



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN SISTÉMICA DEL PROCESO DE DUELO DE ENFERMERÍA POR LA
MUERTE DE USUARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

JANETTE GEORGINA PIZANO DÍAZ

ASESORA

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

COASESORA

DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

REVISORA

DRA. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

MORELIA, MICHOACÁN

JUNIO, 2021

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidenta

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal 1

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Vocal 2

Dedicado a mis padres, hermana, familiares y amigos que siempre han estado
presentes en todo momento.

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por permitirme estudiar la
carrera de Enfermería.

A mi asesora la Dra. Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz por todo su apoyo, paciencia y
enseñanza.

Resumen

Introducción. El duelo suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que estaba psicosocialmente vinculado.

Objetivo. Analizar evidencia científica disponible sobre el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Material y métodos. El diseño que se utilizó fue la revisión sistémica con cinco fases: I. Formulación de la pregunta considerando el CPC (Concepto, Población y Contexto); II. Definición de los criterios de inclusión, exclusión y la búsqueda sistémica; los criterios de inclusión de los participantes fueron: personal de enfermería, laborar en unidades de cuidados intensivos neonatales, sexo indistinto, cualquier antigüedad laboral, de diversos países y sin distingo de escolaridad (técnico, licenciatura o especialidad). Literatura correspondiente al año 2010-2020, con enfoques cuantitativo y cualitativo, en idiomas español, inglés y portugués. Se identificaron y definieron los términos DeCS en español (duelo), (muerte), (enfermería), (neonatos), (recién nacidos), (cuidados críticos), (sentimientos) y (emociones); con los operadores booleanos And y OR en las bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud, CUIDEN, Dialnet, Conricyt y Scielo, además del buscador google Académico. III. Revisión y selección de estudios con la metodología de Arksey y O'Malley y PRISMA-P 2015. Se incluyeron 17 artículos. IV. Extracción y valoración de la calidad metodológica con STROBE y AHQR. V. Análisis de los resultados. **Resultados.** Del total de artículos, (23.5%) publicados en 2018, su mayoría en Brasil (41%), diseño descriptivo con enfoque fenomenológico (76.4%), se encontraron cinco categorías sobre el proceso de duelo del personal de enfermería: apoyo psicológico, afrontamiento / no afrontamiento, comprensión emocional, vínculo afectuoso con paciente y familiar y, habilidades emocionales. **Conclusiones.** Enfermería vive el duelo de manera personal, con diversas respuestas emocionales, que en su mayoría no cuentan con herramientas ni la formación específica para afrontar dicha situación.

Palabras clave. Proceso de duelo, muerte, neonatos, enfermería.

Abstract

Introduction. Grief usually refers to the set of psychological and psychosocial processes that follow the loss of a person with whom he was psychosocial linked. **Objective.** To determine the best available scientific evidence on the nursing grieving process for the death of users in the neonatal intensive care unit. **Material and methods.** The design used was systematic review with five phases: I Formulation of the question considering the CPC (Concept, Population and Context); II The criteria for inclusion, exclusion and systematic search were defined; the criteria for inclusion of the participants were: being a nurse, working in neonatal intensive care units, indistiguity, any working seniority, from various countries and without distinction of schooling (technical, bachelor's or specialty). That they were from 2010-2020, with quantitative and qualitative approaches, in Spanish, English and Portuguese languages. The terms DeCS were defined and searched for in Spanish (duel), (death), (sick), (newborn), (critical care), (feelings) and (emotions); with the Boolean operators And and OR in the Databases Virtual Health Library, CUIDEN, Dialnet, Conricyt and Scielo in addition to the Google Academic search engine. III Review and selection of studies with arksey and O'Malley and PRISMA-P methodology 2015. Se included 17 articles. IV. Extraction and assessment of methodological quality with STROBE and AHQR. V. Analysis of the results. **Results.** Of the total items, (23.5%) published in 2018, mostly in Brazil (41%), descriptive design with phenomenological approach (76.4%). Five categories were found about the nurses' grieving process: psychological support, coping/non-confrontation, emotional understanding, affectionate bond with patient and family, and emotional skills. **Conclusions.** Nursing personnel experience the grieving process personally or with different emotional responses, in wich most of them do not have the tools or specific training to face this situation.

Keywords. Grief process, death, newborns, infirmary.

Índice de tablas

Tabla	Título	Página
1	Identificación de artículos en la primera búsqueda	29
2	Segunda identificación por títulos y resumen	30
3	Selección final de artículos	32
4	Clasificación de artículos de acuerdo con el diseño	36
5	Calificación perceptual para estudios transversales	37
6	Evaluación de artículos seleccionados	40
7	Descripción de los artículos con diseño cuantitativo	49
8	Descripción de los artículos con diseño cualitativo	49

Índice

Introducción	1
I. Justificación	4
II. Planteamiento del problema	6
III. Objetivo	8
3.1. General	8
3.2. Específico	8
IV. Marco teórico	10
4.1. Duelo	10
4.1.1. Concepto de duelo	10
4.1.2. Concepción biopsicosocial del duelo	12
4.1.3. Fases del duelo	13
4.1.4. Características del proceso de duelo	14
4.1.5. Dimensiones del proceso de duelo	15
4.2. Revisión sistemática	16
4.2.1. Conceptos	17
4.2.2. Características	17
4.2.3. Fases	18
V. Metodología	22
5.1. Tipo de estudio	22
5.2. Formulación del problema	22
5.3. Búsqueda y localización de estudios	23
5.3.1. Criterios de selección	23
5.3.2. Palabras clave y términos de búsqueda	23
5.3.3. Estrategias de búsqueda	24
5.3.4. Fuentes de información	26

5.4. Revisión y selección de estudios	26
5.4.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados	26
5.4.2. Revisión de títulos y resúmenes.....	27
5.4.3. Lectura completa y búsqueda adicional.	27
VI. Resultados	30
6.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica.....	30
6.1.1. Extracción y lectura crítica.....	30
6.1.2. Valoración de la calidad metodológica.	33
6.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos	37
6.3. Análisis de los resultados.....	46
VII. Conclusiones	50
VIII. Sugerencias	51
IX. Referencias.....	52
X. Anexos.....	58
Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	58
Anexo 2 Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible.....	58
XI. Apéndices	59
Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda.....	59
Apéndice 2 Lista de verificación evaluación STROBE.....	64
Apéndice 3 Artículos evaluados con STROBE	65
Apéndice 4 Categorías de análisis.....	66

Introducción

El duelo es un término que, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona. El duelo, del latín *dolus* (dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. (Cabodevilla, 2007, p.165)

La muerte y el proceso de duelo son experiencias complicadas para cualquier ser humano. En el ámbito hospitalario, dentro de las unidades de cuidados críticos neonatales, el personal de enfermería trabaja con cercanía, cotidianidad y recurrencia con dicha situación.

