Según Hochschild (1983), el trabajo emocional se refiere al esfuerzo de un/a trabajador/a de mostrar emociones de acuerdo con normas sociales y culturales integradas, en lugar de lo que realmente siente esa persona. El trabajo emocional puede verse como una construcción occidental, dentro de la tradición de Descartes de separar la mente racional del cuerpo emocional (Huynh et al., 2008). Sin embargo, el cuidado implica sentimiento y el sentimiento implica vulnerabilidad personal (Henderson, 2001). Phillips (1996) demostró que el trabajo emocional es denigrado por su asociación con la feminidad y que ocupa un segundo nivel con respecto a las habilidades cognitivas o técnicas.

Nuestros hallazgos informaron que las dificultades en la atención favorecen las conductas de evitación, y que las enfermeras y las matronas experimentaron agotamiento emocional cuando se involucraron emocionalmente con los padres (Fernández-Basanta et al., 2020):

“Es emocionalmente agotador, no tanto físicamente sino emocionalmente. Es difícil cuidar a un paciente con un mortinato y luego tener que ir a la (habitación) de una paciente que está dando a luz a un bebé vivo”. Enfermera (Hutti et al., 2016)

El hecho de que el trabajo emocional no sea reconocido, y por lo tanto esté infravalorado por la mayoría de las organizaciones de atención médica, puede contribuir a comprender el vínculo empírico entre el trabajo emocional, el agotamiento emocional y el agotamiento profesional (Hunter & Smith, 2007; Huynh et al., 2008). Por ejemplo, en las pérdidas tempranas, debido a la alta frecuencia en la práctica clínica, este agotamiento a menudo se asocia con la pérdida de la capacidad de proporcionar atención compasiva y una disminución en la calidad de la atención (Houck, 2014).

En este sentido, la supervisión clínica, entendida como apoyo interprofesional y la orientación y reflexión, ha sido reconocida por la literatura como útil para mejorar el crecimiento profesional y la colegialidad, y prevenir el agotamiento que pone en riesgo la salud de la enfermera y la atención de enfermería (Bondas, 2010).

Con respecto al seguimiento, la mala comunicación entre la atención médica especializada y primaria es una realidad:

“Que yo pueda llamar al hospital y decirles: "Les envío una mujer a la que no le puedo encontrar su registro fetal". Llamo al hospital para que cuando llegue no esté "¿A qué vienes?" Que la mujer no tenga que decir: "Mira, mi bebé acaba de morir"” (PCM7 – Matrona de atención primaria) (Fernández-Basanta et al., 2021)

Se han llevado a cabo varios planes de colaboración estratégica en el contexto español, pero no han tenido éxito en términos de atención de continuidad (Fernández, 2011).

En este sentido, la *Teoría del Liderazgo Caritativo* (Bondas, 2003) establece que toda la cultura solidaria y el líder son responsables de lo que sucede en la organización, especialmente en situaciones de indiferencia. El liderazgo se entiende como una herramienta poderosa y fundamental en la delineación y mantenimiento de la base del valor ético, la dirección y el contenido del cuidado de enfermería en las complejas demandas de la atención de enfermería basada en la evidencia, eficiencia y coste-efectividad (Bondas, 2009).

De acuerdo con Sjølie et al. (2020), los/as supervisores/as de enfermería de primera línea son esenciales para mejorar la calidad de la atención al cambiar las prácticas laborales en mejores resultados para los pacientes. Sin embargo, en nuestro contexto, como se ha demostrado en el estudio empírico (Fernández-Basanta et al., 2021), las unidades de asistencia están físicamente lejos de las gerenciales (Fernández, 2011). Por lo tanto, es necesario incorporar nuevas formas de liderazgo y profesionalizar la gestión, y fortalecer las competencias y habilidades que incluyen profesionalismo, liderazgo, toma de decisiones, manejo de conflictos y habilidades para resolver problemas (Lemetti et al., 2015).

Finalmente, lidiar con la muerte necesita un conocimiento adecuado sobre el cuidado de la muerte (Zomorodi & Lynn, 2010). Según Begley (2003), es necesario incluir el apoyo estructurado durante las experiencias clínicas y la educación sobre el duelo y la comunicación en la capacitación de matronas y enfermeras. Sin embargo, en las sociedades occidentales, la muerte, y particularmente la pérdida perinatal, es tabú y significa la antítesis de lo esperado en la disciplina de la matronería (Granero-Moya et al., 2016). Por ejemplo, nuestros resultados mostraron que las matronas no sabían cómo acercarse al padre. Esto puede deberse a la falta de un vínculo previo y al hecho de que los encuentros con la matrona se llevaron a cabo en pareja y el hombre quería mantener la fachada de fuerza frente a la mujer.

