







ARTÍCULO ORIGINAL

AFLICCIÓN PARENTAL: EXPERIENCIAS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

PONTOS DESTACADOS

1. Vivencia de la aflicción parental por parte del equipo de enfermería.
2. Actitudes de los profesionales ante la aflicción.
3. Estrategias basadas en la empatía y la humanización.
4. Contribuciones a la atención a los padres en aflicción.

Luciana de Carvalho Pires¹ 
Regina Gema Santini Costenaro¹ 
Maria Helena Gehlen¹ 
Liliane Alves Pereira¹ 
Camila Freitas Hausen² 
Eliane Tatsch Neves² 

RESUMEN

Objetivo: conocer la experiencia del equipo de enfermería al actuar en situaciones de aflicción parental en Cuidado Intensivo Neonatal. **Método:** estudio cualitativo desarrollado a través de entrevistas semiestructuradas en el período de marzo a abril de 2021 con profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en Rio Grande do Sul, Brasil. Los resultados se sometieron a un análisis temático de contenido. **Resultados:** el acto de vivir lo luto parental por parte del equipo de enfermería atraviesa la tristeza, la impotencia y el sufrimiento. Las estrategias a las que nos enfrentamos en este momento se basan en la empatía y la humanización. Para los profesionales, el conocimiento para afrontar la situación viene dado por las propias experiencias de pérdida en la vida personal y profesional, de la fuerza y la religiosidad. **Conclusión:** se espera que este estudio contribuya a la práctica de los profesionales de la salud en la asistencia a los padres que experimentan el proceso de luto parental en el contexto de los cuidados intensivos neonatales.

DESCRIPTORES: Aflicción; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería; Enfermería Neonatal; Padres.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Pires L de C, Costenaro RGS, Gehlen MH, Pereira LA, Hausen CF, Neves ET. Parental bereavement: experiences of the nursing staff in neonatal intensive care. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023[cited in "insert year, month, day"]; 28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89837>.

¹Universidade Franciscana, Curso de Graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La aflicción está formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se entrelazan con el ser humano en sus pérdidas a lo largo de la vida¹. La pérdida de un hijo es uno de los peores dolores que puede sentir un ser humano, ya que es una realidad no esperada por quienes dieron a luz la vida. Cuando la pérdida es de un recién nacido, hay tendencia a que el sufrimiento, además de durar mucho tiempo, culmine en depresión u otros problemas psicológicos².

El proceso de pérdida de un hijo se asocia al concepto de aflicción parental. La familia experimenta un vacío físico y existencial que frustra los planes que tenía para su hijo¹. La muerte neonatal parece inaceptable frente a los avances en la asistencia sanitaria, especialmente en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), estando marcada por una gran tristeza y angustia no sólo para los padres y familiares, sino también para el equipo sanitario³.

Así, es necesario que el abordaje a la familia en el proceso de aflicción parental en la UCIN ocurra en equipo, considerando que la familia pasa por fases como rabia, desesperación y tristeza⁴, y los padres pueden presentar síntomas psicológicos negativos en el período posterior a la muerte del hijo, como tristeza, ansiedad y miedo, lo que denota la necesidad de estrategias de apoyo a las personas en proceso de aflicción³. Por tanto, el abordaje de la aflicción en la UCIN es un proceso universal, singular, complejo y multidisciplinar¹.

En este contexto, los cuidados de enfermería ante la aflicción de los padres destacan como una de las necesidades de la familia. En esta situación, el equipo debe desarrollar cuidados humanizados en un entorno tecnológico, delicado y extremadamente sensible, lo que requiere habilidades y destrezas para la acogida, la vinculación y la comunicación terapéutica⁵.

Este estudio tuvo como base teórica el Programa Nacional de Humanización de la Atención Hospitalaria (PNHAH), que posteriormente se transformó en la Política Nacional de Humanización (PNH)⁶. Este programa prevé la acción de poner en práctica los principios del Sistema Único de Salud (SUS) en el día a día de los servicios de salud, trayendo cambios en la forma de gestionar y cuidar. También se basó en la Ordenanza nº 198/GM, del 13 de febrero de 2004⁷, que estableció la Política Nacional de Educación Continuada en Salud, pues se entiende que, para tratar cuestiones complejas como la aflicción parental, es necesario capacitar a los profesionales, lo que pasa por la Política de Educación Continuada de la institución.