A través de la revisión sistémica, se logró localizar información literaria acerca del proceso de duelo que experimenta el personal de enfermería ante la pérdida de usuarios en la unidad de cuidados críticos neonatales.

Derivado de dicha búsqueda y localización literaria, nos permite describir algunas teorías y modelos relevantes de distintos autores que nos ofrecen sistemas específicos de referencias para lograr comprender el concepto, enfoque y dinámica del proceso de duelo.

En esta revisión, se tuvo como objetivo determinar la mejor evidencia científica disponible sobre el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales, misma que se desarrolla sobre los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se aborda la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos.

El segundo capítulo tiene como finalidad establecer el marco teórico.

Por su parte, el tercer capítulo se enfoca en el análisis de la metodología utilizada en la revisión sistemática, el cual se subdivide en las siguientes cinco fases: I. Formulación de la pregunta considerando el CPC (Concepto, Población y Contexto); II. Definición de los criterios de inclusión, exclusión y la búsqueda sistemática; los criterios de inclusión de los

participantes fueron: personal de enfermería, laborar en unidades de cuidados intensivos neonatales, sexo indistinto, cualquier antigüedad laboral, de diversos países y sin distingo de escolaridad (técnico, licenciatura o especialidad). Artículos del año 2010-2020, con enfoques cuantitativo y cualitativo, en idiomas español, inglés y portugués. Se localizaron y se definieron los términos DeCS en español (duelo, muerte, enfermería, neonatos, recién nacidos, cuidados críticos, sentimientos y emociones); con los operadores booleanos *And* y *OR* en las bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud, CUIDEN, Dialnet, Conricyt y Scielo además del buscador google Académico. III. Revisión y selección de estudios con la metodología de Arksey y O'Malley y PRISMA-P 2015. Se incluyeron 17 artículos. IV. Extracción y valoración de la calidad metodológica con STROBE y AHQR; y, V. Análisis de los resultados.

Dentro de los resultados, se encontró que un porcentaje elevado del total de los artículos (23.5%) fueron publicados en 2018, la mayoría en Brasil (41%), con diseño descriptivo y enfoque fenomenológico (76.4%). No obstante, se encontraron cinco categorías sobre el proceso de duelo de las enfermeras: apoyo psicológico, afrontamiento / no afrontamiento, comprensión emocional, vínculo afectuoso con paciente y familiar, y habilidades emocionales.

Finalmente, se enlistan las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración de la revisión sistemática, así como los apéndices y anexos.

Capítulo I

I. Justificación

Para el personal de enfermería, atender una situación de muerte puede ser uno de los momentos más críticos de su profesión. Los profesionales que tienen tiempo trabajando en unidades de cuidados intensivos neonatales, que conviven con situaciones de muerte eminente, terminan en su mayoría aislándose, sin lograr compartir sus emociones, convirtiéndolo en algo rutinario.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de mortalidad neonatal en 2009 a los 28 días fue de 47,3 por 1000 nacidos vivos. Los nacimientos prematuros, las cesáreas y las complicaciones durante el parto se asociaron a la mortalidad neonatal. Un 45% de las defunciones se produjeron en el término de las primeras 48 horas, y el 73% durante la primera semana. Las principales causas obstétricas de defunción fueron el parto prematuro (34%) y la asfixia intraparto (21%), las causas finales se clasificaron con la inmadurez (26%), con situaciones de asfixia o hipoxia en el parto (26%) y con infecciones (23%). Casi todos (88%) los recién nacidos que fallecieron habían recibido tratamiento, y el 75% murieron en el hospital. (OMS, 2009, párr. 3)

El primer mes de vida es el momento de mayor riesgo de muerte, especialmente si se trata de niños prematuros o con bajo peso al nacer, si ha habido complicaciones durante el parto, si el recién nacido presenta defectos congénitos o si contrae alguna infección. Aproximadamente un tercio de esas muertes se producen durante el primer día y casi el 75% sólo durante la primera semana. (OMS, 2019, párr. 6)

Por lo tanto, la convivencia profesional con la experiencia de la muerte y su proceso, corresponde a uno de los hechos para la mayoría del personal de la salud, entre ellos, enfermería. Por esta razón, el proceso del fin de la vida ha constituido un foco de interés científico, siendo considerado además, como un desafío importante al cual se debe hacer frente diariamente. (Acosta, 2016, p 16)

II. Planteamiento del problema

La muerte y morir son experiencias que comprenden eventos biológicos, también asumiendo las dimensiones religiosas, sociales, filosóficas, antropológicas, espirituales y pedagógicas, sobre todo esta cultura tiene un concepto diferente en cuanto a la muerte y el morir, el fenómeno de la muerte es un proceso natural y no puede evitarse, en este sentido, la muerte dentro del área de la salud paso a ser aislada y escondida. (Freitas, 2016, p.330)

Al término de la segunda guerra mundial entre 1937 y 1979, no estaba permitido a la enfermería involucrarse con la muerte, siendo su deber, ofrecer consuelo a los familiares y al paciente, estando la atención enfocada en la cuestión biológica. La enfermería tenía el deber del cuidado con el cuerpo, debiendo realizarlo con paciencia y con amor. Realizando también todos los cuidados de enfermería como taponamiento e higiene, entregando el cuerpo a la familia expresando consuelo. (Freitas, 2016, p.330)

La forma de morir y el proceso de duelo han sido un problema para el ser humano desde el principio de la historia, pero no siempre se ha vivido con el mismo enfoque. Esta problemática ha iniciado desde a.C. hasta nuestra actualidad; la mayoría de los seres humanos hoy en día mueren comúnmente en un hospital, hasta el siglo XVIII se moría en casa y, a mediados del siglo XX, morir en casa comenzó a ser mal visto por la sociedad. (Smud, 2016, p. 737)

Dentro de los hospitales, enfermería vive diariamente con la experiencia de muerte durante su jornada laboral. Se ha encontrado que, en la mayoría de los casos son forzados a asimilarlo de manera instantánea, sin tomar en cuenta el impacto negativo que este puede generar a través del tiempo en la calidad de vida y laboral del personal de enfermería.

