

La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo

The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning

A situação de enfermagem: “um milagre da vida” na aplicação do conceito de luto

NORMA YANETH NOGUERA ORTIZ*
CATALINA PÉREZ RUIZ**

Resumen

El duelo por la muerte es una situación que se encuentra inmersa en el diario vivir del personal de salud, es inherente a los procesos de enfermedad, hospitalización y muerte. Por tal motivo, es indispensable que los profesionales de enfermería tengan conocimiento, desarrollen habilidades y destrezas con relación a esta temática. En el presente artículo se describe la situación de enfermería “Un milagro de vida” en la que se narra la muerte de un hijo recién nacido. Posteriormente, se plantea el análisis y la formulación del concepto *duelo*, a partir de la revisión bibliográfica y la experiencia personal.

Palabras clave: Duelo; Muerte; Recién Nacido; Cuidado de Enfermería (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

Grief is a situation that is immersed in the daily life of health, is inherent in the processes of illness, hospitalization and death, among others. For this reason it is essential that nurses

have knowledge, develop skills and abilities regarding this topic. This article describes the nursing situation “A life miracle” which recounts the death of a newborn child and then raises the analysis and formulation of a concept of *grief*, from the literature review and personal experience.

Key words: Grief; Death; Infant, Newborn; Nursing Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

O luto pela morte, é uma situação que se encontra imersa no diário viver do pessoal de saúde, é inerente aos processos de doença, hospitalização e morte. Por esse motivo, é indispensável que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento, desenvolvam habilidades e destrezas com relação a esta temática. Neste artigo, se descreve a situação de enfermagem “Um milagre de vida” em que se narra a morte de um recém-nascido. Posteriormente, plantea-se a análise e a formulação do conceito “luto”, a partir da revisão bibliográfica e a experiência pessoal.

Palavras-chave: Luto; Morte; Recém-Nascido; Cuidados de Enfermagem (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

La práctica de enfermería implica vivir experiencias que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstas se originan en el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto (1). Es aquí donde

* Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Enfermería Materno Perinatal con Énfasis Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Docente Instructora, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Enfermera, Clínica de Marly, Servicio de Ginecobstetricia. E-mail: nogueran@javeriana.edu.co nnoguerao@unal.edu.co

** Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Fundación Hospital de la Misericordia. Email: cperezru@gmail.com

se origina la *Situación de enfermería*, entre las cuales se encuentra “Un milagro de vida”. A través de la situación de enfermería la enfermera trae en su ser la persona cuidadora que es y que llega a conocer al otro como cuidador que se expresa de una manera única en su vivir y crecer en el cuidado. Es en este momento que la enfermera atiende llamadas de cuidado, creando respuestas que nutren a la persona. Es también allí donde la enfermera expresa la totalidad del conocimiento estético de enfermería (2).

En la situación de enfermería planteada se identifica el concepto principal de *duelo*, el cual es producido por la muerte de un recién nacido; además, se puede reconocer la experiencia vivida, el rol de la enfermera y las intervenciones de cuidado que se brindan a la pareja que es afectada por el fallecimiento de su hijo. Teniendo en cuenta que la situación descrita puede causar grandes repercusiones sobre la salud del sujeto de cuidado, es indispensable que los profesionales de enfermería cuenten con conocimientos y destrezas para apoyar a las personas que están viviendo el proceso de duelo, tanto en ámbitos hospitalarios como comunitarios.

Un milagro de vida

Era una noche del mes de mayo y me encontraba de turno en el servicio de obstetricia. Estaba realizando notas de enfermería cuando ingresó Ana¹, paciente de 41 años que venía acompañada de su esposo quien le contenía con voz de aliento y le limpiaba suavemente las lágrimas que salían de sus ojos. Ana era una mujer conocida en el servicio de obstetricia, pues dos años atrás había sido atendida por la pérdida de su hijo. Había tenido cuatro gestaciones, las tres primeras finalizaron antes de cumplir 12 semanas de gestación, todo atribuido al Síndrome Antifosfolípido y a la incompetencia cervical. Hasta este momento, para Ana todo era incertidumbre aunque día a día vivía con la esperanza de que nada malo pasaría.