Por lo tanto, este estudio se justifica por la importancia de centrar la atención en el equipo de enfermería que trabaja en las UCIN en relación con la aflicción de los padres, ya que se trata de un tema delicado y a veces velado en el entorno hospitalario. Así, este estudio es relevante porque aporta más conocimiento sobre el tema, contribuyendo a la implementación de cuidados de enfermería cualificados en el abordaje de la aflicción parental en las UCIN por parte de los profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las experiencias del equipo de enfermería al actuar en una situación de aflicción parental en Cuidado Intensivo Neonatal? El objetivo fue conocer la experiencia del equipo de enfermería al actuar en situaciones de aflicción parental en Cuidado Intensivo Neonatal.

MÉTODO

Investigación exploratoria, descriptiva, con enfoque cualitativo, que siguió los criterios de descripción de la guía Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). El escenario del estudio fue una UCIN de un Hospital Universitario de la región central de Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Este hospital es una referencia para las mujeres embarazadas de alto riesgo y los niños nacidos con 36 semanas de gestación o menos.

El equipo de enfermería de la UCIN de este hospital está compuesto por 21 enfermeras y 40 técnicos de enfermería, distribuidos en tres turnos. Cada uno de estos profesionales tiene una carga de trabajo de 36 horas semanales. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermera o técnico de enfermería que trabajara en la UCIN y haber experimentado el enfoque de la aflicción parental en la UCIN. Se excluyó del estudio a los profesionales que estaban de baja o con certificado médico durante el periodo de recogida de datos. Así, 26 profesionales del equipo de enfermería que trabaja en la UCIN participaron en esta investigación, 17 enfermeras y nueve técnicos de enfermería.

El acceso a los participantes ocurrió a través del contacto inicial con el jefe de la unidad, que solicitó el horario de trabajo de los profesionales del equipo de enfermería y, a través de este, los profesionales fueron contactados para la invitación. Tras la aceptación, la recogida de datos se realizó entre el 23 de marzo y el 28 de abril de 2021 mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas por uno de los autores del estudio, y la duración media de las entrevistas fue de ocho minutos. Los datos se recogieron en la propia UCIN, en una sala preservada para evitar cualquier perturbación de la rutina de la unidad y a una hora conveniente para los participantes.

Las entrevistas se grabaron con el consentimiento del entrevistado mediante una grabadora digital. A continuación, fueron transcritas por los autores del manuscrito, lo que permitió su análisis. Para el final de la recogida de datos se utilizó el criterio de saturación teórica⁸. Los informes verbales de las entrevistas se analizaron según la metodología de análisis de contenido de Bardin⁹.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la institución correspondiente con el número de dictamen 4.594.095. Para preservar la identidad de los participantes en el estudio, los discursos se codificaron con la letra "E" (enfermeras) y la letra "T" (técnicos de enfermería).

RESULTADOS

Veintiséis profesionales de la UCIN participaron en el estudio, 17 (65,4%) eran enfermeras y nueve (34,6%) técnicos de enfermería, 25 (96,1%) de ellos eran mujeres, y un hombre (3,9%). La edad media de los participantes era de 38,5 años, con edades comprendidas entre los 28 y los 52 años.

En cuanto al nivel de estudios, 21 (80,8%) son postgraduados, tres (11,5%) tienen estudios superiores y dos (7,7%) tienen estudios técnicos. En cuanto al tiempo de graduación en enfermería, la media fue de 15 años y seis meses. En cuanto al tiempo de trabajo en la UCIN, la media fue de 10 años y seis meses.

A través de la lectura y el análisis de las entrevistas, se crearon tres categorías, a saber: "Sentimientos relacionados con la vivencia de la aflicción parental"; "Vivencia de los cuidados de enfermería ante la aflicción parental"; y "Conocimientos y creencias sobre la vivencia de la aflicción parental", que se presentan a continuación:

En la categoría "Sentimientos relacionados con la vivencia de la aflicción parental",

los profesionales entrevistados refirieron sentimientos de tristeza e impotencia al actuar en la aflicción parental, no sólo por las expectativas frustradas de los padres de llevar a su hijo a casa, sino también por el hecho de que los profesionales “se ponen” en el lugar de los padres, imaginándose en esa situación (de aflicción parental). Además, los sentimientos de tristeza e impotencia también se mencionaron desde una perspectiva profesional, es decir, porque, como profesionales de enfermería, no querían perder al paciente.

