

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

“Percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, en relación con las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería, en un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el año 2020.”

Por: Zambuto, Agustina

Director: Lic. Bedú Marcela

Docente Asesor: Lic. Simonetti Graciela

Rosario, 4 de diciembre 2020

Son casi las cinco de la madrugada y no puedo dejar de mirarlo. De mirarlo y de admirarlo. Tiene apenas una semana de vida, pero está lleno de ella. ¿Qué, si no, le puede llevar a tener el valor y el coraje suficientes para afrontar el reto de la enfermedad casi en soledad? Él me mira desde dentro de la incubadora, como queriendo entender quién soy yo y por qué le ayudo a vivir. Yo le miro, tratando de comprender cómo puede amar tanto la vida sin apenas haberla vivido.

Héctor Castiñeira, "El guardián entre el ibuprofeno".

**Resumen:**

Los cuidados humanizados hacia los padres frente a la muerte neonatal de su hijo y el proceso de duelo que proviene después son muy importantes, ya que ayudan a aliviar la situación dolorosa que deben atravesar los mismos. Pero muchas veces esta situación genera en el profesional de enfermería sentimientos y opiniones que son expresados y/o manifestados en determinadas actitudes, las cuales afectan esos cuidados humanizados. El objetivo de este trabajo es analizar la relación que existe entre la percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, y las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería, en un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el año 2020.

Métodos: Estudio cuantitativo no experimental transversal analítico, mediante encuesta a 15 enfermeros y 15 padres de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario. La recolección de datos se realizará a través de dos cuestionarios, con la consiguiente tabulación de los mismos y la agrupación de variables en sus respectivas dimensiones e indicadores. Por último se realizará el análisis de los datos mediante un análisis de tipo uni y bivariado.

**Palabras Claves:** Cuidados humanizados, enfermería, duelo, postmortem neonatal, actitudes y opiniones.

## Índice general

Carátula.....	1
Cita de interés.....	2
Resumen y Palabras claves.....	3
Índice general.....	4
Introducción:	
Estado actual de conocimiento y antecedentes.....	5
Planteamiento del problema en estudio.....	9
Hipótesis y objetivos.....	9
Marco Teórico.....	11
Material y métodos:	
Tipo de estudio.....	30
Sitio y contexto.....	30
Población y muestra.....	31
Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	31
Operacionalización.....	32
Prueba piloto.....	37
Personal a cargo de la recolección de datos.....	38
Plan de análisis.....	38
Plan de trabajo.....	40
Anexos:	
Anexo I: Guía de convalidación de sitio.....	42
Anexo II: Instrumentos.....	44
Anexo III: Resultados prueba piloto.....	52
Bibliografía.....	53.

## Introducción.

En los últimos años, debido a los avances científicos en las tecnologías médicas, junto con los cambios en los estilos de vida de las personas y la calidad de atención que brinda enfermería, se ha logrado disminuir la morbilidad y la mortalidad neonatal. Sin embargo, esa disminución ha sido lenta según lo declaran las estadísticas realizadas por la Organización Mundial de la Salud. En el mundo aún se producen muchas muertes en la etapa neonatal de los recién nacidos, lo que genera un acontecimiento de pérdida y duelo en los padres frente a este hecho.

El duelo es un proceso normal y esperable frente a la pérdida de un ser querido, el cual genera una diversidad de sentimientos, que tarde o temprano todo ser humano debe afrontar. Se lo define como: *“todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera sea el resultado.”* (Bowlby, 1979).

La muerte de un hijo/a es un acontecimiento estresante y emocionalmente devastador para los padres, independientemente de los motivos o de la edad, para ellos siempre significará una muerte ilógica e injusta.

La OMS estima que en el año 2019 murieron en todo el mundo 2,4 millones de niños en su primer mes de vida. Cada día mueren unos 7000 recién nacidos, cifra que representa el 47% de todas las muertes de menos de 5 años. Desde 1990 se ha progresado considerablemente en lo que se refiere a la supervivencia infantil, reduciéndose la cifra mundial a más de la mitad. (OMS, 2020)

Las cifras y las estadísticas permiten entender que, ante el acontecimiento de la muerte neonatal, el acompañamiento a los padres y a la familia de ese niño, es una forma de atenuar los efectos que produce y desarrolla en el duelo. Sin embargo, el cómo abordar la muerte no ha estado incluido en la currícula de la formación de los profesionales de salud, en especial en los profesionales de enfermería y mucho menos en aquellos que desempeñan su quehacer diario en las salas de neonatología. Se ha llegado a la conclusión de que, muchas enfermeras no imparten cuidados humanizados o lo hacen de forma deficiente, a los padres de los neonatos luego de la pérdida de su hijo.

Esto puede deberse a que, a pesar de que el personal enfermero ha sido instruido para brindar cuidados propios de enfermería, les resulta difícil afrontar la muerte debido a la influencia de emociones y a la falta de preparación técnica y psicosocial. Lo que

genera en el personal frustración e impotencia, logrando así no afrontar el acontecimiento, lo que afecta a la hora de brindar cuidados humanizados. Se debe entender que el apoyo en el momento de la muerte y del duelo también es un cuidado de enfermería. Es por esto que el personal enfermero requiere de una preparación, tanto técnica como emocional, en cómo afrontar la muerte neonatal, para así poder brindar cuidados humanizados al neonato postmortem, a su familia en cómo afrontar la pérdida y atravesar el duelo, y para que así también el personal de enfermería logre sobrellevar la situación desde lo profesional y no se vea afectado en lo emocional, evitando las barreras que interponen desempeñar su quehacer diario.

Para este estudio se realizó una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel nacional e internacional, encontrando los siguientes antecedentes:

Montesinos, Antonieta; en su investigación se propuso como objetivo mejorar la calidad de atención de la familia del recién nacido que fallece. En cuanto a los pacientes y el método, se constituyó un Comité de Manejo del Duelo Neonatal, se capacitó al personal al inicio y luego anualmente, se elaboró un manual de procedimientos aplicado desde marzo del 2000. En dicho estudio se presenta el análisis cuantitativo de los resultados de la aplicación del manual y el análisis cualitativo del impacto del programa en el personal y en los padres. Se obtuvo como resultado que; fallecieron 440 niños entre el 1 de marzo del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2009. El aviso de muerte inminente se realizó en el 98,8% de los casos, la presencia de los padres en el momento de la muerte llegó a un 85,9%, lo que estuvo determinado significativamente por el lugar de residencia y la hora del fallecimiento. El 87,8% de los padres abrazaron a su hijo, mientras que el 5,8% sólo lo miraron. Se describe el impacto del programa sobre el personal y las opiniones de los padres en una conversación post-mortem. Se concluyó que, El programa del Duelo Neonatal mejoró la calidad de la atención a los padres del recién nacido moribundo; en relación con la percepción de cambio en el equipo de salud, se observa: la atención al duelo permite sentir que la relación con los padres forma parte de la labor profesional en un 80,3% de los entrevistados. Se facilita a sus padres acariciar al hijo, permanecer con él y compartir su dolor. Lo anterior ha logrado humanizar el trabajo según los profesionales encuestados. El tener contacto con los padres ayuda a comunicarse con mayor facilidad, emocionarse con ellos y llorar. (Montesinos, 2013)

Pastor Montero, Sonia, Realizó un estudio donde se pretende conocer y describir las vivencias de pérdida perinatal experimentadas por los padres y profesionales

implicados en la actividad asistencial. Se trata de un diseño descriptivo de carácter cualitativo realizado en una muestra de 10 padres que han sufrido una pérdida perinatal y 11 profesionales. Los resultados ponen de manifiesto varios aspectos esenciales: la mayoría de los padres perciben el aborto y el parto de un feto muerto como una pérdida real, existiendo un gran desconocimiento del proceso de duelo; la atención recibida es bien valorada, pero reconocen aspectos a mejorar por parte de los profesionales, sobre todo en habilidades de comunicación y en la atención emocional. En cuanto a los profesionales, reconocen tener poca información y formación sobre el duelo perinatal; se sienten poco preparados para atender los aspectos emocionales de los padres y demandan formación en habilidades de apoyo emocional y comunicación. Estos hallazgos permitirán establecer un plan de actuación multiprofesional dirigido a mejorar la calidad de los cuidados y favorecer el proceso de duelo normal. (Pastor Montero, 2007)

Valenzuela, M. Teresa; Bernales, Margarita; Jaña, Paloma, plantean en su estudio que los profesionales tienen un rol significativo en el proceso del duelo perinatal, y la relación que construyan con los padres será decisiva para facilitar u obstaculizar su cuidado. El mismo tiene como objetivo comprender la perspectiva de los profesionales de la salud con relación al duelo perinatal. Se utilizó como método una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CINAHL, CUIDEN, psycINFO, PubMed y Google Académico, realizando un análisis temático de estos, permitiendo delimitar categorías temáticas comunes. Resultados: Se obtuvieron 46 artículos científicos con menos de 10 años de antigüedad. Se identificaron tres categorías para abordar la experiencia vivida: 1) Sentimientos experimentados por los profesionales, como ansiedad, culpa, resignación, síntomas físicos, frustración y evitación; 2) Necesidades sentidas de apoyo, entre estas, soporte emocional, capacitación formal y experiencia laboral que permitan afrontar de mejor forma el duelo de las familias y el equipo; 3) Facilitadores del proceso, donde se destacan la capacitación, años de trayectoria profesional, confianza en sí mismo, apoyo de los pares, equipo multidisciplinario, creencias religiosas y apoyo institucional. Conclusión: el duelo perinatal es una situación dramática para los padres, los cuales demandan un cuidado sensible. Y los profesionales desempeñan un rol clave en el apoyo integral a los padres, siendo un proceso exigente tanto en lo personal como en lo profesional. Se sugiere formación de pregrado y postgrado, fomentando el diálogo y apoyo entre los equipos. De esta forma se beneficiarán los padres, su familia y los

profesionales, los cuales podrán otorgar un cuidado efectivo y de calidad en situación de duelo perinatal. (Valenzuela, Bernales, & Jaña, 2020)