En este día la esperanza perdida era su compañera; cursaba una gestación de 28 semanas —concebida con tratamiento de fertilidad— y consultaba por presentar salida de líquido amniótico, por lo cual se hospitalizó y se inició la medicación para la maduración pulmonar fetal, tratamiento antibiótico, vigilancia de aparición de signos y síntomas de infección y vigilancia del bienestar fetal.

El ginecólogo de turno informó a Ana que había una alta probabilidad de parto prematuro por la ruptura

de membranas y que por su edad gestacional la posibilidad de sobrevivencia del bebé por nacer (Mariana²) era mínima. Ana se aferró a los brazos de su esposo en busca de consuelo. El ginecólogo y yo nos acercamos, tomé a Ana de la mano y ella me sostuvo fuertemente buscando apoyo en mí.

Como Ana era una paciente conocida, yo sabía que tenía fuertes creencias religiosas y antes de iniciar el tratamiento hicimos junto con su esposo una oración que alivió un poco el dolor que tenían en su corazón. En ese momento quería que Ana y su esposo encontraran en mí apoyo y fortaleza frente a su dolor.

Durante la noche, Ana se encontró inquieta y angustiada, su rostro y el de su esposo no sonreían, aunque él se veía un poco más fuerte. Al finalizar el turno, Ana se despidió con voz pausada y con desánimo; el esposo se acercó a mí, me agradeció y me pidió que orara para que todo saliera bien y el embarazo se pudiera prolongar. Entregué turno a mis compañeras; a ellas y a mí nos preocupaba la situación, sabíamos que había un riesgo altísimo de pérdida del bebé y sabíamos que las posibilidades de una nueva gestación viable eran poco probables.

En la noche siguiente cuando llegué al hospital, Ana ya no estaba en su habitación, mi colega me informó que estaba en cesárea por una infección intraamniótica. Pasada aproximadamente una hora de haber recibido el turno, Ana regresó al servicio llorando y nos decía: “quisiera dormir y despertar hasta cuando todo esté en calma, junto a Mariana”. Mariana, la hija recién nacida de Ana, fue llevada a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; por la edad gestacional no tenía una adecuada maduración pulmonar, era de bajo peso y tenía una infección pulmonar.

Ese día a la media noche el neonatólogo se acercó a Ana y a su esposo, les comentó el estado de Mariana y les informó las posibles complicaciones. Ana estaba cada vez más abrumada, pasé por su habitación y me comentó que tenía mucho dolor físico pero que el dolor del corazón era mucho más fuerte. Brindé los cuidados necesarios para disminuir su dolor físico, hablé con ella por largo rato y le apoyé en el mantenimiento de la fe, haciéndole ver que debía mantenerla ahora más que nunca. Ana intentaba conciliar el sueño pero el imaginar qué pudiese pasar con Mariana, no le permitió dormir esa noche.

1 El nombre original se ha cambiado para proteger la identidad.

2 El nombre original se ha cambiado para proteger la identidad.

En la mañana siguiente, Ana y su esposo se veían agotados, pero la ilusión de ver a Mariana los reconfortaba. Me despedí de Ana, tomé su mano y le dije que no se preocupara, que todo saldría muy bien. Salí de la habitación y el esposo de Ana una vez más me agradeció por el acompañamiento y el apoyo. Con esas palabras del esposo de Ana entendí que lo que yo estaba haciendo era muy importante para ellos y para mí.

Justo antes de salir de la clínica, pasé a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y mi colega me informó que Mariana cada vez decaía más y que no sabía si iba a soportar. En la mañana siguiente llamé a la clínica y pregunté por Mariana, pero las noticias no eran buenas: su estado de salud iba empeorando.

En la noche llamé a la enfermera que me estaba reemplazando para saber cómo iba todo, me comentó que Mariana en la tarde había muerto, la corta edad gestacional y la infección no permitieron que siguiera luchando. Supe que Ana y su esposo estaban muy afectados, en este momento se veía frustrada la ilusión de ser padres y la tristeza se acentuaba cada vez más.