[...] Tristeza, angustia por esa familia [...], que creó tantas expectativas con esa niña, lamentablemente, no vuelven a casa con ella [...]. (E5)

[...] Impotencia, tristeza, porque acabas poniéndote en el lugar del otro, de la otra [...] podrías estar pasando por esa situación [...]. (E7)

[...]. Una tristeza [...] para los padres [...] cuando se produce una pérdida. [...]. Esa cuestión de la expectativa, de la planificación, de volver a casa, de no tener el hijo, [...] me da una tristeza enorme [...], es muy triste, doloroso [...]. (E10)

Como enfermeras, nos ponemos tristes porque no queremos perder al paciente, no queremos perder al bebé, siempre intentamos por todos los medios que esto no ocurra [...], porque nuestra felicidad es cuando un niño se va a casa bien, a casa con su padre y su madre [...]. (E12)

[...] Es de impotencia [...] para mí [...] la principal emoción así [...] es un sentimiento de frustración [...]. (T21)

[...]. Eres impotente y no puedes hacer nada como profesional, a veces el bebé no tiene nada más que hacer y eres impotente en esa situación [...]. (T22)

Los discursos también pusieron de manifiesto el sufrimiento de los profesionales, como el de una de las participantes, que mencionó que se sentía “terrible” al ver a una familia perder a un hijo y sorprenderlo muerto por primera vez. Este mayor sufrimiento se debe principalmente al vínculo creado con el bebé y/o la familia, a menudo debido al largo periodo de hospitalización.

Para mí es un gran sufrimiento ver a una familia perder a un hijo [...]. Recoger a un niño muerto por primera vez es muy triste [...]. Recuerdo que me hizo sentir terrible [...]. (E1)

[...] A veces tenemos lazos más fuertes con algunas madres, en consecuencia, la vivencia de la aflicción también depende mucho de eso, a veces estamos muy involucrados con esa familia, y lo sentimos, nos duele [...]. (E10)

[...] Los acompañamos [...] a veces hasta dos, tres meses, es imposible que no creemos un vínculo, [...] sufro junto a ellos [...]. (T13)

Por otro lado, la aflicción por un que tenía pocas probabilidades de sobrevivir (citados como ejemplos: prematuro extremo, bajo peso extremo y/o con malformación y que, por tanto, los participantes mencionaron como muerte presunta), es más fácil de elaborar y causa menos sufrimiento a los profesionales. Sin embargo, aun así, para los padres, la pérdida queda como un shock, que se produce, por ejemplo, cuando ese recién nacido, para el que no había ninguna expectativa de nacer (ni de sobrevivir al parto), nace y sobrevive unas horas o unos días.

[...] Cuando el niño no es muy viable, [...] muy bajo peso, extremadamente prematuro [...], ya entiendes que puede no ser capaz de [...] sobrevivir, pero el que nace hermoso [...], sano, con un buen peso, fuerte, y luego se descubre que es cardíaco, por ejemplo [...], es muy difícil acompañar en el momento de la pérdida [...]. (E7)

[...] Era un bebé mal formado, era una muerte que iba a suceder, que no tenía compatibilidad con la vida, pero era muy difícil, porque ves el sufrimiento, sobre todo de la madre, porque ella [...] había pasado por todo el embarazo [...]. Siempre tiene la esperanza de que ese

bebé viva [...]. Termina que el niño murió [...], incluso si tiene una malformación, que va a morir, la aceptación es mucho más difícil [...]. (E11)

Los participantes informaron de que, aunque es difícil y a menudo se estremecen al pasar por situaciones de aflicción con sus padres, con el paso del tiempo se sienten mejor preparados y pueden afrontar mejor estas situaciones. Por lo tanto, se entiende que esto contribuye al afrontamiento de la experiencia de la aflicción y a la formación de "mecanismos de protección y defensa" para evitar sufrir tanto con estas situaciones.

[...] Ahora sé cómo afrontarlo mejor [...]. Intento no llevar este sentimiento demasiado lejos [...]. Esa situación ya pasó, intento olvidarla para que no se quede dentro de mí. (E5)

[...] Con el tiempo aprendemos a protegernos también, no es que no suframos, [...] creamos mecanismos de protección, para que no nos sacudan. La primera vez fue muy difícil, me sacudí. [...], pero luego [...] te proteges. (E16)

En la categoría "Vivencia de los cuidados de enfermería ante la aflicción de los padres", se observó que algunos profesionales prefieren no implicarse emocionalmente, intentan no hablar con los padres sobre lo ocurrido, evitan la situación, intentan no conocer la historia de la familia y no están presentes en el momento de la noticia de la muerte, lo que se considera desagradable. Esto puede demostrar situaciones de "huida" a la hora de afrontar la muerte del recién nacido y la aflicción de los padres.