Soto, Sandra, realizó una revisión bibliográfica focalizada en el duelo materno por muerte perinatal, a fin de comprender un fenómeno devastador para los padres y particularmente para la madre, por la pérdida de un hijo. En ese estudio se describen, además, los cambios adaptativos emocionales en la mujer durante y después de la gestación y la frustración de la maternidad, que conlleva esta pérdida. El proceso de duelo debe ser comprendido a través de las diferentes fases que lo caracterizan, y que puede manifestarse de manera lineal o comportarse como proceso dinámico cambiante de una fase a otra. En estas circunstancias, el abordaje de los profesionales de la salud es importante y debe basarse en una relación de empatía con la madre en proceso de duelo. Es una investigación de tipo cualitativa, cuyos resultados incluyen el tema de la muerte y el duelo en la etapa formativa de carreras en el área de las ciencias de la salud, fundamentalmente las de medicina y enfermería. Plantea que se capacitar al personal de salud acerca de la preparación emocional y desarrollo en el manejo de las habilidades del duelo materno. (Oviedo-Soto, 2009)

Noguera Ortiz, Norma y Pérez Ruiz, Catalina, describen en su artículo, la situación de enfermería “Un milagro de vida” en la que se narra la muerte de un hijo recién nacido. 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. Se plantea el análisis y la formulación del concepto duelo, a partir de la revisión bibliográfica y la experiencia personal. (Noguera Ortiz & Pérez Ruiz, 2014)

Esta problemática se pudo evidenciar dentro una sala de neonatología de la ciudad de Rosario. La reacción ante la muerte de un recién nacido varía entre el personal de enfermería, desde lo profesional hasta lo individual, junto así con el acompañamiento en el duelo de los padres de ese neonato. Esto hace que sea un reto difícil, para el personal, el brindar cuidados humanizados. A pesar de eso, el poder identificar las emociones que genera dicho acontecimiento, tanto al momento de la muerte como en el proceso del duelo, favorecerá en el personal la atención y la humanización de los cuidados que brindan.

Es debido a la complejidad de esta situación que han surgido preguntas, tales como: ¿Cómo reacciona el personal de enfermería frente a la muerte neonatal? ¿Qué tipos de emociones u opiniones le genera al personal de enfermería la muerte neonatal?

¿Esas emociones, crean mecanismos o barreras que afectan al momento de brindar cuidados de enfermería? ¿Qué actitudes presenta el personal de enfermería? ¿Ser madre o padre, influye en lo que genera la muerte? ¿El personal de enfermería brinda cuidados humanizados al neonato postmortem? ¿Y a su familia? ¿Se sienten apoyados y contenidos esos padres luego de la pérdida de su hijo? ¿El equipo enfermero realmente se encuentra capacitado y preparado para brindar cuidados a esos padres?

Dichas preguntas llevaron a plantearse el siguiente problema de investigación: ¿Qué relación existe entre la percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, y las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería, en un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el año 2020?

Cuyo objetivo general es analizar la relación que existe entre la percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, y las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería, en un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el año 2020

La Hipótesis que se sostiene es que la percepción de los cuidados humanizados que reciben los padres en situación postmortem neonatal de su hijo está directamente relacionado con las actitudes y opiniones sobre la muerte que tiene el personal de enfermería de una sala de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Los objetivos específicos de dicho estudio son: determinar sexo y antigüedad de los enfermeros del servicio; detallar las actitudes y opiniones de los enfermeros frente a la muerte neonatal; reconocer la percepción de los cuidados humanizados por parte de los padres del neonato en situación postmortem de su hijo y analizar la relación entre las actitudes de los enfermeros con los cuidados humanizados que brindan a los padres del neonato.

El presente estudio se justifica debido a que la mortalidad neonatal, y cómo abordarla, es una problemática que persiste aún en los servicios de neonatología, más específicamente en el servicio en dónde se identificó y se abordará este protocolo de investigación. El equipo de enfermería no sólo brinda cuidados a los pacientes, sino también a la familia del mismo, en diferentes etapas de la vida, la enfermedad y la muerte. Esta investigación permite no sólo evidenciar esta problemática, sino que también los

enfermeros logren identificar qué tipos de cuidados brindan a los padres del neonato, y que, esos mismos padres puedan evidenciar como perciben dichos cuidados.

A su vez, dicho protocolo de investigación permite suponer que la mayoría de los profesionales de enfermería de la sala de neonatología en donde se basa este estudio, han experimentado la muerte neonatal junto con el proceso de muerte y duelo que eso conlleva, percibiendo diferentes sentimientos y emociones, como el dolor, la tristeza, no querer enfrentar ese momento o no sentirse capacitado para afrontarlo.

Los cuidados humanizados son afectados cuando el personal de enfermería no se siente capacitado y/o preparado para afrontar el proceso de muerte y duelo de un paciente, lo que lleva a que los más afectados y vulnerables sean los padres de ese paciente neonato, a quienes se les debe brindar el apoyo en dicho momento. Es por esto, que se considera que el personal de enfermería debe posicionarse en un rol de compromiso para poder prepararse técnica y emocionalmente, y así, sobrellevar dichos procesos con profesionalismo, brindando los cuidados de manera humanizada.

Es por esto que se espera que este trabajo de investigación logre identificar desde donde se generan las actitudes y las opiniones que presenta el personal de enfermería frente a la muerte, y como son percibidos los cuidados brindados a los padres postmortem neonatal para elevar los resultados a la jefatura de enfermería del servicio de neonatología y las autoridades del departamento de enfermería del hospital.

### Marco Teórico.

En este apartado se abordarán los aspectos conceptuales más significativos para la investigación desarrollada. Las dos principales teorías elegidas para el fundamento teórico de este estudio son; por un lado, la teoría del cuidado humanizado y/o transpersonal de Jane Watson y, por el otro, el abordaje sobre el proceso de duelo de Elisabeth Kübler-Ross.

El nacimiento de un hijo o hija es un acontecimiento importante el cual genera cambios en la vida de los padres, y que, a su vez, produce una gran variedad de emociones y sentimientos, dependiendo de la experiencia vivida y de la forma de ser de la persona para afrontar dicha situación. Pero, por lo general, los embarazos y los nacimientos no solo generan sentimientos de felicidad, sino que también dan lugar a experimentar miedo, ansiedad, dudas e inseguridades. Atravesar este acontecimiento es un proceso normal en la vida de las personas que deciden ser padres, pero cuando dicho acontecimiento se ve alterado por la muerte de ese hijo, esas emociones y sentimientos, tales como el miedo, la tristeza y la angustia, se potencian dando lugar al proceso de duelo.

Para la continuación del desarrollo teórico de este estudio, se considera importante detallar el período que abarca la etapa neonatal del recién nacido. Con base en el manual de enfermería pediátrica el *período neonatal* es considerado desde el parto hasta el día 28 de vida extrauterina. Este período, a su vez, se puede subdividir en: *período neonatal precoz* que abarca entre el día del nacimiento hasta los 7 días de vida y el *período neonatal tardío* que incluye desde el día 7 hasta los 28 días de vida. (Pérez-Moneo, Arreo del Val, & Díaz Marugán, s/f).

A su vez, existe una clasificación del recién nacido según la edad gestacional. Esta última incluye: recién nacido a término, aquellos nacidos entre las 37 y 42 semanas de gestación; recién nacido posttérmino, nacidos con más de 42 semanas de gestación; *recién nacido pretérmino* (prematuro), nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Los *recién nacidos pretérmino* pueden diferenciarse entre: recién nacido prematuro, nacidos entre las 32 y 37 semanas o con un peso entre los 1.500 y 2500 gramos; recién nacido prematuro extremo, nacidos entre las 28 y 31 semanas o con un peso entre los 1.000 y 1.500 gramos y, por último, recién nacido inmaduro, nacidos entre la semana 22 y 27 o con un peso entre los 500 y 1.000 gramos. El límite de viabilidad de un RN (recién

nacido) se establece en las 24 semanas de gestación y un peso de 500-600 gramos. (Pérez-Moneo, Arreo del Val, & Díaz Marugán).

Teniendo en cuenta estas clasificaciones se puede determinar que, por lo general, los neonatos son aquellos recién nacidos pretérmino, que, debido a su prematurez y bajo peso, junto con las diferentes patologías que pueden desarrollar, requieren atención médica en una unidad de cuidados intensivos neonatales. La muerte de un hijo o una hija es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Es una experiencia emocionalmente devastadora, sin importar el motivo o el momento en el que haya ocurrido la pérdida, para los padres la misma siempre será ilógica e injusta. Cada pérdida es una experiencia única, personal y particular, la cual siempre va a estar precedida por el duelo.

Existen varias definiciones realizadas por diferentes autores sobre qué es el duelo. En el caso de Bowlby, él la define como: *“todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera sea el resultado.”* (Bowlby, 1979). Por su parte, Freud introdujo la expresión “trabajo de duelo” para describir la reacción de un sujeto a una pérdida significativa, ya sea real o simbólica. El duelo es un trabajo que exige una tarea interior. El trabajo psíquico tendría un objetivo muy preciso: desligar al deudo del objeto perdido. El resultado normal del duelo (producto del trabajo de duelo) consistiría en un quite de la lívido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo. (Freud, 1992)

Sin importar la definición que se considere más precisa para definir el duelo, se debe tener en claro que, el mismo seguirá siendo un proceso normal por el que deben transitar todos los seres humanos en algún momento de sus vidas.