Cuando volví a turno Ana ya no estaba, pero sabía que ella y su esposo vivían un inmenso dolor en sus corazones. A la semana siguiente, Ana nos envió una carta de agradecimiento por el acompañamiento y el apoyo recibido por parte de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los médicos.

Días después, cuando Ana ya se sentía un poco más recuperada de la pérdida de Mariana, volvió a la clínica, nos agradeció por haber estado acompañándola en momentos tan difíciles y nos contó que junto con su esposo habían renunciado a la posibilidad de ser padres. Ocho meses después Ana volvió a la clínica y nos dijo que Dios había obrado un milagro en ella, pues estaba embarazada sin buscarlo. En esta ocasión no hubo tratamiento de fertilidad, sólo fue cuestión del azar de la vida que ahora les daba una nueva oportunidad.

Este embarazo transcurrió con muchos más cuidados que los anteriores, siempre que consultaba estuve presta a dar educación a partir de mi conocimiento, a brindarle apoyo y a permitirle acrecentar su fe en Dios para que todo llegara a un feliz término.

Finalmente Ana, su esposo y la colaboración de todos nosotros lograron que la gestación llegara a las 37 semanas y así fue como llegó Milagros, una pequeña que para esta pareja encarnaba un largo sueño al fin hecho realidad.

El concepto de *duelo* y la Situación de enfermería

La pérdida de gestaciones, sobre todo si sucede con repetición, es considerada uno de los principales factores desencadenantes de duelo en la vida adulta (3). Las pérdidas tardías de la gestación se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas, dado que los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo (4). Ambas situaciones fueron identificadas en la presente situación de enfermería.

La muerte de un hijo es devastadora para los padres, experimentan una pena que es penetrante, intensa, compleja y constante. Se acompaña además por una multitud de pérdidas secundarias, incluyendo la pérdida de esperanzas y de sueños, la pérdida de la experiencia de criar un niño y la pérdida del sentido de seguridad en el mundo (5). Desde la perspectiva parental, el duelo es un proceso emocionalmente difícil para los padres, que deben enfrentarse al ver truncadas sus esperanzas y sueños construidos durante el embarazo y comprender que no tendrán la oportunidad de disfrutar el futuro en compañía de su hijo (6).

El concepto del duelo es fundamental en cuanto al arte del cuidado humano se refiere, pues al entender el continuo de la vida como una experiencia integral, el enfermero adquiere la capacidad de realizar una intervención trascendente y valiosa para el ser humano que vive esta situación o para el familiar que acompaña el proceso de nacimiento, salud, enfermedad y muerte.

El duelo no se encuentra ligado estrictamente a la definición de pérdida de un ser querido o a la muerte, sino al proceso desencadenado por la pérdida de cualquier elemento sobre el cual se tenga gran valía o expectativa: una oportunidad, un objeto, una capacidad o el estado de salud. El nacimiento de un hijo es una experiencia cargada de mucha ilusión y esperanza, que puede ser devastadora para los padres cuando no llega a feliz término.

La revisión en bases de datos (Cochrane) sobre el apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (2009) pone en evidencia que la pérdida de un hijo durante este periodo es devastadora para los padres y la familia. Se piensa que aproximadamente una de cada cinco familias sufre excesivamente en cuanto a la prolongación e intensidad del duelo y otros resultados adversos psicológicos si el recién nacido muere (7).

Para entender el concepto de duelo en el presente artículo, se toma como referencia el trabajo realizado por

la psiquiatra Elizabeth Kübler Ross en el año 1969 (8), en donde la autora define el *duelo* y tipifica sus etapas así:

- **Negación:** el doliente se niega a aceptar la situación de pérdida que atraviesa, sea real o potencial. Duración esperada: desde horas hasta una semana.
- **Ira:** la persona afectada culpa a los demás por la pérdida; se descarga emocionalmente la responsabilidad en otros. Duración esperada: desde horas hasta días.
- **Pacto:** el doliente hace un acuerdo consigo mismo para iniciar el entendimiento de la experiencia que atraviesa. Se realiza como mecanismo para retrasar la depresión que genera la pérdida.
- **Depresión:** se vive con sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia, dolor y tristeza. Duración esperada: no determinada.
- **Aceptación:** es la fase final del proceso de duelo donde el doliente recuerda a su ser querido, habla de su experiencia de pérdida pero no se revive el dolor ni se hacen planes hacia el futuro frente a la recuperación de lo perdido. Duración esperada: no determinada.