El equipo de enfermería se siente impotente para dominar la muerte, perjudicando así la asistencia al paciente. Hablar sobre la muerte y morir no es fácil, pues cuando se toca el tema, se recuerdan historias vividas, como si el ser humano tuviese un plazo limitado. El

morir acontece desde que nacemos, definiéndose como dejar de vivir, fallecer, acabar, caer en el olvido y la forma de mantenerse vivo es en el pensamiento de los que permanecen vivos. La muerte viene cargada de dificultades, pues existen varias definiciones, dependiendo de la cultura del individuo. (Smud, 2016, p. 737)

Por lo anteriormente expuesto, en esta revisión sistemática surge la siguiente pregunta, ¿cuál es la mejor evidencia sobre el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

III. Objetivo

3.1. General

Determinar la mejor evidencia científica disponible sobre el proceso de duelo del personal de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

3.2. Específico

1. Describir los hallazgos de la búsqueda de literatura sobre el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
2. Evaluar los niveles de evidencia de los artículos científicos del proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
3. Examinar, sintetizar y evaluar las evidencias de la revisión sistemática de artículos científicos relacionados con el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Capítulo II

IV. Marco teórico

4.1. Duelo

4.1.1. Concepto de duelo

Duelo es un término que, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo. El duelo, del latín *dolus* (dolor) es la respuesta que emotiva a la pérdida de alguien o algo. (Cabodevilla, 2007, p.165)

Duelo para la Real Academia Española de la Lengua (RAE, 2020) tiene varios significados: 1.Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Hay otro sentido de duelo, al menos en castellano, que hace referencia a desafío, combate entre dos, que algunos autores han querido relacionarlo con la elaboración del duelo y el desafío que supone la organización de la personalidad del deudo.

La palabra “duelo” proviene del término latino *dolus*, que singinica dolor. Actualmente el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) publicado en España en mayo de 2014, en el grupo de otras afecciones que necesitan más estudio, incluye el duelo y lo define como una reacción ante la muerte de una persona querida. Emplea el código V62.82, no atribuible a trastorno mental: 1. La Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión número 10 (CIE-10, trastornos mentales y del comportamiento), entre los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, emplea el código Z63.4 para el duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia), mientras que utiliza el epígrafe de los trastornos de adaptación F43. 2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos. (Mínguez, 2015, p.64)

A través del tiempo, se han considerado distintos aportes importantes de varios autores interesados en el análisis de duelo.

Freud en 1917, creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los “objetos”, son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo, es decir, cuando se pierde afectivamente algo o alguien significativo, se pierde una parte del yo, del mundo interno, de la estructura personal. (Cabodevilla, 2007, p.166)

Tanto Freud como Lacan sostienen que habría duelos “normales” y duelos “patológicos”, aunque ni uno ni otro plantea una correlación entre duelo “normal” y subjetivación o duelo “patológico” y de subjetivación. Ambos autores dicen que la muerte confronta al deudo en un estado de indefensión (Freud) con el vacío de la inexistencia del Otro (Lacan) y proponen algún encuentro con la angustia. De esos avatares devendrá la diferencia entre duelo normal y duelo patológico, según sus supuestos. (Elmiger, 2010, p.17)

Bowlby también identificó cinco factores que afectan el curso del duelo: identidad y rol del fallecido, edad y sexo de la persona en duelo, causas y circunstancias de la pérdida, contexto social y psicológico y personalidad de la persona en duelo. Concluyó que este último era el factor de mayor influencia. (Pereira, 2010, p.657)

Según Pereira, el doliente puede reaccionar de dos formas en esta fase: una reacción emocional intensa (llanto crónico, verborrea sobre la muerte, entre otras) o la ausencia de reacción. Con respecto a lo anterior, cabe anotar que dado el fuerte trabajo que se realiza para adaptarse a la nueva realidad, las funciones psíquicas disminuyen. Por consiguiente, el sujeto no muestra interés alguno por el contexto exterior y les presta poca atención a las actividades laborales, cargas académicas de la vida cotidiana. (Gómez, 2017, p.51).

4.1.2. Concepción biopsicosocial del duelo

Según Florez (2002, p.72) existen diferentes perspectivas del duelo.

Perspectiva psicológica. No es posible evitar los duelos, pero las formas de reaccionar ante ellos varia. Desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elaboración de un duelo es importante y predispone hacia dificultades con otros duelos. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados puede cronificarse en cualquiera de las formas de psicopatología, así mismo puede hacer recaer al individuo en su psicopatología ya existente.

Perspectiva psicosocial. La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, son las llamadas transiciones o crisis psicosociales.

Perspectiva social y etológico-antropológica. La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. Es la situación que el luto ritualiza con la obligada permanencia de la persona en duelo en casa, estándole “socialmente prohibidas” diversiones, vestidos vistosos, etc.; así podrá concentrarse en el “trabajo interno” del duelo.

Perspectiva biológica. El duelo es una respuesta fisiológica a la vez emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos. El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células asesinas naturales. Se desconoce si los cambios.

El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora el funcionamiento de las células

asesinas naturales. Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos. En general se han evidenciado complejas interacciones psico-neuro-endocrino-inmunitarias, con alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

4.1.3. Fases del duelo

Existen multitud de clasificaciones de las etapas del duelo por distintos autores. Pero según El duelo se divide en tres fases y 6 dimensiones que a continuación se describirán.

- a) **Fase de shock y negación.** Predomina la negación y el aturdimiento. El entorno adecuado y las actividades inherentes a la pérdida y vinculadas al proceso del luto ayudan al deudo. Se producen intensos sentimientos de separación y una amplia variedad de comportamientos (añoranza, protesta, labilidad).
- b) **Fase de angustia aguda y aislamiento.** Comienza cuando el doliente constata la futilidad de los sentimientos y comportamientos anteriores. Erich Lindemann (tras el incendio de Coconut Grove de Boston en 1944 y el estudio de 101 personas en duelo, fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo) describe seis componentes: 1) Sufrimiento somático agudo, con una duración de 20 minutos y una hora, que se manifiesta como disfagia, ahogo, sensación, sensación de plenitud, debilidad, cefalea, flacidez. 2) Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida. 3) Sentimientos de culpa. 4) Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos, la persona fallecida, familiares, amigos, conocidos, etc. 5) Dificultad para descansar, inquietud, falta de motivación que acompañan el abandono de sus comportamientos y rutinas habituales. 6) Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes. Esta fase aguda puede durar semanas o meses dando paso de manera gradual a un remordimiento o mejora y la posibilidad de seguir adelante.

c) Fase de reorganización. El deudo asume el verdadero significado de la pérdida y su extensión, marcando el comienzo de esta nueva etapa en la que recupera su vida previa.