El proceso de duelo posee muchas etapas por las que la persona debe pasar. Sin embargo, lo importante es la manera en que cada persona atraviesa el duelo, ya que al mismo no se lo puede forzar a que sea de una manera determinada. En este proyecto se detallarán aquellas cinco etapas del duelo planteadas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. Estos estadios son: la negación, la ira, la negociación, la depresión y, por último, la aceptación. Las mismas forman parte del marco en el que se aprende a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudar a enmarcar e identificar lo que se puede estar sintiendo. Sin embargo, no todas las personas atraviesan todas estas etapas ni lo hacen en un orden prescrito. (Kübler-Ross & Kessler, 2017)

La primera etapa es la negación, la misma es una defensa temporal para el individuo, y permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada o impresionante. Para alguien que ha perdido a un ser querido, la negación es más simbólica que literal. Esto no significa que la persona no sepa que la persona querida ha muerto, significa que simplemente no puede creerlo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial. (Kübler-Ross & Kessler, 2017)

En el caso de las madres y los padres del neonato, cuando el mismo fallece, no son capaces de aceptar la noticia en un principio, simplemente porque no pueden, sienten que no puede ser real lo que están escuchando o esa realidad es demasiado excesiva para comprenderla.

A pesar de esto, esta primera etapa del duelo ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo, la vida no tiene sentido y se tiende a negar los hechos. (Kübler-Ross & Kessler, 2017). Luego de conocer la noticia de la pérdida, las personas se suelen preguntar cómo podrán seguir adelante, si podrán llegar a seguir adelante o simplemente porque deberían hacerlo.

La negación ayuda a sobrevivir dosificando el dolor de la pérdida, debido a que en ella se encuentra alivio, mientras se intenta aceptar la realidad. Conforme se va aceptando la realidad de la pérdida y las personas comienzan a hacerse preguntas, se está iniciando sin saberlo el proceso de curación. Uno se hace más fuerte y la negación empieza a remitir. Pero, conforme se avanza, comienzan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando. (Kübler-Ross & Kessler, 2017)

La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento. Surgen todos los “porque” y el proceso continúa con la segunda etapa: la ira. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida. Se puede estar enfadado por no haber visto que esto iba a pasar y, cuando se ve, porque no se puede hacer nada para evitarlo. (Kübler-Ross & Kessler, 2017)

Esta etapa es muy difícil de afrontar para los padres del neonato. Esto se debe a que la ira es disparada hacia todas las direcciones y de forma injusta también. Los padres pueden percibir todo mal, criticar y quejarse por todo. Pueden llegar a responder de formas agresivas, con lágrimas, y hasta sentir culpa, vergüenza y dolor. El resto de la familia debe comprender que esta ira y todo lo que ella provoca, no es algo personal

contra ningún miembro de la familia. En esta etapa, se reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, los padres pueden resultar difíciles de cuidar para enfermería debido a sus sentimientos.

Luego de la ira, afloran otros sentimientos como la tristeza, el pánico, el dolor y la soledad. Pero, sobre todo, uno puede estar enfadado por encontrarse en una situación que no esperaba, merecía ni deseaba. También se puede sentir culpa, que es ira vuelta hacia uno mismo. La ira afirma que se puede sentir, que se ha amado y que se ha perdido. La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Se debe estar dispuestos a sentirla, aunque pueda parecer infinita. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

La tercera etapa del proceso de duelo es la negociación. Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la familia, el personal de salud y/o con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la vivencia.

La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Permite creer que se puede restaurar el orden en el caos que rodea. (Kübler-Ross & Kessler, 2017). Esta etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda de alguna forma posponer o retrasar la muerte.

Muchas veces el personal de enfermería puede observar, tanto a los pacientes como a su familia, realizar negociaciones en voz alta, muchas de ellas son relacionadas a Dios. En el caso de los padres de un neonato, se puede presenciar como las negociaciones son previas al fallecimiento de su hijo, no porque no existan luego del mismo, sino porque es más frecuente evidenciarlas antes de la pérdida.

Cuando se atraviesa la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Lamentablemente, la mente siempre llega a la misma conclusión: la trágica realidad es que el ser querido se ha ido realmente. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

La cuarta etapa es la depresión. La misma se centra en el presente. Aparece la sensación de vacío y el duelo entra en la vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que se imagina. Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

La depresión es un estado temporal que prepara para la aceptación de la realidad. Muchas veces se ve a las personas atravesar la depresión durante el duelo y se cree

que es algo negativo y que se debe ayudarlo a “sanar” o salir de ella. Sin embargo, no se debe hacer sentir a la persona que no tiene que pasar por el dolor, porque esto puede llevarla a que no atraviese el duelo como corresponde, desembocando en duelos más patológicos.

La persona debe expresar su dolor, se debe permitirselo, ya que de esta forma le será más fácil la aceptación final. En esta etapa se requiere de mucha comunicación verbal y apoyo, simplemente permaneciendo en silencio a su lado.

Se debe comprender que la pérdida de un ser querido es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido tras perder a un ser querido. Cuando el alma toma plena conciencia de la pérdida, cuando al darse cuenta de que un ser querido no logró recuperarse y no va a volver, es normal deprimirse. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. La depresión normal es la tristeza que sentimos en determinados momentos de la vida. Y el tratamiento frente a la misma es un acto de equilibrio, se debe aceptar la tristeza como un paso apropiado y natural de la pérdida. Por muy difícil que sea de aceptar, la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. La misma obliga a ir más lentos y permite evaluar de forma real la pérdida. Obliga a reconstruirnos de nuevo. Limpia el camino para crecer. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

La última etapa del proceso de duelo es la aceptación. Esta aceptación suele confundirse con la noción de que uno se siente o está bien, que se acepta la pérdida. Pero no es eso. En esta etapa a lo que se llega es a aceptar la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente y que esa realidad es permanente. No se está nunca de acuerdo con ella, pero al final la se acepta. Se aprende a vivir con ella.

En esta etapa la esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo ese dolor tenga sentido. Da lugar a la curación. La curación se refleja en las acciones de recordar; recomponerse y reorganizarse. Se debe comenzar a intentar vivir en un mundo en el que falta el ser querido. De una extraña forma, a medida que se avanza en el duelo, la curación acerca a la persona que amábamos. Se aprende quiénes somos y quién era nuestro ser querido. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

Nunca se podrá reemplazar lo que se ha ido, pero en lugar de negar los sentimientos, se debe escuchar las necesidades, se debe cambiar, evolucionar. Se debe empezar a vivir de nuevo, pero no se hará hasta que no se haya dedicado tiempo al duelo. (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

A pesar de esto, se cree que la muerte de un recién nacido, al carecer de tiempo suficiente para convivir con él y de establecer lazos de unión, produce menos dolor ante la pérdida del mismo. Es importante entender que el vínculo afectivo entre madre e hijo se empieza a construir desde el embarazo. Si se busca una definición más teórica de qué es un vínculo se puede mencionar la siguiente que lo define como: *“una estructura interaccional compleja, que incluye dos sujetos, su mutua interrelación efectivizada en procesos de comunicación y aprendizaje. Se funda motivacionalmente en las necesidades de los sujetos y se desarrolla en dos dimensiones en relación dialéctica: la intersubjetiva y la intrasubjetiva. El vínculo se genera a partir de las experiencias sociales que van a ser constitutivas del sujeto.”* (Ramírez & Cátedra de Psicología). En palabras más simples es la interacción entre dos personas. En este caso, se crea un vínculo con el nuevo ser y se planifica a futuro con él.

Las madres, y los padres, proyectan sueños, tienen deseos y necesidades psicológicas maternas que comienzan a formarse en esa relación. Cuando un hijo/a muere, también mueren todos esos sueños, ilusiones y expectativas generadas por esos padres. Es debido a esto que el personal de salud, tiene que comprender que, la familia del neonato, en este caso sus padres, comenzarán a atravesar las etapas del duelo, lo harán de diferente manera y a su tiempo. Pero lo importante es que se los ayude a transitar el proceso de duelo normal a esos padres, desde un lugar profesional, sin que el mismo acontecimiento afecte al personal de salud.

El período normal de la resolución del duelo en una madre por su recién nacido que fallece, requiere de un tiempo distinto para cada persona, a veces de hasta un año o dos. Los padres pueden sentirse algo aislados y solos durante el duelo de su hijo, debido a que se espera que sean más fuertes y den apoyo a la mujer. Pero, igualmente, ellos requieren de atención y apoyo.

Sin embargo, todo este proceso de la pérdida de un neonato no sólo afecta a los padres del mismo, sino que también puede afectar de forma negativa al equipo enfermero. No se debe de olvidar que, el equipo enfermero de cualquier hospital está conformado por seres humanos, y, muchos de ellos son madres y padres. Muchas veces,

debido a la falta de preparación que poseen los enfermeros en cuanto a cómo afrontar la muerte, son afectados emocionalmente por la muerte de un paciente, ya que proyectan en él a algún miembro de su familia o simplemente sienten que no pueden afrontar la situación por la falta de herramientas psicológicas. Esas situaciones pueden llevar al personal a emplear diferentes mecanismos de defensa o, simplemente, a cambiar su conducta frente a brindar cuidados a los pacientes y su familia.

Comprender la conducta del ser humano es una tarea difícil que debe ser analizada de forma compleja, principalmente desde la psicología. Pero para el presente estudio, se cree conveniente abordarlo desde una perspectiva más general. Como bien se conoce, existen muchas definiciones sobre qué es conducta. A continuación, se detallarán las que se creen más relativas al tema.