“A los hombres les cuesta mucho abrirse, aunque trato de involucrarlos. No sé por qué, si es porque no tienen la confianza que tienen las mujeres conmigo o por qué.” (PCM9 – Matrona de atención primaria) (Fernández-Basanta et al., 2021)

La literatura destaca que la falta de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las experiencias de los hombres puede conducir a la impotencia y la marginación (Due et al., 2017; McCreight, 2004).

a. Implicaciones para la práctica e investigación

Las enfermeras y las matronas requieren una cultura organizacional que apoye el desarrollo de una cultura solidaria. En el nivel formativo, el enfoque debe estar en la provisión de cuidados integrales y el establecimiento de una comunión genuina con los padres. Por lo tanto, la formación debe estar dirigida a desarrollar y fortalecer habilidades que favorezcan la conexión con los padres y la provisión de herramientas para manejar las demandas emocionales del cuidado. Los líderes de enfermería, debido a su posición entre la administración, el personal de enfermería y la proximidad a la atención, son clave para favorecer la interconexión y la construcción de puentes entre ellos.

Para ampliar el conocimiento de la experiencia de cuidado en pérdidas involuntarias de embarazos, se requiere más investigación centrada en otros profesionales de la salud, que en muchos casos tienen el contacto más duradero con los padres. Además, sería beneficioso conocer la experiencia personal de enfermeras y matronas en el cuidado de estas pérdidas.

b. Fortalezas y limitaciones

Ambos estudios proporcionan las experiencias de enfermeras y matronas de atención especializada y atención primaria. Este último ofrece una contribución novedosa, no abordada previamente en la literatura. En cuanto a las limitaciones, los contextos culturales de los artículos primarios se ubican exclusivamente en países occidentales. Por otro lado, la muestra de los artículos primarios es casi exclusivamente femenina.

4. Conclusiones

Las enfermeras y las matronas lidiaron con dificultades organizativas, falta de conocimiento y con un cuidado que requería ir más allá de la tarea. Este contexto fomentó la atención centrada en las tareas y la evitación de encuentros y conexión emocional con los padres.

La realización de ambos estudios fue simulatenea, siendo el proceso de análisis muy próximo entre ambos. La triangulación metodologica nos ha permitido tener una mayor confianza en la credibilidad de los hallazgos del estudio, ya que aspectos poco claros en uno de los estudios pudieron ser respondidos con el otro. Además, de proporcionarnos la visión general de las experiencias de cuidado y la relacionada con nuestro contexto. Ambos estudios informaron al cuerpo de conocimiento en ciencias de enfermería y promueven un cambio en la práctica clínica, ya que los resultados muestran la complejidad de la experiencia del cuidado de enfermería y matronería en pérdidas involuntarias de embarazo.

El uso de una metodología como la meta-etnografía ha sido útil para identificar brechas en la investigación, informar el desarrollo de estudios primarios, y para proporcionar evidencia para el desarrollo, implementación y evaluación de intervenciones de salud (Lachal et al., 2017; Tong et al., 2012). Esta metodología implica un desarrollo conceptual que conlleva una nueva contribución a la literatura, más allá de las revisiones narrativas y sistemáticas de la literatura (Britten et al., 2002). La estrategia de búsqueda integral ha permitido incluir artículos en inglés, español y portugués y, por lo tanto, de diferentes contextos culturales. Con respecto a la muestra, ambos estudios proporcionan las experiencias de enfermeras y matronas, pero el estudio empírico mostró las experiencias de las matronas de atención primaria, constituyendo una contribución novedosa no abordada previamente en la literatura.