Teniendo en cuenta estas etapas y las complicaciones que se pueden presentar en cada una de ellas, es claro que el personal de salud debe estar atento a los siguientes signos de duelo (9):

- Prolongación de la fase inicial.
- Charla sobre el fallecido como si aún estuviera vivo.
- Ira extrema y duradera.
- Aislamiento prolongado.
- Incapacidad para llorar.
- Necesidad permanente de usar medicación sedante.
- Apoyo inexistente.
- Regresión en las etapas.

Al respecto, el Dr. Torres M. señala que el duelo es un proceso indispensable de adaptación a la pérdida, por lo tanto, sus etapas deben ser atravesadas y resueltas. En caso contrario, si los sentimientos no son expresados, si la angustia se mantiene oculta, la tristeza no es consolada o si la culpa transcurre en silencio, es mucho más frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas posteriores (en particular, depresión prolongada y enfermedades psicosomáticas) (10).

Retomando la narrativa, el proceso de duelo fue detectado durante la hospitalización, durante las pérdidas de gestaciones anteriores y al nacimiento de la hija pretérmino. El duelo, por ser un proceso inherente a la vida misma, ha sido estudiado desde diferentes disciplinas, entre ellas: psicología, antropología,

medicina y enfermería, en las que se encuentran diferentes interpretaciones. Al respecto, el psicoanalista Sigmund Freud en su obra *Duelo y melancolía* (1915) introdujo el término *duelo* para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como “Reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”

Lindemann, citado por Fernández, señala que el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por: a) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos); b) preocupación por la imagen del difunto; c) culpa; d) reacciones hostiles; y e) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que puede acompañarse de la aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitararlo (11).

Desde otra perspectiva, Carpenito, citado por Novel (12), define el duelo como “un estado en el que el individuo o la familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones) o estado en el que el individuo o la familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado); concepto que amplía la definición del duelo hacia el contexto de la pérdida de objetos o posiciones sociales que para el individuo o la familia son apreciados”.

El duelo ha sido abordado integralmente desde diversos puntos de vista: pasa a ser considerado antiguamente como un evento para acallar con medicamentos sedantes y evitar negando el contacto de los familiares con el recién nacido muerto (13), hasta lo que hoy se acepta dentro del proceso de elaboración. Lo realmente importante en nuestro caso es entender que es una vivencia en la que el personal de enfermería puede participar, facilitando el espacio para que se superen las etapas una a una de manera saludable, sin olvidar que el proceso está siendo experimentado de igual manera por madre y padre, quienes deben ser atendidos por personal calificado en el manejo del trauma agudo a través de técnicas psicoterapéuticas, con el fin de disminuir las complicaciones, los riesgos y los efectos devastadores del duelo mal elaborado.

A partir del *constructivismo* se pueden ubicar cuatro elementos esenciales por los que se debe propender cuando se identifica que algún sujeto de cuidado atraviesa por un periodo de duelo real o potencial (11):

1. Construir un mundo en el que la persona pueda vivir sin el objeto perdido.
2. Dar sentido a los sentimientos desencadenados por la pérdida y apropiarlos a la nueva vida.
3. Ejecutar autónomamente las tareas que antes dependían de la persona u objeto perdido.
4. Sentir afectos semejantes al entregado al objeto o persona perdida, ahora a un nuevo objeto o persona sin pretender reemplazar su presencia.

Atributos del concepto en la *Situación de enfermería*

Teniendo en cuenta la literatura, en esta narrativa se pudieron identificar los siguientes atributos del concepto: desesperanza, inquietud, cansancio, angustia, llanto, tristeza, dolor en el corazón e ilusión, los cuales se manifiestan de la siguiente manera:

Ilusión de prolongar la gestación hasta garantizar la viabilidad del recién nacido y posterior a su nacimiento de terminar la hospitalización pronto con un hijo sano camino a casa.

Desesperanza, identificada con la pérdida de la motivación por tener un hijo biológico, generada por la muerte del neonato.