Según Pichón Rivière la conducta es *“el conjunto de operaciones materiales y simbólicas por las que un sujeto en situación tiende a resolver sus contradicciones internas en una relación de permanente intercambio, permanente modificación con el contexto. Forma parte de la conducta, tanto un pensamiento, como una fantasía, un sueño, una contracción muscular o una reacción visceral. El sujeto está presente en toda conducta.”* (Pichón Rivière & Prof. Guerrina, 2006).

Por otro lado, Bleger analiza la conducta desde una forma más compleja. Plantea que el término se refiere al conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados, lo cual implica la consigna metodológica de atenerse a los hechos tal cual ellos se dan. Desde el estudio del ser humano, el término se aplica a las reacciones o manifestaciones. La conducta, aplicada a las manifestaciones del individuo, tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos serían realmente los fenómenos más importantes, dado que originan la conducta. Todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente. *“El cuerpo es solamente un instrumento o un vehículo del que se vale la mente (alma) para manifestarse.”* (Bleger, 1963). Si se analiza de una forma más simple, la conducta está determinada por la propia mente.

Otro autor que define a la conducta es Lagache, quién la define como *“el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y/o mentales) por las cuales un*

*organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.”* (Lagache, 1963).

La muerte, como ya se ha mencionado anteriormente, puede llevar al personal enfermero a cambiar su conducta debido a que no posee las herramientas para afrontar la situación. Muchas veces esto se debe a la falta de formación, conocimiento y recursos, que hace que el personal de salud tienda en ocasiones a mostrarse frío y/o distante frente al paciente y su familia. Por otro lado, se debe aclarar que la conducta es la manifestación de las actitudes.

Según Serge Moscovici, una actitud *“es una disposición interna del individuo respecto a un objeto; si bien existen disposiciones temporales, específicas de situaciones particulares, este término se reserva a un estado relativamente estable de una situación a otra; una actitud es adquirida; una actitud tiene algo que ver con todo lo que evoca el objeto: afectos, juicios, intenciones de acción y acciones.”* (Moscovici, 1991).

Las actitudes poseen tres elementos fundamentales: un componente afectivo, un componente cognitivo y un componente conativo. El componente afectivo son sentimientos favorables o desfavorables. El componente cognitivo son los juicios, las creencias, los conocimientos. Y, por último, el componente conativo es la manifestación de la actitud en una conducta. (Carretero, Solcoff, & Valdez, 2008). En base a esto, se puede determinar que, los enfermeros desarrollan diferentes actitudes, las cuales son manifestadas en su conducta, debido a los sentimientos que le genera la muerte y las creencias y conocimientos que poseen de la misma. Es por esto que, al no poseer una correcta formación en todo aquello relacionado al proceso de morir (la muerte, como abordarla, como brindar cuidados antes y después de la pérdida, qué es el duelo, cómo acompañar al mismo, cuáles cuidados de enfermería brindar, etc.), los cuidados humanizados brindados se ven afectados. A su vez, no se debe de olvidar, que los sentimientos y las creencias relacionadas a proyectar un familiar en el paciente, también influyen en esos cuidados.

Muchas veces, frente a la muerte, las personas implementan, inconscientemente, mecanismos de defensa para afrontarlos, ya que desconocen la forma correcta de hacerlo o, simplemente, sienten que no pueden hacerlo por no poseer las herramientas.

Los mecanismos de defensa son el modo de responder ante los problemas y conflictos, con el fin de que en el ser humano se reduzcan la angustia o malestar con el

objetivo de restaurar el equilibrio psicológico del ser humano. (Núñez, Fernández Nieto, & Herrera López, 2017).

Como mecanismos de defensa se puede mencionar: la negación, la cual se designa a la tendencia a desconocer las realidades, de negar toda causa o principio de placer; la proyección, la que consiste en poner fronteras entre la fuente de displacer y el yo, es la incorporación de algo exterior como si perteneciera al yo; la retroproyección que es desear tener la cualidad del otro; la represión que incluye el olvido, es usado para olvidar ciertos datos y así aminorar efectos reales; la anulación es el mecanismo que anula al yo, es decir, por ejemplo si poseo baja autoestima se anula el ámbito social; el aislamiento está condicionado por no haber olvidado algún trauma y se pierde la relación del mismo con las emociones; la regresión está relacionada con conflictos anteriores que el ser humano no puede afrontar; el desplazamiento es el impulso hacia una persona, situación u objeto; la racionalización es el mecanismo que intenta buscar explicación a todo lo que sucede y, por último, el humor que es una defensa inconsciente y consciente que permite tolerar mejor la conciencia. (Núñez, Fernández Nieto, & Herrera López, 2017).

Por lo general, muchos de estos mecanismos no llegan a presentarse y/o manifestarse en el equipo enfermero. Se puede concluir que el más común es el humor. Este último puede resultar extraño y hasta poco común, debido a que sea utilizada la risa como un mecanismo.

Todo este conjunto de mecanismos de defensa, actitudes y conductas pueden llegar a afectar dos cosas en el equipo enfermero: por un lado, el vínculo que desarrolla el mismo con el paciente y la familia, por el otro, pueden afectar de forma negativa a los cuidados humanizados brindados.

Retomando la definición de vínculo, ya desarrollada en el presente estudio, se pretende ampliar la misma incorporando que, un vínculo es la resultante de procesos de interacción en un tiempo y espacios compartidos, en el que se comparte un objetivo-tarea, a través de procesos de comunicación y aprendizaje. (Ps. Novoa & Guerrina, 2006).

Como se mencionó anteriormente, el vínculo enfermero-paciente se puede ver afectado junto con algunos de sus elementos, los cuáles son esenciales para establecer y desarrollar dicho vínculo. Entre ellos se pueden encontrar: la capacidad de apego, la cual es la capacidad para establecer sentimientos de confianza y seguridad, entre ellos

los elementos claves son el tacto, el contacto suave, la mirada, la sonrisa y la voz; la capacidad de empatía, es el conocimiento del otro, comprender sus sentimientos en una determinada situación, ver desde su punto de vista; capacidad de descentramiento, es poder realizar una disociación instrumental, supone reconocer los propios temores, las propias necesidades para resolverlas en un tiempo diferido, para sí poder ser objetivos y respetar las necesidades del otro y sus tiempos; capacidad de continencia, implica poder ser depositario operativo de las ansiedades del paciente, interpretar y devolverlo en una acción; la distancia óptima, es la distancia que permite seguir desempeñando el rol instrumental; actitud de apertura, a lo nuevo, la búsqueda de lo singular, es lo opuesto al prejuicio y a la generalización; por último, el pensamiento dialéctico, el cual es interpretar los hechos y fenómenos como procesos de movimiento y cambio, es ser capaz de reconocer estos procesos, y a los cambios, como producto de la lucha entre aspectos contradictorios. (Ps. Novoa & Guerrina, 2006).

Cuando el vínculo y sus elementos se ven afectados, no se puede establecer una correcta relación enfermero – paciente, lo que también lleva a que no sea posible brindar cuidados humanizados.

En el caso de este estudio de investigación, si la muerte neonatal afecta de forma negativa al personal enfermero del servicio de neonatología, los mismos no podrán desarrollar ningún vínculo con esos padres del neonato fallecido. El equipo enfermero, o algunos de ellos, implementarán actitudes, conductas y mecanismos de defensa para intentar, por sus propios medios, evadir y/o atenuar esa situación que es la muerte y su duelo.

En la actualidad, es una necesidad humanizar los cuidados de enfermería. Día a día, el mismo se convierte en una filosofía de vida que se aplica a la práctica profesional de enfermería.

El cuidado es la esencia de enfermería, estos deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia, etc. (Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

El cuidado humanizado puede definirse como: “una actividad que requiere de un valor personal y profesional, encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera – paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico,

filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes. (Guerrero Ramirez, Meneses - La Riva, & De la cruz - Ruiz, 2016).

Como plantea Jane Watson, el cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero, es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica. (Guerrero Ramirez, Meneses - La Riva, & De la cruz - Ruiz, 2016).

Es por esto que los profesionales de enfermería necesitan identificar, evaluar e implementar el cuidado humanizado que se le brinda a los pacientes, basados en la teoría de Jane Watson que se sustenta, a su vez, en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado de enfermería.

La teoría de Jane Watson, “Teoría del cuidado humano”, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermero, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera, elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado. (Guerrero Ramirez, Meneses - La Riva, & De la cruz - Ruiz, 2016).

Es por esto que, el presente proyecto de investigación, se funda en la teoría del cuidado transpersonal de Jane Watson. Es decir, que se considera que los cuidados humanizados brindados por enfermería, son necesarios para acompañar y apoyar a los padres del neonato durante el fallecimiento de su hijo y el duelo del mismo. Pero, como se mencionó ya anteriormente, los mismos pueden ser afectados, y, a su vez, cambiaría la percepción que tienen los padres sobre los cuidados recibidos por parte del equipo enfermero.

Se cree conveniente detallar las seis dimensiones que plantea Watson frente al Cuidado Humano Transpersonal. En primer lugar, la autora plantea satisfacer las necesidades, las mismas se encuentran estratificadas y el brindar cuidados es, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico porque abarca los diferentes estratos de necesidades. Otro de los supuestos se basa en las

habilidades y técnicas de la enfermera, el cual es sustentado por la sistematización de la asistencia o el proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.

A su vez, la relación enfermera-paciente, la cual está integrada por la comunicación que representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo que permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado al respecto de su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de la realidad y con el apego a la verdad.