Cuando el bebé muere, mi deseo es no hablar más con la madre, no verla más, no ser la desagradable de decir que el bebé falleció. (E1)

[...] Evito, a veces incluso, saber demasiado de la historia, entrar en detalles [...], no implicarme y no tener tanto sentimiento relacionado con ella [...]. Así que es mejor que te mantengas más distante [...], no podemos traer este sentimiento a nosotros [...]. (E11)

En cuanto a los cuidados de enfermería ante la aflicción de los padres, se mencionaron estrategias basadas en la empatía, la acogida y la escucha sensible, haciendo hincapié en no minimizar el dolor y la aflicción de los padres.

[...] No minimizar el dolor de la madre, nunca, independientemente de si ese bebé era deseado [...], no subestimar nunca ese dolor [...]. (E2)

[...] Escuchar a la persona, ser sensible, la persona va a expresar su dolor, su rabia, su llanto [...], así que tenemos que ser muy sensibles, cuidadosos con las palabras, porque sólo los que saben son los que viven esta situación [...]. (E15)

[...] Respetar el momento del padre, si quiere ser abrazado, ser acogido así [...] o si quiere permanecer en silencio. Hay padres que quieren hablar contigo, que quieren expresar sus sentimientos, hay que saber escuchar [...]. (E16)

[...] En la situación que ellos [los padres] están viviendo, tener paciencia, tolerancia, [...] empatía. (E19)

[...] Lo más importante es el consuelo, ya sea con un abrazo, y dependiendo de la situación [...] incluso se puede hablar. Creo que incluso se puede hablar, pero [...] hay que tener mucho cuidado con lo que se dice, [...] hay que respetar ese momento. (T9)

Además, "estar presente", "estar cerca" y "estar juntos" fueron expresiones que aparecieron en los informes, demostrando la disponibilidad para estar al lado de los padres, proporcionando acogida y apoyo.

[...] De nosotros estando presentes en ese momento, estando cerca [...]. (E4)

[...] Sólo podemos decir que estamos ahí y que estamos juntos. (E7)

[...] *Ponerte a disposición, decir que estás ahí, que estás presente, que sabes que están sufriendo, [...], que participas en ese sufrimiento con ellos, que no están solos [...]. (E19)*

Los informes mostraron que los profesionales tratan de respetar la privacidad de los padres, permitiéndoles estar tranquilos, lo que puede ser facilitado con el uso de pantallas, favoreciendo así un lugar más restringido para tener su momento de despedida.

[...] *Tenemos que tener mucho cuidado es la privacidad, todo el equipo sabe que hay un niño muriendo, pero las otras madres también lo saben [...]hay un monitor que no tiene los mismos números que los otros [...], el padre y la madre lloran [...], ponemos una pantalla [...]. (E1)*

[...] *Intento respetar al máximo la intimidad de los padres en ese momento [...]. Permítales hacer lo que realmente se sientan libres de hacer [...]. (E10)*

[...] *Dejarlos en un entorno más restringido, ponerlos detrás de pantallas [...]para tener ese momento con ellos, de despedida. (E4)*

Los participantes destacaron que intentan satisfacer los deseos de los padres, ofreciendo y permitiendo a la familia tocar y sostener en brazos al bebé sin vida, si ese es su deseo.

[...] *Intento que la familia esté cómoda, [...] coger al niño en mi regazo, despedirse [...], tener un momento allí, lo de ellos. (E5)*

[...] *preguntar si quiere que le coja el regazo, porque será la despedida de ese niño, entonces depende de cada reacción de esos padres, que querrán, otros no [...], pero mi reacción depende mucho de la reacción de los padres [...]. (E16)*

También informaron de casos en los que el deseo de los padres era que el bebé fuera bautizado antes de morir y se les concedió. Los profesionales también respondieron a la petición de una madre que deseaba hacerse una foto con su hijo muerto.

[...] *Recuerdo casos en los que los padres pedían que se bautizara al bebé antes de morir, para intentar cumplir sus deseos. (E1)*

[...] *La madre me pidió que les hiciera una foto, al padre, a la madre con el bebé [...]. Ya había perdido seis bebés, ese era el séptimo que se moría, los otros no habían nacido, me lo pidió porque quería una foto de la familia, era una foto muy triste, pero que significaba mucho para ella, era ahora durante la pandemia, llevaban mascarillas, y les dije: quitaos la mascarilla para la foto. (E1)*

En la categoría "Conocimientos y creencias sobre la experiencia de la aflicción parental", fue posible abordar las fuentes de fortaleza para afrontar la aflicción parental, a saber, las creencias personales y los conocimientos sobre el tema. La mayoría de los participantes señalaron que los conocimientos adquiridos sobre la aflicción parental procedían de su propia experiencia de la práctica profesional y de su vida personal al sufrir la pérdida de familiares.