De todos los autores que trabajan el proceso de duelo, quizá la más destacada sea Elisabeth Kübler-Ross, la cual dentro de su modelo estableció cinco etapas durante el proceso de duelo: negación, ira, culpa, depresión, aceptación. Por lo tanto, para superar el proceso de duelo y ser capaz de rehacer de nuevo la vida, hay que pasar por estas fases que duran aproximadamente entre 6 meses y dieciocho meses. (Guillem, 2008, p.64)

4.1.4. Características del proceso de duelo

Las distintas sensaciones que el ser humano desarrolla ante la pérdida de un ser querido son muy personales y variopintas. Siempre que el organismo se encuentra ante una amenaza responde con los denominados tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Es lo que se denomina ansiedad.

a) La ansiedad ante la muerte. Normalmente la ansiedad es útil, pues gracias a ella podemos actuar y relacionarnos con el medio. Las respuestas de ansiedad son respuestas aprendidas que el organismo piensa (cognitivo), hace (motor) o siente (fisiológico).

Las respuestas fisiológicas son aquellas sensaciones que emite nuestro organismo ante situación estresante. Suelen aparecer de manera automática y producen una fuerte sensación de malestar. Entre ellas se encuentran las taquicardias, nudo en el estómago y la diaforesis, etc. Las respuestas cognitivas son todas aquellas ideas o pensamientos que genera la situación y que se dispara en el cerebro de manera automática. Y por último, las respuestas motoras, son las acciones que se realizan con

el fin de controlar la situación y que hacen que aparentemente todo vuelva a la normalidad.

4.1.5. Dimensiones del proceso de duelo

Según Cabodevilla (2007, p.168) señala que para Tizón existen seis dimensiones del proceso del duelo.

- a) **Dimensión cognitiva.** Esta dimensión tiene que ver con la forma de apreciar el proceso del duelo y los distintos pensamientos que el doliente genera ante el proceso.
- b) **Dimensión física.** En esta dimensión comienzan a aparecer sensaciones de malestar fisiológico. Taquicardia, ansiedad, episodios de pánico o asfixia, cefalea, insomnio, disfagia, adinamia, inquietud, falta de deseo sexual.
- c) **Dimensión emotiva.** La primera reacción es el shock, pánico, incredulidad o rechazo. Dentro de la dimensión emotiva existe una enorme trascendencia de tristeza, es el sentimiento más fuerte y extendido, viene caracterizado por la tríada denominada llanto, melancolía y soledad.
- d) **Dimensión espiritual/valores.** El impacto de la muerte puede poner en crisis una determinada visión de la fe o de la filosofía de vida. Todas las personas, sean creyentes o no, durante el duelo se cuestionan sus creencias, valores e ideales. En esta faceta, como en otras, las reacciones son individuales. Lo que es seguro es que la muerte no deja indiferente a nadie.
- e) **Dimensión social.** La persona en duelo se aísla, muestra escaso interés por la participación social no prefiere encontrar apoyo en personas que, como ellos, hayan pasado por lo mismo.
- f) **Dimensión conductual.** El duelo puede llegar a generar alteraciones de conducta importantes, sobre todo con la implantación de hábitos nocivos, como

el uso y abuso del consumo de alcohol, tabaco o medicamentos, dejar de comer o comer en exceso como reacción normal de los procesos de ansiedad, etc. Puede darse también insomnio, retraimiento de la conducta social o hiperactividad.

4.2. Revisión sistemática

La revisión sistemática (en adelante RS) es un proceso desarrollado para identificar lo medular de una revisión de la literatura de interés para la práctica, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros. Específicamente, es una investigación en sí misma, con métodos planeados con anticipación y con un ensamblaje de los estudios originales considerados como sus sujetos. Las RS sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias usando estrategias para reducir sesgos y errores de azar. Estas estrategias incluyen la búsqueda exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes y criterios explícitos y reproducibles en la selección de los artículos para revisión. Así, se evalúa los diseños y características de las investigaciones primarias, los datos son sintetizados y los resultados interpretados. (Urra, 2010, p.2)

Las revisiones en general permiten aglutinar el conocimiento existente sobre una determinada cuestión, en particular permite superar las limitaciones de las revisiones narrativas, limitaciones que son debidas al alto grado de subjetividad con el que se realizan, aportando una mayor transparencia al proceso de revisión al proceso de revisión. Además, la revisión sistemática posibilita la superación de las limitaciones de los estudios originales, que pocas veces son capaces de dar respuestas adecuadas y definitivas a las cuestiones que analizan, y que frecuentemente arrojan resultados contradictorios. (Pino, 2014, p.25)

Una revisión sistemática de una pregunta formulada con claridad, que se utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar críticamente investigaciones relevantes a dicha pregunta, así como recoger y analizar de los estudios incluidos en la revisión. (Sánchez, 2010, p.9)

4.2.1. Conceptos

Urra-Medina (2010,p.3) Definen la RS como la “aplicación de estrategias que limitan los sesgos del ensamblaje sistemático, evaluación crítica y síntesis de todos los estudios relevantes en un tópico específico”, y como “una herramienta científica que puede ser usada para resumir, extraer y comunicar los resultados e implicaciones de una cantidad de investigaciones que no se podrían administrar de otra forma”.

La RS, es un tipo de investigación secundaria que consiste en la búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre determinada pregunta de investigación, utilizando para ello una aproximación sistemática que permite minimizar los sesgos y posibilitar la replicación de la revisión a cuantos investigadores les parezca oportuno (Pino, 2014, p.25)

Se define revisión sistemática como estudios integrativos, observacional, retrospectivos, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta. Las revisiones sistemáticas proveen una síntesis racional de la investigación básica. Supera las limitaciones de las revisiones narrativas al aplicar estándares rigurosos a la investigación secundaria (donde la unidad del estudio son otros estudios de investigación) como si fueran aplicados a estudios de investigación primaria (estudios originales). (Beltrán, 2005, p.62)

4.2.2. Características

Las revisiones sistemáticas nos permiten estar al día en diversos temas de interés sin invertir demasiado tiempo; sin embargo, no siempre este tipo de estudio se asocia a un

nivel de evidencia, garantiza validez o veracidad, calidad metodológica, y confiabilidad o reproducibilidad de resultados. Por otra parte, hay que recordar que existen RS cuya población a estudio son ensayos clínicos (EC) con asignación aleatoria, que posiblemente determinan nivel de evidencia; sin embargo, existen también RS cuya población a estudio son EC de mala calidad, estudios de cohortes u otros estudios observacionales; en estos últimos casos el nivel de evidencia es obviamente menor; situación que puede confundir a los lectores si es que no consideran algunos de estos detalles en el momento de leer estos artículos. (Manterola, 2011, p.150)

Las RS sintetizan los resultados de investigaciones primarias mediante estrategias que limitan el sesgo y el error aleatorio. Además, son imprescindibles para la práctica de una herramienta fundamental en la toma de decisiones médica. Las principales características que deben contener las RS son las preguntas de interés, búsqueda de artículos y sus fuentes, selección de artículos de interés, evaluación de la calidad de la información, síntesis e inferencias (Ferreira, 2011, p.688)

4.2.3. Fases

La realización de una RS implica seguir las mismas etapas que en cualquier estudio empírico, si bien algunas de ellas tienen algunas peculiaridades que es preciso clarificar y se divide en cinco etapas (Sánchez, 2010, p10)

Formulación del problema. El primer paso consiste en formular de forma clara y objetiva la pregunta a la que se pretende responder.