Inquietud ante la vulnerabilidad de la salud del recién nacido pretérmino.

Cansancio posterior a la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento, con la noticia del riesgo inminente de muerte del recién nacido.

Angustia frente al pronóstico de salud del recién nacido.

Llanto por las emociones desencadenadas con la pérdida.

Tristeza por la pérdida del recién nacido y por la pérdida de la oportunidad de ser padres biológicos.

Dolor en el corazón como percepción somática de las emociones desencadenadas ante todos los eventos experimentados.

La literatura muestra que la familia en duelo puede manifestar diversos sentimientos, desarrollar diversas cogniciones y manifestar diferentes sensaciones físicas y de conducta, dentro de las que se pueden encontrar: tristeza, culpa, ansiedad, sensación de impotencia, *shock*, anhelo, confusión, debilidad anímica, falta de energía y debilidad muscular (9).

Del mismo modo, Araya señala que el dolor que causa la posibilidad de perder un hijo produce manifestaciones físicas, emocionales y espirituales en los padres y familiares cercanos, las cuales pueden perdurar varios meses o incluso años. En ocasiones, el duelo mal sobrellevado puede convertirse en estrés, depresión o algún otro trastorno psicológico grave, motivo por el que durante esta

dolorosa experiencia la gestante y su familia deben recibir apoyo del personal de salud capacitado, de manera que se encarguen de aclararles sus dudas, favorecer la comunicación, brindar contención y acompañamiento cuando se requiera (14).

El Dr. Brockington, en el artículo titulado *Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de alimentación y pérdidas perinatales*, afirma que el duelo de los padres se presenta cuando ocurre la muerte del recién nacido y es similar a otros duelos, con una respuesta inicial enmudecida, seguida de una enorme tristeza duradera y algunas veces con culpa y enojo. Pero el duelo tiene una característica especial: puede haber alucinaciones de duelo en relación con el bebé, por ejemplo, de movimientos fetales, ver la cara del bebé, oírlo llorar o jugar en su cuna (15).

En relación con el antecedente de pérdida perinatal, González *et al.* señalan que las parejas que han sufrido una pérdida perinatal manifiestan temor sobre el resultado del siguiente embarazo y presentan mayores síntomas depresivos y de ansiedad, por lo que los cuidados en este período deben centrarse en ayudar a afrontar el duelo y resolver dudas sobre una nueva gestación (16).

Intervenciones de enfermería y cuidados frente a la muerte del recién nacido

Frente a la muerte de un recién nacido, el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de brindar cuidado a los padres y a la familia, con el fin de lograr una adecuada elaboración del duelo, propendiendo por disminuir las complicaciones para la salud que éste conlleva.

Oviedo *et al.*, en su artículo titulado *Duelo materno por muerte perinatal*, señalan que el personal de salud necesita preparación emocional para mitigar el duelo materno en una mujer que ha perdido un hijo justo al nacer, contribuyendo a que los padres afronten el duelo con respeto y acompañándolos para tratar de salvaguardar la salud física y psíquica de la pareja. Por esto es conveniente que previo al nacimiento de un niño muerto o si éste fallece al nacer, el personal de salud ofrezca a los padres su ayuda para enfrentar la muerte del hijo, siempre respetando la decisión de recibir o no apoyo psicológico y espiritual (17).

A continuación se describen las intervenciones de enfermería en relación al duelo identificadas en la narrativa:

- Identificación de la paciente, de su pareja y su hijo por nacer como una familia que requería cuidado de enfermería.

- Escucha activa a partir del interrogatorio habitual y de procesos de comunicación asertivos.
- Integración con el sujeto de cuidado, a partir de compartir creencias y valores trascendentales para su desarrollo integral.
- Comunicación terapéutica, con el fin de brindar apoyo emocional y espiritual para Ana y su pareja.
- Apoyo emocional y espiritual.