[...] *Viene mucho de la experiencia que he tenido y que he vivido aquí, no sólo en Neo [...], acabamos cogiendo un poco de nuestra experiencia personal [...]. (E5)*

[...] *Creo que el conocimiento viene de nuestra experiencia personal y profesional, llevamos 17 años en esta profesión, así que hemos tratado muchas situaciones de aflicción [...]. (E16)*

Mis conocimientos provienen de las experiencias de todos estos años que trabajo en Neo [...]. (T17)

También mencionaron la importancia de abordar la cuestión en las actividades de formación continua, principalmente a través de la psicología.

Recibimos muchas charlas, sobre todo con psicólogos, para saber cómo afrontar esta aflicción, así que fue ahí donde tuve más experiencia y aprendizaje. (E2)

Tuvimos una psicóloga [...], ella nos trajo algunas aproximaciones a la aflicción, y una de las cosas que aprendí de ella es que el padre tiene esa idea del bebé [...] perfecto [...], del bebé naciendo y llevándose a casa, entonces la aflicción no es sólo la pérdida del bebé, ahí mismo [...], viene de todo un embarazo [...]. (T17).

Algunos informes aportan, como estrategia para sobrellevar la aflicción, la religiosidad, fomentando pensamientos positivos y palabras de fortaleza basadas en la fe y la creencia en la existencia de un Dios.

[...] Estimular pensamientos positivos, y a menudo tienen creencias religiosas, así que también es una estrategia que acabamos utilizando mucho [...]. (E6)

[...] Para los que creen en Dios, que cada uno tiene un tiempo de vida aquí, así que en un momentito ese niño [...] vino a traer un mensaje a los padres, a la familia, así que yo creo que [...] la enfermería es dar lo mejor de uno mismo, pero sabiendo que somos impotentes ante Dios [...]. (E7)

[...] Cada uno tiene su fe, su herencia [...], de su experiencia, y eso también lo llevamos a nuestra vida profesional, y nosotros como seres humanos no podemos dejar de simpatizar con el otro que está ahí sufriendo [...]. (T13)

DISCUSIÓN

En relación a los resultados, se destacaron los sentimientos de tristeza e impotencia, que están en consonancia con investigaciones¹⁰ que evidenciaron que la acción de acompañar el proceso de muerte y agonía de los niños, así como la aflicción de los padres, provocaron sentimientos de angustia, impotencia y tristeza en los profesionales. Esto hace que las enfermeras, en este difícil momento, se sientan frustradas e impotentes por no poder ayudar aún más. Esto lleva a estos profesionales a adoptar una postura distante y a preferir no implicarse plenamente en estas situaciones¹⁰.

En cuanto a los profesionales, ante la muerte de niños que están bajo su tutela, a menudo se ven embargados por sentimientos relacionados con la implicación con la muerte, como la tristeza, que les impiden continuar con sus actividades laborales en el resto del día. Por lo tanto, se está volviendo común que los profesionales de enfermería, al convivir con la pérdida en su día a día, busquen distanciarse en este momento, para naturalizar este proceso de angustia extrema¹¹.

Otro punto que merece destacarse es el relativo a los discursos sobre la aflicción por un hijo cuya supervivencia es poco viable. En un estudio brasileño con un enfoque similar, las enfermeras informaron de reflexiones similares en relación con la vida, la muerte y la supervivencia de los RN con complicaciones graves¹². En cuanto a la pérdida de un RN que fue a la UCIN por nacimiento prematuro o con malformaciones, o que tuvo complicaciones durante el parto/parto/postparto o incluso por una fatalidad, el equipo debe ser consciente de que, independientemente de lo que le ocurriera a ese RN, los padres fueron a la maternidad a dar la vida por su hijo y que, como ocurre a menudo, aunque fuera fruto de un embarazo sano y de cuidados prenatales, salieron del hospital con los brazos vacíos¹³. Por lo tanto, es importante reflexionar sobre las afirmaciones de los participantes de esta investigación, que destacaron la relevancia del período de práctica asistencial para sentirse preparados para afrontar la situación.