Búsqueda de los estudios. Consiste en definir los criterios de selección de los estudios, debe tomarse en cuenta que implica seleccionar estudios empíricos que tengan ciertas características similares en cuanto al diseño de investigación.

Codificación de los estudios. Una vez localizados y recuperados todos los estudios empíricos seleccionados, la siguiente etapa consiste en registrar las características de dichos estudios.

Análisis estadístico e interpretación. En esta etapa se requiere del cálculo de un índice cuantitativo que permita poner en la misma métrica los resultados de los estudios.

Publicación. La última fase, como cualquier otra investigación, consiste en diseminar los resultados. Se rige por las mismas normas que las de cualquier estudio empírico.

Para Beltrán (2005, p.63) el desarrollo de una revisión sistemática se divide en los siguientes pasos:

1. Definir una pregunta claramente. Es necesario identificar el problema, la incertidumbre o laguna del conocimiento en una pregunta que pueda ser respondida. En general, con cuanta más precisión se defina cada uno de los componentes, más exacta resultará la revisión.

2. Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios. A priori se deben señalar las características de los estudios para ser incluidos o excluidos.

3. Formulación del plan de búsqueda de la literatura. La recopilación de la información debe ser exhaustiva, tanto con los estudios publicados como los no publicados para evitar incurrir en el sesgo de selección o en el sesgo de publicación

4. Registro de los datos y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados. Es importante registrar con todo rigor y detalle las características relevantes mediante un formato predeterminado. El registro debe incluir escalas o criterios preestablecidos para definir la validez de los estudios.

5. Interpretación y presentación de los resultados. Los hallazgos de los estudios individuales deben ser agregados para producir una efectividad de la intervención o búsqueda.

Para Urra (2010, p.4), las etapas de una revisión sistemática consideran definir su propósito, formular la pregunta, buscar literatura, evaluar los datos, analizar los datos y, presentar los resultados. A continuación se describirán de manera breve las etapas de la RS.

El propósito de la revisión y formulación de la pregunta. Declara el propósito de la revisión y el problema o pregunta sobre el tópico elegido, se establece como una pregunta conocida y delimitada que sea accesible e identificable en la literatura.

Búsqueda de la Literatura. La definición de los criterios para seleccionar los estudios debe ser aclarados principalmente los elementos que reflejan las preguntas de investigación, los revisores deben detallar los criterios para elegir los diseños de investigación. La búsqueda puede contener criterios para limitar periodo, idioma y tipo de artículo.

Ejecución de la búsqueda de la literatura. Una vez que hayan sido detallados los criterios y la confección de los formatos, se procede chequear en las bases de datos de RS y otras bases electrónicas si hay revisiones ya publicadas del tópico elegido.

Evaluación de los datos. Se verifica la disponibilidad del material, se establecen los criterios para definir los estudios a evaluarlos por su relevancia con la pregunta planteada.

El análisis y la síntesis de los datos. Considera organizar, categorizar y combinar los datos de los estudios primarios para responder a los problemas o preguntas. El análisis de la revisión puede ser estadístico o cualitativo, dependiendo de los propósitos y del material recopilado.

Presentación de los resultados. Pueden ser presentados como conclusiones, análisis de resultados o síntesis. Los análisis de los resultados aportan conclusiones y descripciones, así como la evaluación de los métodos, hallazgos y su aplicabilidad a la revisión sistemática.

Capítulo III

V. Metodología

La presente revisión sistemática exploratoria se basa en las fases metodológicas de acuerdo con Arksey y O'malley. (Fernández, 2019, p.90)

Una vez llevado a cabo el proceso de selección de estudios se resume en una figura o diagrama de flujo (PRISMA) que estratifica la pérdida de estudios en la identificación, elegibilidad y selección de éstos. (Linares, 2018, p.4)

5.1. Tipo de estudio

El diseño que se utilizó en este estudio fue la revisión sistemática, la cual consiste en explorar, evaluar, y sintetizar la evidencia científica. (Fernández, 2019, p.89)

5.2. Formulación del problema

La Fase I consiste en elaborar la pregunta de investigación, La pregunta de investigación debe estar claramente estructurada, de tal modo que se pueda establecer una estrategia de búsqueda sistemática efectiva. Además, para visualizar el resultado esperado se deben considerar conjuntamente el propósito y la pregunta de investigación de la revisión sistemática. Uno de los formatos que más se utiliza para formular las preguntas es el formato CPC (Concepto, Población, Contexto). (Hernández, 2020, p.90)

C = Duelo de muerte

P = Personal de enfermería.

C = unidad de cuidados intensivos neonatales.

¿Cuál es la mejor evidencia sobre el proceso de duelo de enfermería por la muerte de usuarios en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

5.3. Búsqueda y localización de estudios

En la Fase II de la revisión sistemática se definen los criterios de inclusión y exclusión y la realización de la búsqueda sistemática. A continuación, se presentan los pasos de la RS de manera estructurada y organizada.

5.3.1. Criterios de selección

Los criterios de inclusión para los participantes fueron desempeñarse como personal de enfermería, laborar en unidades de cuidados intensivos neonatales, sexo indistinto, cualquier antigüedad laboral, de diversos países y sin distingo de escolaridad (técnico, licenciatura o especialidad).

En cuanto la variable duelo, se incluyeron también estudios con los conceptos de terminalidad de la vida, muerte, dolor ante la muerte, cuidados ante el final de la vida, pérdida, respuestas emocionales ante la muerte, afrontamiento ante la muerte.

Respecto al tiempo, se decidió que la literatura fuera correspondiente del año 2010 al 2020, con enfoques cuantitativo y cualitativo, en idiomas español, inglés y portugués.

Se excluyeron de la revisión sistémica los artículos que aborden la muerte de hijos de enfermeras, los manuales, documentos de directrices de bioética y, las guías de práctica clínica.

5.3.2. Palabras clave y términos de búsqueda

Para esta revisión sistémica se utilizaron los términos de BIREME denominados Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Se definieron y buscaron los términos DeCS en español (duelo, muerte, enfermería, neonatos, recién nacidos, cuidados críticos, sentimientos y emociones).