Intervención de enfermería y resultados esperados

El profesional de enfermería es actor principal a comienzos del duelo (muerte del hijo anhelado en la situación de enfermería descrita) y puede propender por que las etapas iniciales del proceso transcurran con mayor fluidez y se elaboren con más facilidad. Las habilidades de intervención terapéutica inherentes al ejercicio del cuidado pueden hacer que el duelo inicie (hablando del contexto hospitalario) de manera más adecuada y evolucione mejor, partiendo del concepto de *la relación terapéutica*, fundamentada en principios como la empatía, el respeto, la confianza y el autoaprendizaje.

El trabajo interdisciplinario, sumado a medidas de cuidado para la salud mental de familiares y pacientes —facilitar el ingreso a familiares durante el proceso de muerte, permitir el contacto físico, reducir el dolor, el frío y la asfixia en el agonizante—, puede hacer de la experiencia de muerte un evento humanizado que reduzca en los dolientes las emociones negativas relacionadas y como consecuencia, lograr que el proceso de duelo transcurra de manera más saludable para el paciente y su familia, consiguiendo una posición ante la muerte positiva y una mejor aceptación del duelo.

Es importante entender que como profesional de enfermería se es partícipe en la formulación de políticas institucionales frente a la atención de pacientes, por lo que es importante mantener una permanente actualización académica, que acompañada del interés actual de las instituciones por lograr una atención integral y humanizada, puedan lograr que tanto la experiencia de muerte como la hospitalización misma —entendida como un evento que potencialmente puede desencadenar duelo— se vivan de manera más sensible, humanizada, empática, natural y cercana a la cultura o a la forma en que el paciente y su familia entienden la muerte. En cuanto a la situación de enfermería descrita, es importante entender que la presencia materna durante la hospitalización y muerte de Mariana facilitó que ella de una u otra manera viviera más saludablemente el proceso de duelo y pudiera regresar a

la institución hospitalaria posteriormente sin recordar con amargura su experiencia pasada.

Partiendo de los principios adecuados, se puede brindar un atención holística al paciente que se ve enfrentado, en el caso particular, a la pérdida del hijo recién nacido, teniendo en cuenta la importancia de la integración de la teoría con la investigación y la práctica como pilares del cuidado de enfermería. Sin lugar a dudas, la intervención y el apoyo del profesional de enfermería son fundamentales para el afrontamiento precoz del duelo, lo cual implica la permanente capacitación del personal frente a este tema, con el fin de garantizar cuidados de calidad que permitan abordar a la mujer, a la pareja y a la familia desde una perspectiva de integralidad. En este sentido, Pastor *et al.* (2011) (18) señalan que acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal no es algo que deba improvisarse, por lo que es necesaria una formación específica sobre el duelo perinatal, las habilidades de comunicación y las técnicas de relación de ayuda. Esta formación permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo la pérdida perinatal.

Conclusiones y Recomendaciones

Teniendo en cuenta el argumento teórico y a partir del análisis de la situación de enfermería, a continuación se sugieren algunos cuidados de enfermería para facilitar el proceso de acompañamiento a padres que se enfrentan a la muerte del hijo recién nacido:

Brindar un ambiente adecuado. Es indispensable proporcionar un espacio que promueva tranquilidad y privacidad para que los dolientes puedan manifestar sus sentimientos y emociones de manera segura.

- Valorar integralmente la pareja y la familia con el fin de identificar problemas reales y potenciales, así como posibles complicaciones derivadas de la elaboración del duelo.
- A partir de la valoración de enfermería, el profesional debe concretar prioridades, definir objetivos, establecer intervenciones, ejecutar las acciones planeadas y modificar planes y objetivos futuros atendiendo a los resultados obtenidos.
- Facilitar una adecuada comunicación entre los padres y el equipo interdisciplinario de salud. Esta comunicación debe estar fundamentada en el respeto, la empatía y la confianza, con el fin de lograr que la pareja y la familia logren elaborar funcionalmente el duelo, logrando óptimos resultados para las personas afectadas por la situación. Al respecto, Rengel Díaz menciona la necesidad de acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y la familia,

brindándoles confianza para permitir que expresen sus miedos y temores (19).