Una revisión sistemática internacional destaca que cuando el recién nacido fallece en una UCIN, los padres viven los acontecimientos en un entorno diferente al de otros tipos

de aflicción, como ocurre, por ejemplo, con la muerte de la pareja. Ciertos aspectos de la muerte en la UCIN son intrínsecos a este contexto y las experiencias son diferentes de otras formas de aflicción. También es un contexto adverso en relación con los padres que experimentan pérdidas perinatales anticipadas, ya que los afligidos en una UCIN tienen un momento previo a la muerte, que se produce la implicación con su hijo como nacido vivo¹⁴.

En cuanto al abordaje del paciente y su familia, el apoyo psicosocial y la ayuda para el alivio y el bienestar físico pueden ser trabajados durante la formación académica a través de la simulación, enriqueciendo la práctica clínica de las enfermeras en esta percepción¹⁵.

Ante los padres en aflicción, destacan algunas actitudes de los profesionales: empatía, acogida y escucha con sensibilidad. En otro estudio internacional¹⁶, las enfermeras ofrecen un apoyo considerable a las familias al estar con ellas durante este proceso e incluso después.

Teniendo en cuenta la necesidad de humanización, percepción y aplicabilidad de la observación holística por parte de los profesionales de la salud a los individuos que viven la aflicción, la discusión se basa en la comprensión de la aflicción como un proceso que permea la muerte física, permeando la pérdida de vínculos¹⁷. Por lo tanto, las enfermeras deben centrarse en los miembros de la familia, utilizando la habilidad de la comunicación terapéutica en el proceso de la muerte de los neonatos. Además, es importante estimular el diálogo participativo de acuerdo con las necesidades de los padres, y la enfermera debe valorar el vínculo entre el servicio sanitario y los familiares en aflicción³.

En vista de lo anterior, se considera la visibilidad del paciente en su totalidad, dirigida a los aspectos bio-psico-socio-espirituales. Esto se debe a que el cuidado de la salud no sólo está vinculado al simple hecho de asistir dentro de una perspectiva de acción centrada en el hacer, los procedimientos y las técnicas, sino, más bien, por la cuestión de ver a los pacientes y a sus familias como seres humanos únicos, viviendo con ellos este difícil momento de sus vidas¹⁰.

Los informes también mostraron que el equipo de enfermería respeta la intimidad de los padres en el momento de la pérdida del niño. En este contexto, es posible humanizar la asistencia a la pérdida, individualizando los cuidados, movilizando los recursos organizativos y físicos de la propia institución, pero sin necesidad de grandes inversiones financieras. Así, es posible proporcionar un ambiente físico adecuado, creando un escenario de privacidad para la correcta acogida individualizada de la familia que vive este momento¹³.

Ante el evento de pérdida, los profesionales buscan garantizar el bienestar, la dignidad y el respeto a los padres y al cuerpo del RN, aún sin vida, demostrando actitudes que valoran la humanización y el aprecio por los pacientes¹³. Así, considerando que la acogida y el ambiente son uno de los conceptos orientados por la Política Nacional de Humanización (PNH)⁶, los profesionales de salud con competencia técnica y científica para desarrollarlos tienden a estar mejor preparados para lidiar con situaciones de pérdida, sabiendo que ese momento será recordado por los padres y familiares de por vida¹¹.

Corroborando los hallazgos de este estudio, las iniciativas de colocar el cuerpo del bebé en el regazo de los padres, permitirles hacerse fotografías con el niño sin vida, entre otras, están en consonancia con otros informes¹³, que afirman que gestos como estos son importantes en cualquier momento de pérdida. Independientemente del deseo manifiesto de los padres de tener contacto con su hijo, es esencial ofrecer estas iniciativas, ya que proporcionan consuelo a través de los recuerdos y las memorias afectivas¹³.

Además, a través de las declaraciones de los participantes, se percibió la necesidad de abordar las experiencias y creencias en torno a la aflicción parental. Ante este panorama, es fundamental que los profesionales que están en contacto con los pacientes y sus familias tengan una cualificación permanente para ayudar en el proceso de aflicción. Se destaca la importancia de la atención multiprofesional, ya que el psicólogo, mencionado en los resultados de este estudio, también surgió como un actor importante en la atención a los

padres en aflicción, que puede proporcionar apoyo emocional a los padres y familiares¹⁷. Esto también fue expresado por los participantes en el estudio y converge con el estudio internacional, de enfoque cuantitativo, que también reveló que las enfermeras indicaron que les gustaría obtener más apoyo institucional en relación con la experiencia de la muerte y la aflicción, como la oferta “workshops” sobre el tema¹⁸.