Desde el punto del autocuidado de la profesión, el cual es la esencia de la enfermería, comprende las acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. El cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades, a mejorar o recuperar la salud.

Los aspectos espirituales del cuidado enfermero, plantean que en esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en proceso de muerte.

Por último, los aspectos éticos del cuidado, plantean que la ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos de la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores. (Guerrero Ramirez, Meneses - La Riva, & De la cruz - Ruiz, Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jane Watson, 2016). Ante lo fundamentado anteriormente se puede concluir que el cuidado humanizado debe estar relacionado con una filosofía de vida del quehacer enfermero, que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de los cuidados que brinda en cualquier área de salud.

Por otro lado, para el abordaje de este proyecto de investigación, se utilizará los 10 factores de cuidados planteados por Jane Watson. (Jesse, 2011) Los mismos son:

- 1- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores: el cual plantea que los valores humanísticos y altruistas se aprenden. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

2- Inculcación de la fe-esperanza: este factor incorpora valores humanísticos y altruistas, facilitan la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo hacia los pacientes. También incluye el papel de la enfermera como promotora del bienestar, ayudando al paciente a que adopte conductas que buscan la salud.

3- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: esta relación entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante del médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

7- Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado,

determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.

8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, las creencias socioculturales de un individuo. En las variables externas se incluyen la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios.

9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente.

10- Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas: la fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a las personas a comprender los fen3menos en cuesti3n. (Jesse, 2011).

Por 3ltimo, se detallar3n los cuidados y/o intervenciones de enfermería, las cuales se consideran indicadas para el abordaje del neonato y sus padres, tanto al momento del fallecimiento como en el proceso de duelo.

Las intervenciones ante la inminencia de muerte de un reci3n nacido incluyen las siguientes acciones, que permitir3n formar y mantener la identidad del neonato.

- Usar el nombre del beb3 cuando nos referimos a 3l.
- Usar tarjeta identificatoria con los datos del neonato (fecha de nacimiento, hora y peso), y los maternos-paternos (nombre y n3meros de tel3fonos), en la unidad del paciente.
- Facilitar el contacto con los padres siempre que sea posible.
- Identificar característic3s propias del reci3n nacido y compartirlas con los padres. Referir lo que le gusta y le disgusta a su hijo, describiendo su personalidad.
- Permitir personalizar la incubadora/sitio del beb3 con un juguete lavable, un dibujo de los hermanos o una foto de la familia.
- Brindarles a los padres la posibilidad de sacarse fotos con su hijo, si lo desean.
- Favorecer las visitas de la familia (que se incluya una visita semanal de abuelos y hermanos en la UCIN) y los horarios flexibles.
- Enviarles a los hermanos un papel con las huellas/contornos de pies/manos del beb3.

- Dejar siempre en la unidad una muda de ropa del neonato.

Un objetivo primordial es procurar una buena comunicación entre los padres y el equipo de salud. El momento de informar, ya sea el agravamiento o el fallecimiento de un paciente, requiere de una comunicación clara, precisa y con empatía entre el equipo de salud y los padres. Por lo que es necesario:

- Dar la información a los padres acerca de la gravedad del recién nacido por el médico y en compañía del enfermero a cargo del paciente, presentándose siempre con el nombre y el cargo.
- Disponer de tiempo.
- Realizar el encuentro en un lugar privado, en lo posible una oficina sin otras personas y sin que sean interrumpidos, ya que para los padres puede ser difícil entender o asumir una mala noticia.
- Permitir a los padres el acompañamiento de otros familiares cercanos, si ellos lo consideran necesario, mientras se les da esta información.
- Comunicar en detalle de manera simple y clara, el estado de salud o fallecimiento del paciente, para lo cual se debe repetir la información las veces que sea necesaria para que ésta sea bien comprendida.
- Hablar con ambos padres equitativamente.
- Mientras se da la información mirar a los ojos, no cruzarse de brazos, no discutir y mantener la calma.
- Mostrar empatía y comprensión.
- Establecer contacto físico si es necesario a través de un abrazo o dando la mano.
- Expresar ante los padres nuestro pesar.
- Realizar una escucha activa que permita a los padres expresar su dolor.
- Luego de informar esperar la reacción y expresión de dolor y las preguntas que puedan surgir.
- Consultar si desean realizar algún ritual religioso y/o cultural.
- Ofrecer contención psicológica si es necesario.

Con respecto a las intervenciones durante y después de la muerte:

- Facilitar un espacio físico íntimo y privado para los padres y los familiares, que sea poco transitado. Por la infraestructura del Servicio de Neonatología se podría permitir la colocación de un biombo.

- Ofrecer distintas alternativas dejando que la familia decida. Darles a elegir. Comentarles que si se arrepienten de alguna decisión no hay inconvenientes. No juzgar.
- Facilitar la expresión emocional y favorecer una adecuada elaboración del duelo.
  - Respetar la relación neonato-familia, antes que la relación paciente-hospital, no limitando el tiempo de permanencia de los padres con su hijo.
- Promover el contacto de los padres durante el fallecimiento para una mejor elaboración del duelo; no debemos olvidar que ellos tienen derecho a decidir si quieren estar presente durante el fallecimiento, para lo cual debemos ser flexibles y no limitar el tiempo para que los padres puedan estar con el hijo.
- Permitir la compañía de familiares cercanos si ellos lo desean ya que para los abuelos y otros familiares también es una pérdida.
- Permitir la intimidad de los padres y de los familiares para facilitar la despedida y el duelo.
- Permitir a la familia ampliada y a los padres tener contacto con su hijo y tenerlo en brazos. No limitar este tiempo siempre que sea posible.
- Dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos; se permitirá el ingreso de un sacerdote y/o pastor según lo requieran.
- Ofrecer la posibilidad de obtener y conservar objetos relacionados con el recién nacido, para favorecer una adecuada elaboración del duelo como: libreta de salud, pulsera de identificación, tarjeta identificatoria en la internación de Neonatología, ropas y objetos personales, fotografías, huellas de manos y pies y/o un mechón de cabello. Si ellos no desean retirar los objetos de su bebé informar que los mismos quedarán guardados en el Servicio de Neonatología.
- Proporcionar cuidados postmortem adecuados con mucho respeto.
- Realizar los cuidados postmortem junto a los padres en su presencia y permitir que ellos lo vean si lo desean.
- Realizar la identificación del cuerpo consignando apellido, nombre, peso, fecha y hora del deceso, en una pulsera o brazaletes destinados a tal fin, según la normativa de la institución.

- Retirar el cuerpo de forma apropiada, procurando que sea envuelto en una manta. Evitar el uso de cajas cerradas en esta instancia, mientras se encuentre en presencia de los padres.
- Permitirles en todo momento expresar el dolor.
- Si la madre recibió anestesia general y está sedada cuando el bebé fallece, esperar a que la madre esté despierta y pueda interactuar con el bebé fallecido.
- Si no estuvieran los padres, esperar a que lleguen ellos o algún familiar, antes de llevar el recién nacido a la morgue.
- Si los padres/familia han estado ausentes durante la muerte, guardarles objetos del recién nacido, asegurarles que no tuvo dolor y relatarles cómo se acompañó al bebé durante su fallecimiento.

Las intervenciones para una madre que ha perdido a su hijo, consisten en:

- Brindar y continuar con la atención médica y los cuidados de enfermería a la madre en el puerperio.
- Ofrecer atención y contención psicológica si lo desea.
- Proporcionar una habitación individual que le permita sobrellevar el dolor, pueda estar acompañada de algún familiar y en lo posible lejos de las habitaciones donde se encuentren neonatos sanos.
- No obstaculizar la expresión emocional de la madre, permitirle experimentar y vivenciar la pérdida de su hijo y el duelo del mismo. Evitar el uso de sedantes.
- Realizar inhibición farmacológica de la lactancia, si ella lo desea.
- Sugerir el uso de vendas o fajas sobre las mamas.
- Informar y sugerir la consulta a los consultorios de lactancia del hospital si fuese necesario.
- Permitir el alta precoz si el estado de salud de la madre lo permite.
- Acompañar y asesorar en el proceso de trámites con una óptima información.
- Es importante tener en el servicio un resumen escrito con todas las instrucciones claramente señaladas de los trámites a seguir después del fallecimiento, ya que

los padres pueden olvidar completamente las instrucciones verbales que se les han dado sobre estos trámites.

- Entregar a la familia el certificado de defunción y la hoja de egreso del paciente fallecido según las normativas de cada servicio.
- Realizar un seguimiento de los padres en duelo. Las respuestas de los padres después de la pérdida de un hijo son diferentes. Es frecuente que los padres refieran sensación de “enloquecer”, sensación de culpa, sueños con el hijo, sensación de brazos vacíos, escuchar el llanto del niño, sentimiento de aislamiento y de soledad, acompañados de pensamientos suicidas. Las etapas no se suceden en algún orden, sino que varían entre una y otra persona y después de vivir una experiencia semejante, con frecuencia experimentarán reacciones emocionales y cambios durante los siguientes meses y años. Un apoyo de compasión y empatía será crucial para sobrellevar el dolor de la pérdida de un hijo.
- Informar a la madre/familia acerca de la existencia de algún grupo de padres que han perdido un hijo.
- Realizar llamadas de condolencia a la familia, la primera durante la segunda semana después de la muerte y la segunda llamada al mes y medio de la muerte. El objetivo de estas llamadas es expresar nuestro pesar por la muerte, nuestra preocupación por la familia y establecer nuestra disposición a ayudarlos en lo que consideren necesario. Si no podemos contactarnos con los padres, se sugiere llamar a algún miembro de la familia ampliada. Las llamadas pueden ser realizadas por el médico(a)/ enfermero(a) elegido por la familia, por el grado de confianza establecido y consignados en la hoja de egreso del paciente fallecido. Se creará una carpeta de seguimiento de duelo, donde quedará una copia de la hoja de egreso del paciente fallecido, y donde el médico(a)/ enfermero(a) que realice la llamada la consigne, así como también alguna observación relevante que haya surgido de la misma.
- Si el paciente fallecido había sido derivado de otra institución, se sugiere que el médico neonatólogo de cabecera informe telefónicamente al equipo de cabecera de la madre acerca de la ocurrencia de la muerte del neonato.