- Es necesario que el profesional de enfermería permita a los padres expresar sus sentimientos y emociones, manteniendo una actitud de escucha empática, de modo que el inicio del duelo curse naturalmente y su resolución se vea potencializada en el apoyo recibido por el equipo de salud.
- Proporcionar el aporte humano necesario. En el momento de brindar cuidado de enfermería a la pareja o familia que se ven enfrentados a la muerte del recién nacido, es necesario posibilitar el trabajo interdisciplinario y el trabajo en equipo, en donde se vinculen profesionales de la salud idóneos.

Las situaciones adversas, aunque puedan parecer en un momento insuperables para un grupo familiar, pueden ser en realidad la oportunidad para fortalecer sus recursos y vínculos, de modo que se puedan preparar para afrontar estos momentos y los que se presenten en su devenir como familia (20).

Es importante tener en cuenta que los enfermeros requieren contar con una salud integral que: incluya lo mental y lo emocional para responder adecuadamente a los retos del cuidado humano como ser holístico, se permita que su ser crezca con cada experiencia de cuidado, se faciliten espacios terapéuticos individuales y grupales cuando se realice el acompañamiento a pacientes y familiares en el proceso de muerte, se mantenga actualizado frente a técnicas de intervención, se nutra su ser con experiencias que le sean gratas, se apoye y motive a su personal auxiliar para que acompañe efectivamente a los pacientes en sus necesidades de cuidado, se invite a todo el equipo de salud para discutir temas relacionados con el duelo y el manejo del mismo en su institución para determinar conceptos comunes, ser líder frente al cuidado y sobre todo evitar que las presiones laborales del diario vivir debiliten el sentido humanitario que caracteriza la enfermería.

Referencias

- (1) Mejía LM. Aplicación de algunas teorías de enfermería en la práctica clínica. *Index Enferm*. 2008;17(3):197-200.
- (2) Boykin A, Schoenhofer S. *Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica* (traducción de Beatriz Sánchez). New York: National League for Nursing Press; 1993.
- (3) Flórez S. Duelo. *Anales Sis San Navarra*. 2002;25(Supl. 3):77-85.
- (4) García MC, Yagüe FA. Duelo perinatal. *Revista Escuela Universitaria Enfermería Albacete*. 1999;10(1):17-22.
- (5) Montesinos A, Román NA, Muñoz M, Elías BL. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 26 may 2010];84(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n6/art08.pdf>.
- (6) Kamei L, Torres C, Kimelman M. Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* [revista en Internet]; 2013 [acceso: 26 may 2010];24(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202013-2.pdf#page=39>
- (7) Flenady V, Wilson T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal [revisión traducida]. *La Biblioteca Cochrane Plus* [base de datos en Internet]. 2008 [acceso: 26 may 2010];3(1):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000452>
- (8) Kübler RE. *Sobre la muerte y los moribundos*. 4ª. ed. Barcelona: Grijalbo; 1994.
- (9) Latiegi A. Cuidados paliativos en enfermería. En: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E, editores. *Papel de la enfermería en el duelo*. Donsotia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. pp. 269-287.
- (10) Torres M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(3):263-84.
- (11) Fernández L, Rodríguez V. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam* [revista en Internet]. 2002; [acceso: 26 may 2010];12(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es.
- (12) Novel G. *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona Elsevier Masson; 2000.
- (13) Cordero M, Palacios BP, Mena NP, Medina HL. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento del recién nacido. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75(1):67-74.
- (14) Araya CZ. Fuentes de apoyo recibidas por las gestantes en el duelo prenatal. *Rev Actual Costa Rica* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 26 may 2010];26(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/13698-23509-1-SM.pdf>

- (15) Brockington I. Problemas de conductas adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de alimentación y pérdidas perinatales. *Rev Perinatol Reprod Hum.* 2008;22(2):132-134.
- (16) González CS, Suárez LI, Polanco TF, Ledo MJ, Rodríguez VH. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria.* 2013;19(2):113-117.
- (17) Oviedo SS, Urdaneta CE, Parra FM, Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr.* 2009;76(5):215-219.
- (18) Pastor MS, Romero SJ, Hueso MC, Lillo CM, Vacas J, Rodríguez TM. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(6):1405-1412.
- (19) Rengel C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Rev Enferm Docente.* 2010;91(2):37-43.
- (20) Walsh F. Resiliencia familiar, estrategias para su afrontamiento. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.