En este sentido, otra investigación cualitativa internacional con enfermeras jordanas destacó la importancia de implementar un programa de formación continuada para los profesionales de enfermería porque, según las participantes, durante su graduación no estaban preparadas para afrontar la aflicción en su vida profesional diaria¹⁹. Así, la cualificación profesional se convierte en positiva para desarrollar una atención humanizada, ya que proporciona oportunidades para debatir sobre el tema, con el objetivo de combinar técnica, habilidades y destrezas de diálogo y atención integral en un entorno de trabajo cómodo y seguro. Esto garantiza la mejora de la calidad para los pacientes y sus familias en este difícil momento¹⁷.

Se menciona que las prácticas espirituales y sus creencias suelen ayudar a profesionales, pacientes y/o familiares, que, juntos, reconstruyen el sentido de la vida cuando se enfrentan al dolor de la pérdida¹⁵. En un estudio internacional, la espiritualidad se identificó como importante en la rutina diaria de las enfermeras, siendo un elemento significativo para afrontar la aflicción poco después de la pérdida de un paciente¹⁸. Se señala que el apoyo religioso o espiritual durante la aflicción es una estrategia utilizada para afrontar el periodo vivido con el fin de proporcionar ánimo interior, alivio y consuelo¹⁵.

Uno de los estudios también citaba la fe y las creencias espirituales como estrategias de afrontamiento de la aflicción. Además, las enfermeras afirman que la experiencia profesional a lo largo de los años ayuda a este proceso de afrontamiento, haciendo que sepan cómo lidiar con el dolor y el sufrimiento cuando se enfrentan a la aflicción¹⁹, lo que converge con los resultados aquí presentados.

Se entiende que el estudio se limitaba a la realidad de una UCIN de un hospital público. Por lo tanto, se sugiere una mirada sensible para futuras investigaciones sobre este tema, dejando, como sugerencia, intervenciones prácticas dirigidas a la formación continuada en servicios dirigidos a la actuación de enfermería ante la aflicción parental.

CONCLUSIÓN

Al conocer la experiencia del equipo de enfermería sobre la aflicción de los padres, destacaron la tristeza, la impotencia y el sufrimiento como los principales sentimientos. En cuanto a la actuación y atención de los profesionales ante esta aflicción, identificaron, además de algunas estrategias de “huida”, varias estrategias basadas en la empatía y la humanización, como la acogida, la privacidad, la escucha sensible y la disponibilidad para atender los deseos de los padres en aflicción.

En relación a los conocimientos y creencias sobre la aflicción parental, las fuentes de fortaleza de los profesionales para afrontar este momento, en general, provienen de las creencias personales y de los conocimientos que provienen de sus propias experiencias de pérdida en su vida personal y familiar, así como de su experiencia profesional a lo largo de los años. Además, el estudio demostró que la religiosidad es una fuerte estrategia de afrontamiento tanto para los padres como para los profesionales de enfermería.

En cuanto a las implicaciones para la práctica asistencial, destaca la necesidad expresada de más momentos de formación continua sobre el tema. Esto fue señalado por el equipo, que sugirió actividades de formación continuada, principalmente con la mediación de la psicología, que podrían contribuir a la adquisición de conocimientos para el afrontamiento de situaciones de aflicción parental.

Se cree que los resultados de este estudio servirán de subsidio para orientar la asistencia sanitaria a los padres en aflicción y que también contribuirán a promover la reflexión de los profesionales sanitarios sobre las competencias esenciales para atender a los padres que viven el proceso de muerte de un hijo y la aflicción.