5. Referencias


- Andipatin, M. G., Naidoo, A. D., & Roomaney, R. (2019). The hegemonic role of biomedical discourses in the construction of pregnancy loss. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.006>
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). The Presence of Love in Ethical Caring. *Nursing Forum*, 41(1), 4-12. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2006.00031.x>
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little Extra' That Alleviates Suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-386. <https://doi.org/10.1177/0969733007075877>
- Begley, C. (2003). 'I cried... I had to...': student midwives' experiences of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Evidence-Based Midwifery*, 1(1), 20-27.
- Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 85-100. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00242>
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351-362. <https://doi.org/10.1177/1744987108096969>
- Bondas, T. (2010). Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 477-486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01085.x>
- Bondas, T. E. (2003). Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing administration quarterly*, 27(3), 249-253.
- Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M., & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of health services research & policy*, 7(4), 209-215.
- Dallay, É. G. (2013). Le deuil périnatal de « l'enfant né sans vie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(3), 182-188. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.017>
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., . . . Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 16.
- Eriksson, K. (1994). Theories of caring as health. *Caring as healing: Renewal through hope*, 3-20.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative health research*, 16(3), 377-394.
- Fenstermacher, K., & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2389-2400. <https://doi.org/10.1111/jan.12119>
- Fernández, M. Á. G. (2011). Pérdida de poder de las direcciones de enfermería de Atención Primaria. *Enfermería clínica*, 21(4), 187-188.

- Fernández, S. (2020). Duelo perinatal: Análisis de las dificultades y de los elementos facilitadores presentes en el afrontamiento familiar (Estudio DPAFIS) [Tesis Doctoral]. Programa Oficial de Doctorado en Ciencias de la Salud. Univ da Coruña. Repositorio Universidade Coruña <https://ruc.udc.es/dspace/>
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., & Movilla-Fernández, M.-J. (2021). Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery*, 92, 102863.
- Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M.-J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1486.
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2021). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*.
- Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s4), 137-140.
- Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., & Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377(9774), 1353-1366.
- Granero-Moya, N., Frías-Osuna, A., Barrio-Cantalejo, I. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2016). Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 48(10), 649-656.
- Heazell, A. E., Wojcieszek, A., Graham, N., & Stephens, L. (2019). Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *International Journal of Birth and Parent Education*, 6(2), 23-28.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130-138. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2001.00097.x>
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart* University of California Press. Berkeley CA.
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4).
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: Just another buzz word?
- Hutti, M. H., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C., . . . Abell, H. (2016). Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 45(1), 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>
- Huynh, T., Alderson, M., & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 64(2), 195-208.
- Joanna Briggs Institute. (2016). Critical appraisal checklist for qualitative research. In: Adelaide: University of Adelaide, Joanna Briggs Institute. Available at: <http://joannabriggs.org/research/criticalappraisal-tools.html> (accessed 7 July 2016).
- Kolte, A. M., Bernardi, L. A., Christiansen, O. B., Quenby, S., Farquharson, R. G., Goddijn, M., & Stephenson, M. D. (2015). Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Human Reproduction*, 30(3), 495-498. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu299>
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/abstract>
- Lachal, J., Revah-Levy, A., Orri, M., & Moro, M. R. (2017). Metasynthesis: an original method to synthesize qualitative literature in psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, 8.
- Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., & Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, 62(2), 248-266.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens sana monographs*, 10(1), 122.
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociol Health Illn*, 26(3), 326-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>


- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud*, 42(4), 439-448. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004>
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). sage.
- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 41(1), 59-77.
- Papadatou, P. D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. Springer Publishing Company.
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Perinatology*, 36(1), 3-9. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.97>
- Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of advanced nursing*, 24(1), 139-143.
- Purandare, N., Ryan, G., Ciprike, V., Trevisan, J., Sheehan, J., & Geary, M. (2012). Grieving after early pregnancy loss—a common reality. *Ir Med J*, 105(10), 326-328.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. TCU press.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x>
- Sjølie, B. M., Hartviksen, T. A., & Bondas, T. (2020). “Navigation to prioritizing the patient”—first-line nurse managers' experiences of participating in a quality improvement collaborative. *BMC Health Services Research*, 20(1), 55.
- Strandås, M., & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 11-22. <https://doi.org/10.1111/jan.13389>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Zomorodi, M., & Lynn, M. R. (2010). Critical care nurses' values and behaviors with end-of-life care: perceptions and challenges. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(2), 89-96.

Sara Fernández Basanta


Universidad de A Coruña, España

 <https://orcid.org/0000-0002-7542-9667>✉ sara.fbasanta@udc.es**Carmen Coronado**

Universidad de A Coruña, España

 <https://orcid.org/0000-0002-4824-6902>✉ carmen.coronado@udc.es**María Jesús Movilla Fernández**

Universidad de A Coruña, España

 <https://orcid.org/0000-0001-9369-8636>✉ maria.jesus.movilla@udc.es**Fecha de sujeción:** 02/2022**Fecha de evaluación:** 04/2022**Fecha de publicación:** 07/2022