- Si hubiesen quedado resultados de análisis sin informar, se sugiere que el médico neonatólogo de cabecera recolecte los resultados de los estudios e interconsultas pendientes del paciente fallecido y si lo considera necesario/ relevante los informe a los padres y/o al equipo de cabecera de la madre. (Bautista, 2013).

Frases sugeridas para usar durante el proceso de duelo:

- Siento mucho lo que les ha pasado.
- No me molesta que lloren.
- La verdad es que no sé muy bien qué decirles.
- Quiero acompañarlos en este momento.
- ¿Qué necesitan en este momento?
- ¿Quieren que me comunique con algún amigo o familiar?

Aunque estas frases parezcan que no son suficiente, muchas veces, resultan muy necesarias cuando no se sabe qué decir, y en esos momentos, los padres requerirán escuchar algo para sentirse apoyados o, simplemente, no sentirse solos.

Para concluir con este apartado teórico, se debe tener en cuenta que la muerte de un hijo/a es un acontecimiento muy difícil de comprender y aceptar. La falta de formación, recursos y conocimientos, junto con la falta de herramientas para saber manejar las habilidades emocionales y así afrontar la situación, lleva al personal enfermero a desarrollar actitudes y opiniones que influyen en los cuidados humanizados de enfermería que brindan a los pacientes y a su familia. Los padres presentan diferentes emociones debido a lo que ocasiona en ellos la pérdida de su hijo, sentimientos como negación, tristeza, enojo, agresividad, culpa, y hasta aceptación. Es por esto, que se considera de suma importancia que el personal de enfermería posea el conocimiento y la formación para poder abordar esta problemática, brindar cuidados humanizados durante el proceso de pérdida y el duelo.

## **Material y métodos.**

### **Tipo de estudio:**

El presente proyecto de investigación tiene un abordaje metodológico cuantitativo no experimental, ya que se estudiarán las variables tales como se presentan en la realidad, es decir, no serán manipuladas, sino que serán observadas. A su vez, es un estudio de tipo analítico debido a que, se pretende comprobar la hipótesis planteada y la relación causal entre variables del problema de investigación. En cuanto a la secuencia de estudio, es decir, a la cantidad de mediciones que se deben realizar, el estudio es de tipo transversal, ya que otorga la posibilidad de medir simultáneamente las variables y estas serán estudiadas en un determinado momento.

Por último, es un estudio prospectivo debido a que, la información y datos se registrarán a medida que ocurren los hechos, es decir, no es información obtenida de historias clínicas, sino que ocurre en un tiempo y lugar determinado.

### **Sitio y contexto:**

El sitio y contexto elegido para este proyecto de investigación será la sala de neonatología (o unidad de cuidados intensivos neonatales) de un hospital público de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario.

Los criterios de elegibilidad en este caso son, principalmente, que en el sitio elegido se encuentran las variables planteadas en el problema de investigación y, a su vez, la población elegida. Por otro lado, debido al conocimiento previo de dicha sala de neonatología, junto a una de sus características fundamentales del servicio; el horario de visita materno/paterno irrestricto, es decir, que los padres pueden estar y/o visitar en todo momento a su hijo o hija, lo que lleva también a que pueda propiciarse el contacto frecuente con el equipo de enfermería. A su vez, es una sala relativamente pequeña, lo que la hace accesible a que se presente el contacto entre padres y enfermeros. Y, por último, debido a que el problema planteado ha sido detectado con frecuencia en el servicio mencionado.

Cabe mencionar que, la guía de convalidación de dicho sitio solamente se aplicó en el servicio elegido para el proyecto de investigación. Dicha guía o instrumento es el control de validez interna del sitio o contexto en estudio, la cual se encuentra en el Anexo I.

### Población y muestra:

Las unidades de análisis de este estudio serán, por un lado, cada uno de los enfermeros del servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, tomando el total de ellos (15 enfermeros), y, por el otro lado, cada uno de los padres de aquellos neonatos fallecidos en el momento en que se realizar dicha investigación, tomando como máximo un total de 15 padres.

Los criterios de inclusión/exclusión de los enfermeros son: que sean aquellos que estén presentes en el momento del fallecimiento y durante el duelo neonatal de los padres, es decir, que sean los que hayan brindado cuidados de enfermería a los padres del neonato postmortem. Serán excluidos aquellos enfermeros que tuvieron muertes infantiles dentro de su familia.

Con respecto a los criterios de inclusión/exclusión de los padres; deben ser aquellos que han perdido hijos neonatos al momento de la realización de dicho estudio, excluyéndose a aquellos padres con trastornos psiquiátricos o de maduración.

En este estudio se considera que los padres, son un muestreo de tipo “no probabilístico” debido a que, no se pretende buscar la generalización en términos de probabilidad y, además, porque serán elegidos en la sala de neonatología. El proceso de selección está orientado por las características de la investigación. Es decir, se seleccionan casos sin intentar que sean estadísticamente representativos de una población determinada.

### Instrumentos y técnicas de recolección de datos:

Para la recolección de datos, en función de las variables en estudio, las características de la población abordada y el contexto de estudio, se procederá primeramente a solicitar la autorización a la Dirección del Hospital y de la Jefa del Servicio de Neonatología, y, por consiguiente, la obtención del consentimiento informado del personal enfermero y de los padres de los neonatos.

Se aplicará un cuestionario de preguntas cerradas para obtener los datos relacionados a las variables “sexo” y “antigüedad” del equipo enfermero, el cual se encuentra al principio de un instrumento confeccionado específicamente para este estudio de investigación. Este último, es un instrumento realizado para abordar la variable “Actitudes y opiniones del enfermero frente a la muerte neonatal”. Por otro lado, se aplicará otro instrumento para la medición de la variable “Percepción de los cuidados humanizados por parte de los padres del neonato”, este último corresponde al

instrumento: “Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados” de Jane Watson.

Los cuestionarios, anteriormente mencionados, son de preguntas cerradas de tipo dicotómicas, es decir, con respuestas de dos opciones en este caso (opciones de respuesta: sí o no).

#### Operacionalización de variables:

Una de las variables en estudio en este proyecto de investigación corresponde a: *“Percepción de los cuidados humanizados por parte de los padres del neonato”*. El cuidado humanizado basado en valores, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual del paciente (Guerrero Ramirez, Meneses La Riva, & De la Cruz Ruiz, Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, 2016)

Esta variable corresponde a una variable cualitativa compleja, cuya función es dependiente y la escala de medición de la misma es de tipo nominal.

Para la medición de esta variable se utiliza el instrumento “Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados” de Jane Watson. Con dicho instrumento lo que se intenta es determinar la percepción de esos padres, que han perdido a su hijo o hija, frente a los cuidados humanizados que brinda el equipo enfermero. Determinar el momento en el cual se realizará la encuesta a los padres, puede no resultar fácil, debido a todo lo que conlleva la pérdida de su hijo/a y el comienzo del proceso del duelo. Pero, a pesar de esto, se intentará realizar la encuesta luego de unas horas del fallecimiento del neonato, dándoles a esos padres su espacio para así poder asimilar el hecho. En el instrumento se aclarará a los padres la confidencialidad y que la encuesta es de carácter anónimo. Se estimará un total de seis meses para la recolección de todas las respuestas a los padres.

Este instrumento contiene un total de 36 preguntas cerradas de tipo dicotómicas, cuyas respuestas se basan en “sí” o “no”. Cada respuesta “sí” equivale a 1 punto y cada respuesta “no” equivale a 0 puntos.

#### Dimensión 1: “Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas”.

##### *Indicadores:*

- Recibe un trato amable por parte de la enfermera.
- Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.
- Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí misma.
- Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo propio que las distingue

de otras.

Dimensión 2: “Instalación de fe y esperanza”.

*Indicadores:*

- La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.
- Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe.
- Siente que la enfermera al cuidarlo le transfiere esperanza (formas de sentirse mejor).

Dimensión 3: “Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás”.

*Indicadores:*

- Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.
- Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud.
- La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.
- Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.
- Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.
- La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.

Dimensión 4: “Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.”

*Indicadores:*

- Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.
- Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.
- La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.

Dimensión 5: “Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.”

*Indicadores:*

- La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.
- La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones.

- Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.

- Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa.

Dimensión 6: “Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.”

*Indicadores:*

- Siente que el cuidado integrado por la enfermera es organizada y basada en conocimientos.

- Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.

- Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a los entregados a las demás personas.

Dimensión 7: “Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.”

*Indicadores:*

- Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.

- Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.

- Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.

- Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.

Dimensión 8: “Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.”

*Indicadores:*

- Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.

- Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.

- Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo.

Dimensión 9: “Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.”

*Indicadores:*

- Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.

- Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.

- Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.

Dimensión 10: “Aceptación de fuerzas existenciales – fenomenológicas.”

*Indicadores:*

- La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.
- Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.
- La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.

Otra de las variables en estudio es el “sexo” del personal enfermero. Esta última corresponde a una variable cualitativa simple, de tipo independiente y de medición nominal.

Variable: “Sexo del personal enfermero”.