En Inglés los términos que se utilizaron en Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS) fueron los siguientes: (grief), (death), (neonatal), (newborn), (critical care), (emotions) y (emotion).

En portugués los términos DeCS fueron (pesar), (morte), (neonatal), (recém-nascido), (cuidados críticos), (emoções) y (emoções).

5.3.3. Estrategias de búsqueda

Se utilizaron las siguientes estrategias de búsqueda con los operadores booleanos AND y OR por idioma.

a) **Para el idioma español** la primera búsqueda fue en Biblioteca Virtual en Salud: “duelo” AND “muerte” AND “enfermería” AND “cuidados críticos” AND “neonatos”; “enfermeras” AND “cuidados críticos” AND “recién nacido prematuros” y “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” AND “sentimientos” AND (emociones)

La segunda búsqueda fue en Conricyt y el algoritmo utilizado fue “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” y “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” AND “duelo”.

En Dialnet se empleó el algoritmo “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” AND “duelo”.

El algoritmo utilizado en Cuiden fue “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte”.

Para Redalyc se aplicó el algoritmo “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” AND “sentimientos” AND “emociones” AND “cuidados críticos”.

En la base de Google académico se utilizó el algoritmo “enfermería” AND “recién nacidos” AND “muerte” AND “sentimientos” AND “emociones” AND “cuidados críticos”.

b) Para el idioma inglés la primera búsqueda fue en Biblioteca Virtual en Salud:

“duel” AND “death” AND “nurse” AND “critical care” AND “neonates”; “nurses” AND “critical care” AND “premature newborn” y “nursing” AND “newborn” AND “death” AND “emotions” AND “emotions”.

La segunda búsqueda fue en Conricyt y el algoritmo utilizado fue “nursing” AND “newborn” AND “death” y “nursing” AND “newborn” AND “death” AND “duel”.

En Dialnet se empleó el algoritmo “nursing” AND “newborn” AND “death” AND “duel”.

El algoritmo utilizado en Cuiden fue “nursing” AND “newborn” AND “death”.

Para Redalyc se aplicó el algoritmo “nursing” AND “newborn” AND “death” AND “emotion” AND “emotion” AND “critical care”.

En la base de Google académico se utilizó el algoritmo “nursing” AND “newborn” AND “death” AND “emotion” AND “emotion” AND “critical care”.

c) Para el idioma portugués la primera búsqueda fue en Biblioteca Virtual en Salud:

“duelo” AND “morte” AND “enfermagem” AND “cuidados críticos” AND “neonatos”; “enfermeiros” AND “cuidados críticos” AND “resém nascido prematuro” y “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte” AND “emoções” AND “emoções”.

La segunda búsqueda fue en Conricyt y el algoritmo utilizado fue “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte” y “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte” AND “duelo”.

En Dialnet se empleó el algoritmo “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte” AND “duelo”.

El algoritmo utilizado en Cuiden fue “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte”.

Para Redalyc se aplicó el algoritmo “enfermagem” AND “resém nascidos” AND “morte” AND “sentimientos” AND “emoções” AND “cuidados críticos”.

En la base de Google académico se utilizó el algoritmo “enfermería” AND “recién nacidos” AND “morte” AND “sentimientos” AND “emociones” AND “cuidados críticos”.

5.3.4. Fuentes de información

Para la presente RS se realizaron búsquedas en bases de datos Conricyt, Redalyc, Dialnet, Cuiden y Biblioteca Virtual de Salud y en el buscador Google académico de artículos que fueron publicados de 2010 a 2020.

5.4. Revisión y selección de estudios

La Fase III se efectuó en tres pasos que se desarrollan de acuerdo con la metodología propuesta por Arksey y O'Malley. Primero se detectan y se excluyen duplicados de estudios. Es posible que un mismo artículo se encuentre archivado en más de una base de datos, es por ello la importancia de detectar dichos duplicados. (Hernández Sánchez, 2020, p.91)

5.4.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados

Para el paso 1 se realizó la búsqueda en cada una de las bases de datos mencionadas, y los artículos que se localizaron se encuentran en la tabla 1, donde se muestran además los artículos duplicados y eliminados (ver apéndice 1).

Tabla 1

Identificación de artículos en la primera búsqueda

Base de datos	Artículos			
	Identificados	Seleccionados	Duplicados	Eliminados
BVS	25	6	1	19
CUIDEN	31	1	5	30
Dialnet	2	1	0	1
Redalyc	117	1	3	116
Google académico	7, 510	15	7	7, 495

Conricyt	200	6	5	194
Total	7, 885	30	21	7, 855

Nota: elaborada por Pizano (2020).

5.4.2. Revisión de títulos y resúmenes

El paso 2 de la Fase III fue efectuado por dos personas, la investigadora principal y la asesora, quienes de manera independiente realizaron la revisión con base en los criterios de inclusión y exclusión y procedieron a analizar nuevamente los títulos y resúmenes. Una vez que se concluyó la revisión, se identificaron los artículos que se muestran en la table 2.

Tabla 2

Segunda identificación de artículos por títulos y resumen. Paso 2.

Base de datos	Artículos		
	Identificados	Eliminados	Seleccionados
BVS	6	2	4
CUIDEN	1	0	1
Dialnet	1	1	0
Redalyc	1	1	0
Google académico	15	9	6
Conricyt	6	4	2
Total	30	17	13

Nota: elaborada por Pizano (2020).

5.4.3. Lectura completa y búsqueda adicional.

Para el paso 3, los revisores trabajaron con los artículos que se seleccionaron en el paso 2. Revisaron con mayor detalle cada artículo, checando que cumplieran con los criterios de inclusión.

Uno de los elementos que se revisaron fueron las referencias bibliográficas, donde se identificaron artículos de los últimos tres años que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó aquí la estrategia llamada “bola de nieve” y esos artículos se buscaron de manera manual en el buscador Google. Los artículos encontrados con la estrategia “bola de nieve” se agregaron a los que habían sido seleccionados previamente y se encuentran en la tabla 3.

Tabla 3

Selección final de artículos

Base de datos	Artículos		
	Seleccionados	Nuevos	Total
BVS	4	2	6
CUIDEN	1	1	2
Google académico	6	0	6
Conricyt	2	1	3
Total	12	4	17

Nota: elaborada por Pizano (2020).

Capítulo IV

VI. Resultados

En este capítulo se observan los resultados de las Fases IV y V con base en la propuesta de Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90).

6.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica

De acuerdo con la Fase III, se seleccionaron estudios que cumplieron los criterios de inclusión y los que se agregaron por haberse localizado de manera manual. Todo el proceso seguido se muestra en el diagrama de flujo que se observa en la Figura 1.