REFERENCIAS

1. Coelho filho JF, Lima DM de A. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicol. argum.* [Internet]. 2017 [cited in 2022 Mar. 11]; 35 (88). Available in: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.88.AO02>.
2. Almeida TCS. A espiritualidade como elemento de resiliência psicológica no enfrentamento do luto: uma análise a partir de estudos de casos de pais enlutados. [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. [cited in 2022 July. 30]. Available in: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/4611>.
3. Lari LR, Shimo AKK, Carmona EV, Lopes MHB de M, Campos CJG. Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Arquichán.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 11]; 18(1). Available in: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8>.
4. Busa ALA, Silva GB da, Rocha FP. O luto do jovem adulto decorrente da morte dos pais pelo câncer. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 12]; 39(e183780). Available in: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003183780>.
5. Ichikawa CR de F, Sampaio PSS, Sá NN de, Szylyt R, Santos SSC, Vargas D de. Care for the family before neonatal loss: a reflection under the optics of the complexity theory. *J Nurs UFPE on line.* [Internet]. 2017 [cited in 2021 Mar. 12]; 11(12). Available in: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22610p5085-5091-2017>.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização - PNH. Série B. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited in 2022 Mar. 14]. Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 198/GM, 13 de fevereiro de 2004 [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited in 2022 Oct. 28]. Available in: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.
8. Moreira H, Caleffe LG. Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2008. 248 p.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 288 p.
10. Lima R dos S, Magalhães M de JS, Costa Junior JA, Vilanova RM, Silva AC, Sousa CLTC de. O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. *Re On Facema.* [Internet]. 2015 [cited in 2022 Mar. 13]; 1(1). Available in: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/65ra/resumos/resumos/1177.htm>.
11. Peito B de B, Melo MA, Longo C de S. Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. *Rev Psicol. Foco.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Mar. 13]; 12(17). Available in: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/3776/2982>.
12. Almeida F de A, Moraes MS de, Cunha ML da R. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Rev. Esc. Enferm. USP Foco.* [Internet]. 2016 [cited in 2022 Mar. 13]; 50(spe). Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000300018>.
13. Salgado HO, Polido CA. Como lidar com o luto perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. São Paulo: Lexema; 2018. p.128.
14. Harvey S, Snowdon C, Elbourne D. Effectiveness of bereavement interventions in neonatal intensive care: a review of the evidence. *Semin Fetal Neonatal Med.* [Internet]. 2008 [cited in 2022 Oct. 28]; 13(5)

Available in: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.011>.

15. Salum MEG, Kahl C, Cunha KS da, Koerich C, Santos TO dos, Erdmann AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. Rev. RENE. [Internet]. 2017 [cited in 2022 July. 30]; 18(4). Available in: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20280/30814>.
16. Gibson K, Hofmeyer A, Warland J. Nurses providing end-of-life care for infants and their families in the NICU: a review of the literature. Adv. Neonatal. Care [Internet]. 2018 [cited in 2022 Oct. 28]; 18 (6). Available in: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000533>.
17. Trevisano RG, Almeida JV de, Barreto CA. O olhar da enfermagem no processo de luto. Saúde Foco [Internet]. 2019 [cited in 2022 July. 30]; 11. Available in: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf.
18. Rodriguez A, Spilker A, Goyal D. Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. MCN. Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2020 [cited in 2022 Mar. 14]; 45(4). Available in: <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000634>.
19. Khalaf IA, Al-Dweik G, Abu-Snieneh H, Al-Daken L, Musallam RM, Younis MB, et al. Nurses experiences of grief following patient death: a qualitative approach. J Holist Nurs. [Internet]. 2018 [cited in 2022 Mar. 14]. 36(3). Available in: <https://doi.org/10.1177/0898010117720341>.

PARENTAL BEREAVEMENT: EXPERIENCES OF THE NURSING STAFF IN NEONATAL INTENSIVE CARE**ABSTRACT:**

Objective: to know the experience of the nursing team when acting in situations of parental bereavement in Neonatal Intensive Care. **Method:** qualitative study developed through semi-structured interviews from March to April 2021 with nursing professionals from a Neonatal Intensive Care Unit in Rio Grande do Sul, Brazil. The results were submitted to thematic content analysis. **Results:** The act of experiencing parental bereavement by the nursing staff involves sadness, helplessness, and suffering. Strategies faced at this moment are based on empathy and humanization. For the professionals, the knowledge to face the situation comes from their own experiences of loss in their personal and professional lives, from their strength and religiosity. **Conclusion:** it is expected that this study contributes to the practice of health professionals in assisting parents who experience the process of parental bereavement in neonatal intensive care.

DESCRIPTORS: Bereavement; Intensive Care Units, Neonatal Nursing; Neonatal Nursing; Parents.

Recibido en: 04/07/2022

Aprobado en: 16/11/2022

Editor asociado: Dra. Tatiane Trigueiro

Autor correspondiente:

Luciana de Carvalho Pires

Universidade Franciscana (UFN)

Rua dos Andradas 1614 , Bairro Centro, Santa Maria , RS, CEP 97010030

E-mail: lucianadepires@hotmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Pires L de C, Costenaro RGS, Gehlen MH, Pereira LA, Hausen CF, Neves ET**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Pires L de C, Costenaro RGS, Hausen CF, Neves ET**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Pires L de C, Costenaro RGS, Hausen CF, Neves ET**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).