*Indicadores:*

- Femenino
- Masculino

Por otro lado, la variable “antigüedad” del equipo enfermero, es una variable cualitativa simple, de tipo independiente con escala de medición de razón. Se obtendrá primeramente como dato, la cantidad de años según referencia de los enfermeros, y luego, los mismos serán agrupados en intervalos. Esta variable es de escala de medición de razón debido a que se intentará analizar los diferentes rangos de años de antigüedad en el servicio ya mencionado. Luego se agruparán los datos a través de intervalos. A su vez, el análisis de esta variable estará incluido dentro del cuestionario que se realizará a los enfermeros del servicio.

Variable: “Antigüedad del equipo enfermero.”

*Indicadores:*

- Menos de un año
- Entre uno y tres años
- Entre tres y cinco años
- Entre cinco y diez años
- Más de diez años.

Por último, se realizará la operacionalización de la variable “*Actitudes y opiniones del enfermero frente a la muerte neonatal.*” Según Allport; la actitud es “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (Ubillós , Mayordomo, & Páez). Según Platón; “la opinión implica siempre una actitud

personal ante los fenómenos o sucesos y se puede definir como la postura que mantiene un individuo respecto a hechos sucedidos en el mundo real.” (Sopena Palomar).

Dicha variable corresponde a una variable cualitativa compleja, de tipo independiente, con escala de medición nominal. Para la recolección de los datos de esta variable se utilizará un instrumento el cuál fue confeccionado para este proyecto de investigación. El mismo cuenta con 32 preguntas cerradas de carácter dicotómicas (con su tipo de respuesta “sí” o “no”). Este cuestionario es seleccionado en base a que, se pretende obtener datos de manera generalizada, por lo que se utilizarán las preguntas cerradas, en dónde las opciones de respuestas han sido previamente delimitadas. (Hernández Sampieri , Recolección de datos cuantitativos, 2014).

La encuesta será entregada al personal enfermero, aclarando en ella su confidencialidad y que la misma es de carácter anónimo, y que podrán realizarla entre un período de 2 semanas, luego entregándosela a la jefa de enfermería del servicio.

Variable: *“Actitudes y opiniones del enfermero frente a la muerte neonatal”.*

Dimensión 1: *“Actitudes”.*

*Indicadores:*

- Considera que brinda cuidados humanizados a los padres luego de la muerte del neonato.
- Los cuidados que brinda son por protocolo y a todos por igual.
- Brinda cuidados individuales en cada caso.
- Escucha a los padres durante el duelo.
- Se siente preparado para afrontar la muerte y el proceso de morir.
- Entiende sus miedos relacionados con la muerte.
- Puede expresar sus miedos respecto a la muerte.
- Puede hablar de la muerte con sus colegas.
- Puede ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.
- Vivencia la muerte del paciente como un fracaso emocional.
- No puede evitar pensar en su familia ante un paciente que va a morir.
- No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en su servicio.
- Prefiere realmente no pensar en la muerte.
- Cuando asiste a un paciente terminal ha pensado en su muerte.
- Lo conmueve enfrentarse a la familia de un paciente fallecido.

- Encuentra difícil encarar la muerte.
- Se siente más confiado y seguro a la petición de asistir a un paciente proveniente de sus familiares.

### Dimensión 2: "Opiniones"

#### *Indicadores:*

- Se siente abrumado emocionalmente cuando desarrolla la labor enfermera.
- Cree que no es la persona indicada para brindarle apoyo a los padres del neonato durante el duelo.
- La muerte neonatal le genera tristeza y/o enojo.
- Se siente impotente en esa situación.
- Siente que comparte la pena con los padres.
- Siente que le es imposible asegurar un apoyo continuo en la atención durante el duelo.
- Cree que requiere más capacitación en cuidados humanizados durante el duelo neonatal.
- Siente que no puede manejar la situación.
- Considera que les brinda a los padres apoyo emocional.
- Cree que posee recursos limitados por parte de la institución para brindar cuidados humanizados a los padres durante el duelo.
- Siente que pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.
- Tiene una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.
- Siente que pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.
- El contacto frecuente con la muerte lo ha hecho verla como algo natural.
- Siente que hay momentos en donde la muerte puede ser un alivio.

### Prueba piloto.

Para la realización de la prueba piloto se seleccionaron tres enfermeros correspondientes al servicio de neonatología, pero que actualmente no se encuentran realizando tareas asistenciales. Entre estos se incluyen: la jefa de enfermería del servicio, la subjefa y una enfermera que se encuentra realizando tareas especiales.

Por otro lado, para la realización de la prueba piloto sobre los padres del neonato fallecido se seleccionaron 4 padres.

Todos los participantes dieron su consentimiento y realizaron los cuestionarios, sin presentar dificultad al momento de comprender las consignas de los mismos. Los detalles de la realización de la prueba piloto se encuentran en el Anexo III.

#### Personal a cargo de la recolección de datos.

La encargada de la recolección de los datos será la misma autora del proyecto de investigación. La misma deberá entregar en mano las encuestas tanto a los enfermeros como a los padres. De no ser posible esto en algún momento, se instruirá a la jefa de enfermería del servicio, con previa autorización de la misma, a entregar y luego recolectar las encuestas, para finalmente ser entregadas en mano a la autora de este estudio. Para la instrucción de la enfermera jefa se empleará un día.

#### Plan de análisis.

La primera actividad a realizar será la recolección de datos mediante las encuestas hacia los padres del neonato y los enfermeros del servicio. Luego, se deberá realizar el agrupamiento de los mismos por variable y sus correspondientes indicadores, es decir, la tabulación de los datos.

La tabulación será realizada mediante la codificación de esos datos en computadora, es decir, brindarle a cada respuesta un valor numérico lo que permitirá el ordenamiento y análisis de los mismos. El presente estudio de investigación posee variables cualitativas, las cuales deberán ser reconstruidas mediante índices.

Las variables seleccionadas serán reconstruidas de la siguiente manera:

- *“Percepción de los cuidados humanizados por parte de los padres del neonato”*. La escala presentará un total de 36 ítems (la cantidad de preguntas que posee la encuesta). El puntaje máximo es de 36 y el mínimo es de 0 puntos. A las respuestas “SI” se les asignará el valor 1 y a las respuestas “NO” el valor de cero. Dependiendo de la suma de los valores, los resultados serán clasificados de la siguiente manera: entre 0 y 10 determinará que la percepción hacia los cuidados humanizados brindados por los enfermeros es mala, entre 11 y 25 es regular, y entre 26 y 36 esa percepción es buena. Para el análisis de los resultados se consultará con un estadista, se utilizará el tipo de análisis bivariado y se presentarán los mismos en una tabla de doble entrada.
- *“Sexo del personal enfermero”*. Para el análisis de esta variable, se incluirá a la misma dentro del cuestionario que se realizará al equipo enfermero. Esta escala presenta 2 ítems (femenino y masculino). Es una escala de tipo nominal.

Cada respuesta equivale a un punto, debido a que se pretende saber la cantidad de personal enfermero dependiendo de cada sexo. Los resultados serán volcados a una tabla de doble entrada.

- *“Antigüedad del personal enfermero”*. Los datos que se obtienen de esta variable, es decir, los años que referirán los enfermeros, hace que la variable sea una variable con escala de medición de razón. Una vez obtenidos los datos, los mismos serán agrupados en diferentes intervalos para determinar rangos de antigüedad. Debido a esto último, la variable, con sus intervalos se convierte en una variable cuya escala de medición es nominal. La escala posee cinco ítems, a los cuales se les asignará el mismo valor de respuesta, es decir uno. Los resultados serán volcados en una tabla de barras adosadas.

- *“Actitudes y opiniones del enfermero frente a la muerte neonatal.”* La escala de medición de esta variable es de tipo nominal, pero al momento de construir los índices, la misma se convierte en una escala de tipo ordinal. La misma contará con 32 ítems. El valor asignado a las respuestas “SI” será de 1 punto y el valor asignado para aquellas respuestas “NO” será de 0 puntos. El puntaje máximo es de 32 y el mínimo de 0 puntos.

Los valores obtenidos entre 0 y 20 puntos corresponderán a que las actitudes y opiniones negativas frente a la muerte neonatal y, los valores entre 21 y 32 corresponden a que esas actitudes y opiniones serán de forma positiva frente a la muerte neonatal. Para el análisis de los resultados se consultará con un estadístico para poder volcar los mismos en una escala de Guttman; la cual se utiliza para medir las actitudes, en donde se otorga un valor número a las categorías de la misma, las cuales son seleccionadas por los participantes. (Hernández Sampieri , Recolección de datos cuantitativos, 2014).

### Plan de trabajo.

Cada actividad a realizar en este proyecto de investigación y su tiempo de duración serán detalladas a continuación en una tabla.

Actividad	Duración	Mes
Recolección de datos.	Recolección de datos a los enfermeros: 2 semanas Recolección de datos a los padres: 6 meses	Se realizarán entre los meses de marzo y agosto.
Análisis e interpretación de los datos.	2 meses	Se realizarán durante los meses de septiembre y octubre.
Elaboración de las conclusiones.	1 mes	Se realizarán durante el mes de noviembre.
Redacción del informe final.	1 mes	Se realizará durante el mes de diciembre.