En seguida se continuó con la Fase IV que señala Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90). En esta fase se realizó la extracción de los datos y la valoración de la calidad metodológica de los hallazgos (Del Pino, 2014, pp. 25-26).

6.1.1. Extracción y lectura crítica.

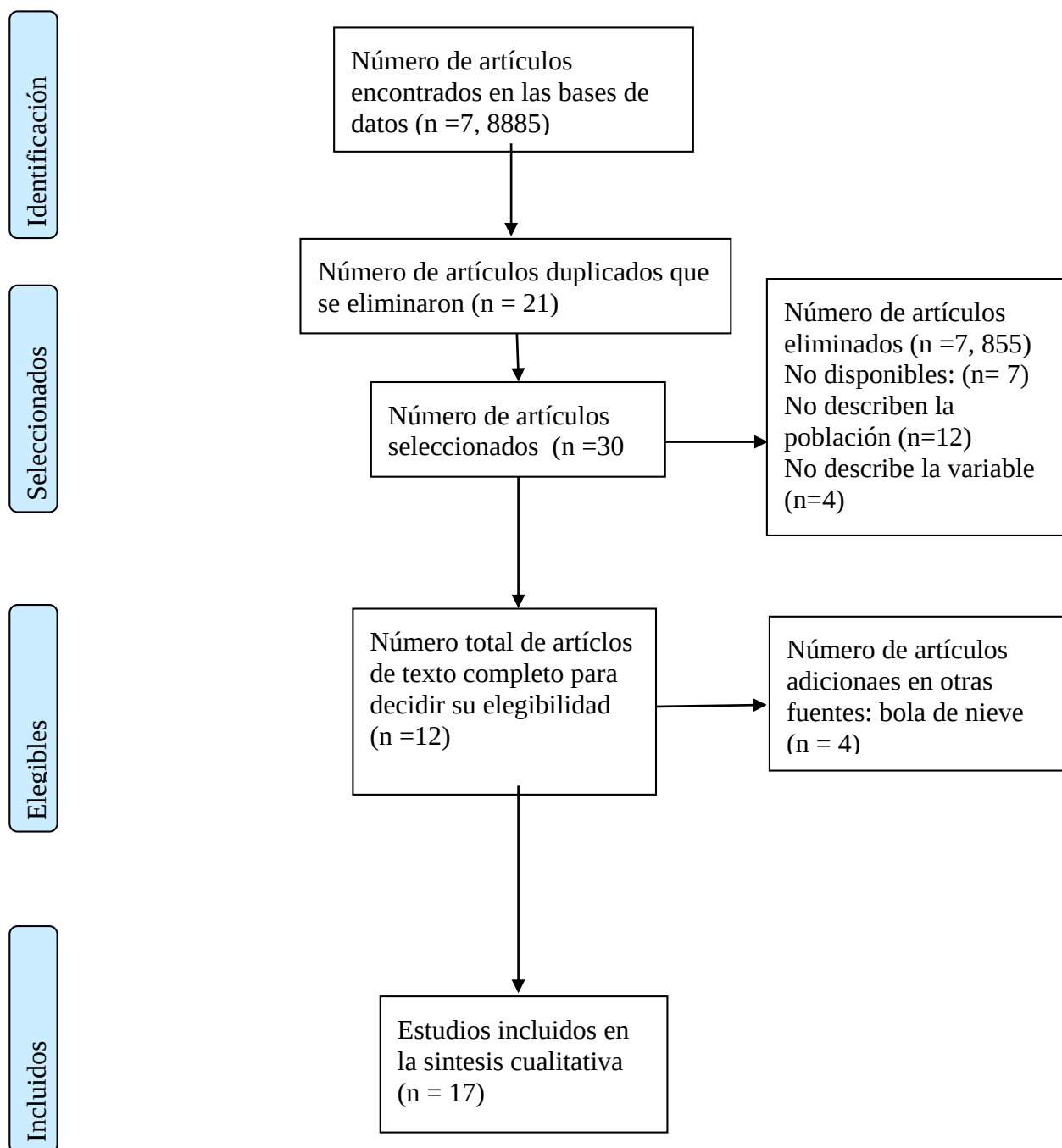
Para esta etapa, primero se clasificaron a los artículos de acuerdo con su enfoque en cuantitativos o cualitativos como se observa en la tabla 4. En seguida los observadores siguieron lo que proponen Del Pino *et al* (2014) y leyeron la información de cada artículo para emitir una calificación de los artículos seleccionados (tabla 5). Los evaluadores continuaron siendo la investigadora principal y la asesora de tesis. La primera calificación la emitió la investigadora y en seguida la asesora.

Para esta revisión sistemática los estudios cuantitativos con diseño transversal y, en conjunto con la asesora se decidió emplear la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al*, 2009) que se aplica en estudios transversales. Esta lista se convirtió en una lista de verificación y se estableció una opción dicotómica (cumple o no cumple), además de observaciones (apéndice 2). Como ya se señaló, la investigadora y la asesora dieron una calificación de manera independiente (Llanos, Rivas y López, 2017) que fue A, B, C y D, considerando los siguientes elementos: título y resumen, introducción, métodos, resultados

y discusión (tabla 4). Cuando los observadores terminaron de revisar cada artículo, compararon sus resultados para decidir cuál sería la calificación final (Tabla 5).

Figura 1

Proceso de selección de fljo de los estudios



Nota: Adaptado del modelo PRISMA-P 2015 (Moher *et al*, 2016)

Tabla 4*Clasificación de artículos de acuerdo con el diseño*

Título	Cuantitativos	Cualitativos
1.-Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal		x
2.-Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros		x
3.-The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care		x
4.-Vivências De Enfermeiras Frente À Morte Na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal		x
5.-Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal		x
6.-Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido		x
7.-Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos		x
8.-Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade		x
9.-Significado De La Experiencia De Dolor Para La Enfermera Ante La Muerte De Neonatos		x
10.-End-life Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Experiences of Staff and parents.		x
11.-Experiencia De Enfermeras Intensivistas Pediátricas En La Muerte De Un Niño: Vivencias, Duelo, Aspectos Bioéticos		x
12.-Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal: Una mirada fenomenológica		x
13.-Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte de un niño en cuidado intensivo.		x
14.-Herramientas que posee el personal de enfermería para enfrentar la muerte de pacientes pediátricos	x	
15.-Capacidad De Afrontamiento De Las Enfermeras Ante La Muerte En Las Unidades De Cuidados Intensivos Pediátricos Y Neonatales En Cartagena, 2016		x
16.-Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.		x
17.-Duelo ante la pérdida perinatal: Actuación de los profesionales de enfermería		x

Nota: Elaborado por Pizano (2020).