### Cronograma:

Actividades/Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Recolección de datos	■	■	■	■	■	■					
Tabulación de los datos							■	■			
Análisis de los datos							■	■			
Elaboración de discusión y conclusiones									■		
Redacción del Informe final										■	
Difusión de los resultados											■

## **Anexos.**

## **Anexo I**

### **Guía de convalidación de sitio.**

- ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
- ¿Cuántos enfermos hay en el servicio?
- ¿Cuántos hay de cada sexo?
- ¿Cuál es la antigüedad de cada uno de ellos?
- ¿Cuántas enfermeras son madres?
- ¿La institución dispone de espacios donde el personal pueda expresar alguna inquietud?
- ¿La institución brinda alguna capacitación al personal de enfermería en cuanto a cómo abordar el duelo del paciente neonatal?
- ¿En la sala existen protocolos de actuación frente a los padres durante el duelo de sus hijos?
- Si algún enfermero presenta alguna inquietud o malestar en alguna situación durante la muerte y duelo neonatal ¿Se toma alguna medida? ¿De qué tipo?
- ¿El mobiliario de la sala es de utilidad y posee espacios adecuados para el funcionamiento de las actividades?
- ¿Existe dentro de la sala un espacio para los padres en donde puedan estar y comunicarles información? ¿Y fuera de ella?
- Si los padres presentan inquietudes ¿Se les brinda información, apoyo y contención?
- De ser así ¿En qué espacio físico reciben lo anteriormente mencionado?
- ¿Cuántas muertes neonatales ocurren por año?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que ZAMBUTO AGUSTINA  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 20 noviembre 2020

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

MARCELA BEDÚ  
Licenciada en Enfermería  
Nº 4794

Nores Rosana  
Nores, Rosana

## **Anexo II:**

### **Instrumento de recolección de datos y/o cuestionario para el personal enfermero de un servicio de neonatología de la ciudad de Rosario.**

#### **Consentimiento informado:**

Acepto a participar del siguiente cuestionario, el cual será utilizado con fines académicos y científicos en un proyecto de investigación realizado por la enfermera profesional Zambuto Agustina. DNI 39122536, colaborando a responder una serie de preguntas a través de una entrevista de carácter anónimo, que posee como finalidad analizar la relación que existe entre la percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, en relación con las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería.

La autora también me informó que en cualquier momento del estudio poseo el derecho a dejar mi participación cuando así lo desee, garantizando la confidencialidad de los datos y anonimato de toda la información brindada.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Cuestionario para el personal enfermero

Lea atentamente y marque con una cruz (X) la respuesta que usted considere correcta (si/no, femenino/masculino, la cantidad de años de antigüedad).

Sexo	Respuesta
Femenino	
Masculino	

Antigüedad en el servicio	Respuesta
Menos de un año	
Entre uno y tres años	
Entre tres y cinco años	
Entre cinco y diez años	
Más de diez años	

Pregunta	Respuesta: SI	Respuesta: NO
Considera que brinda cuidados humanizados a los padres luego de la muerte del neonato.		
Los cuidados que brinda son por protocolo y a todos por igual.		
Brinda cuidados individuales en cada caso.		
Escucha a los padres durante el duelo.		
Se siente preparado para afrontar la muerte y el proceso de morir.		
Entiende sus miedos relacionados con la muerte.		
Puede expresar sus miedos respecto a la muerte.		
Puede hablar de la muerte con sus colegas.		
Puede ayudar a la gente con sus pensamientos y		

sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.		
Vivencia la muerte del paciente como un fracaso emocional.		
No puede evitar pensar en su familia ante un paciente que va a morir.		
No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en su servicio.		
Prefiere realmente no pensar en la muerte.		
Cuando asiste a un paciente terminal ha pensado en su muerte.		
Lo conmueve enfrentarse a la familia de un paciente fallecido.		
Encuentra difícil encarar la muerte.		
Se siente más confiado y seguro a la petición de asistir a un paciente proveniente de sus familiares.		
Se siente abrumado emocionalmente cuando desarrolla la labor enfermera.		
Cree que no es la persona indicada para brindarle apoyo a los padres del neonato durante el duelo.		
La muerte neonatal le genera tristeza y/o enojo.		
Se siente impotente en esa situación.		

Siente que comparte la pena con los padres		
Siente que le es imposible asegurar un apoyo continuo en la atención durante el duelo		
Cree que requiere más capacitación en cuidados humanizados durante el duelo neonatal.		
Siente que no puede manejar la situación.		
Considera que les brinda a los padres apoyo emocional.		
Cree que posee recursos limitados por parte de la institución para brindar cuidados humanizados a los padres durante el duelo.		
Siente que pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.		
Tiene una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.		
Siente que pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.		
El contacto frecuente con la muerte lo ha hecho verla como algo natural.		

**Instrumento de recolección de datos y/o cuestionario para padres de un servicio de neonatología de la ciudad de Rosario.**

**Consentimiento informado:**

Acepto a participar del siguiente cuestionario, el cual será utilizado con fines académicos y científicos en un proyecto de investigación realizado por la enfermera profesional Zambuto Agustina. DNI 39122536, colaborando a responder una serie de preguntas a través de una entrevista de carácter anónimo, que posee como finalidad analizar la relación que existe entre la percepción de los cuidados humanizados recibidos por los padres en situación postmortem neonatal de su hijo, en relación con las actitudes y opiniones sobre la muerte según antigüedad y sexo del personal de enfermería.

La autora también me informó que en cualquier momento del estudio poseo el derecho a dejar mi participación cuando así lo desee, garantizando la confidencialidad de los datos y anonimato de toda la información brindada.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Lea atentamente y marque con una cruz (X) la respuesta que usted considere correcta (si/no)

Pregunta	Respuesta: SI	Respuesta: NO
Recibe un trato amable por parte de la enfermera.		
Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.		
Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí misma.		
Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo propio que las distingue de otras.		
La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.		
Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe.		
Siente que la enfermera al cuidarlo le transfiere esperanza (formas de sentirse mejor).		
Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.		
Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud.		
La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.		
Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.		

Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.		
La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.		
Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.		
Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.		
La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.		
La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.		
La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones.		
Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.		
Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa.		
Siente que el cuidado integrado por la enfermera es organizada y basada en conocimientos.		
Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.		

Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a los entregados a las demás personas.		
Les han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan		
Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.		
Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.		
Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.		
Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.		
Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.		
Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo.		
Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.		
Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.		
Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.		
La enfermera le ayuda a entender porque está en		

esa condición, lugar o estado		
Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.		
La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás		

### **Anexo III:**

#### **Resultados de la prueba piloto.**

Previamente a la realización de la prueba piloto de ambos instrumentos de recolección de datos, fue solicitada la autorización de la jefa del departamento de enfermería de la institución. La misma fue otorgada de forma verbal. Luego, fue solicitada y otorgada la autorización para la realización de la misma, por los participantes. Estos últimos fueron, la enfermera jefa de un servicio de neonatología, la subjefa de dicho servicio y una enfermera que se encuentra realizando tareas administrativas. A su vez, se obtuvo de 4 padres de neonatos de dicha sala.

Al momento de entregar los cuestionarios, se les fue explicado los mismos junto con la confidencialidad de los datos obtenidos y se les informó a los participantes que los mismos eran de carácter anónimo y con fines investigativos y educativos.

Las consignas de los instrumentos fueron comprendidas según detallaron de forma verbal los participantes y que pudo corroborarse con las respuestas en dichos cuestionarios. Debido a esto, se consideró no realizar modificaciones en los mismos.

## **Bibliografía.**

- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Carretero, M., Solcoff, K., & Valdez, D. (2008). *Psicología*. Buenos Aires: Editorial Aique.
- Freud, S. (1992): Duelo y melancolía. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, p. 243). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado (1917 [1915])).
- Guerrero Ramirez, R., Meneses - La Riva, M., & De la cruz - Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jane Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015.;9 (2):pag.127-136. Disponible en:<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones Oniro.
- Lic. Bautista, P. (s.f.). *El duelo ante la muerte de un recién nacido*.
- Montesinos, A. (2013). Scielo. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062013000600008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000600008)
- Moscovici, S. (1991). *Psicología Social I*. Barcelona, Paidós.
- Noguera Ortiz, & Pérez Ruiz. (2014). La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo. *Avances en Enfermería*, 32(2), 306-313. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46245>
- Núñez, G., Fernández Nieto, M., & Herrera López, J. (2017). *Psicología general para enfermería*. Publicaciones y Libros - Consejo Editorial UTA, [S.l.], abr. 2018. ISSN 2528-8172. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/comedit/article/view/7>
- OMS. (Septiembre de 2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=Neonatos,del%2040%25%20registrado%20en%201990>.
- Oviedo-Soto, S. (2009). *Revista Mexicana de Pediatría* 2009; 76 (5): 215-9. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>

- Pastor Montero, S. (2007). Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Revista Paraninfo Digital*, 2007; 1. Obtenido de: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>
- Pérez-Moneo, M., Arreo del Val, V., & Díaz Marugán, V. (s/f). *Manual de Enfermería Pediátrica* (4ta ed.). España: Amir Enfermería.
- Pichón Rivière, E., & Prof. Guerrina, M. (2006). Teoría de la conducta. En *Cátedra de Psicología II* (pág. 3). Material no publicado.
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Ps. Novoa, G., & Guerrina, M. (2006). Vínculo enfermero - sujeto de atención. En *Cátedra de Psicología II - FCM - UNR*. Material no publicado.
- Ramirez, M., & Cátedra de Psicología. (s.f.). Conceptos sobre Vínculo. Material no publicado.
- Sopena Palomar, J. (s.f.). El fenómeno de la opinión pública: líneas de investigación en Europa. *Revista Universitària de Treballs Acadèmics*, nº1. Obtenido de: <http://ddd.uab.cat/pub/ruta/20130740n1/20130740n1a6.pd>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (s.f.). Actitudes: definición y medición, componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y E. Zubieta, E. (Eds.), *Psicología Social. Cultura y Educación* (pp. 301-339). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Valenzuela, Bernales, & Jaña. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Jesse, E. (2011) Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En Alligood MR, Marriner Tomey A. (editores) *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed.91-112). Barcelona: Elsevier.