Tabla 5*Calificación perceptual para estudios transversales*

Denominación	Calificación	Características
A	Bueno	Cumple todos los aspectos de estructura y contenido que la guía Strobe solicita
B	Promedio	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía Strobe, pero no compromete de forma importante la calidad de los resultados
C	Pobre	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía, y compromete de forma importante la calidad de los resultados
D	-	No medible, no encontrado

Nota: elaborado por Pizano y Ruiz (2020) con base en Llanos *et al* (2017) derivado de la propuesta de la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al*, 2009).

6.1.2. Valoración de la calidad metodológica.

Al final de la evaluación de los artículos con STROBE, la investigadora realizó la siguiente etapa que consistió en clasificarlos con base en lo que establece AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality* de acuerdo con sus siglas en inglés), como se observa en el anexo 1. Con esta clasificación se definió el nivel de evidencia (tabla 5).

Cuadro 1

Artículos evaluados con STROBE

Artículo	Evaluador	Título		Introducción		Métodos		Resultados		Discusión		Calificación
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
2. Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
3. The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
4. Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
5. Estudo fenomenológico sobre a vivência da Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
6. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
7. Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos	1	A		A		A		A		B		B
	2	A		A		A		A		A		A
8. Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A
9. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos	1	A		A		A		A		B		B
	2	A		A		A		A		B		B
10. End-life Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Experiences of Staff and parents.	1	A		A		A		A		A		A
	2	A		A		A		A		A		A

11. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos	1	A		A		A		A		A		A
12. Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal: Una mirada fenomenológica	2	A		A		A		A		A		B
	1	A		A		A		A		A		A
13. Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte de un niño en cuidado intensivo.	2	A		A		A		A		A		A
	1	A		A		A		A		A		A
14. Herramientas que posee el personal de enfermería para enfrentar la muerte de pacientes pediátricos.	2	A		A		A		A		A		A
	1	A		A		A		A		A		A
15. Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en cartagena, 2016.	2	A		A		A		A		A		A
	1	A		A		A		A		A		A
16. Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	2	A		A		A		A		B		B
	1	A		A		A		A		A		A
17. Duelo ante la pérdida perinatal: Actuación de los profesionales de enfermería	2	A		A		A		A		A		A
	1	A		A		A		A		A		A

Nota: elaborado por Pizano, 2020.

Tabla 6*Evaluación de los artículos seleccionados*

Autor (año)	Calificación cualitativa por consenso					Nivel de evidencia / Grado de recomendación
	Título/resumen	Introducción	Métodos	Resultados	Discusión	
1. De Almeida, Moraes y Rocha, 2016.	A	A	A	A	A	III
2. Menine y Pettenon, 2015.	A	A	A	A	A	IV
3. Cricco, 2014.	A	A	A	A	A	III
4. Modernel, et al, 2013.	A	A	A	A	A	III
5. Salgado, Nogueira y Medeiros, 2010.	A	A	A	A	A	IIa
6. Silva, Valença y Germano, 2010.	A	A	A	A	A	IV
7. Silva, et al, 2017.	A	A	A	A	B	Ia
8. Spies, De Lurdes y Stein, 2018.	A	A	A	A	A	III
9. Vazquez, 2012.	A	A	A	A	B	III
10. Cortezzo, et al. 2014.	A	A	A	A	B	Ia
11. García y Riveros, 2013.	A	A	A	A	A	IV
12. Fernández, et al, 2017.	A	A	A	A	A	IV
13. Insusasti, 2016.	A	A	A	A	A	III
14. Caniggia, et al, 2017.	A	A	A	A	A	III
15. Acosta, et al, 2016.	A	A	A	A	A	III
16. Henao y Quiñóez, 2018.	A	A	A	A	B	IV
17. Casanovas y Moreno 2018.	A	A	A	A	A	IIi

6.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos

Finalmente, los artículos seleccionados y evaluados se presentan en las tabla 7 y 8, describiendo las características de cada estudio.

Tabla 7*Descripción de los artículos con diseño cuantitativo*

País/ Año	Título/ Autores	Muestra	Diseño metodológico/ Técnica	Resultados
Argentina,2017	Herramientas que posee el personal de enfermería para enfrentar la muerte de pacientes pediátricos	30 enfermeros profesionales	No experimental, descriptivo y transversal. Instrumento elaborado ex profeso por las investigadoras con cinco preguntas con varias opciones de respuesta.	48% de los enfermeros comprenden el dolor que experimentan los familiares de los pacientes. 60%. 68% de los enfermeros se sienten preparados para afrontar la muerte de un paciente. 43% de los enfermeros consideran que la muerte es un alivio para el paciente. 60% considera que es necesario la contención para el profesional. 36% de los enfermeros consideran que su objetivo es salvar vidas. Ante la muerte de un niño en UCI-P y UCI-N, reportaron con mayor frecuencia que nunca tienden a paralizarse y confundirse al menos por un tiempo 52,4%. 64.1% de los enfermeros mostraron alta capacidad de afrontamiento y adaptación ante la muerte de un niño. Las enfermeras ante la muerte de un niño mostraron alta capacidad 56,3% y muy alta capacidad 43.7%.

Tabla 8*Descripción de los artículos con diseño cualitativo*

País/Año	Título/Autores	Muestra	Diseño metodológico	Fenómeno/técnica	Resultados
Brasil,2016	Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal De Almeida, Moraes y Rocha.	9 enfermeros especialistas en pediatría/neononología	Descriptivo, exploratorio	Vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal/entrevista semi-estructurada.	Los informes muestran que para el personal de enfermería siempre es difícil la muerte de un recién nacido, ya que establece un vínculo fuerte con el bebé y la familia.
Brasil,2015	Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros Menine y Pettenon.	11 enfermeros profesionales	Exploratorio	Percepciones y sentimientos de los enfermeros/Preguntas abiertas.	Además de la difícil aceptación, afrontamiento y asimilación de la finitud de la vida infantil por parte de los enfermeros, se observó que el cuidado que proporciona la enfermería es fundamental en este momento.
U.S.A., 2014	The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care Cricco.	114 enfermeros;96 de ellos eran blancos, 9 afroamericanos, 8 asiáticos, y 1 hispano. Uno era un hombre. Los 18 informantes clave fueron seleccionados de entre los 114 informantes generales, y estas enfermeras proporcionaron	Descriptivo con enfoque etnográfico.	Emotional Labor in Neonatal Intensive Care/entrevista semiestructurada	El trabajo emocional de las enfermeras fue poco reconocido en la atención diaria en la UCIN. El trabajo emocional estaba oculto detrás del comportamiento tranquilo y capaz de las enfermeras y era una parte tácita de la cultura de la UCIN. Se descubrió el trabajo emocional solo a través del desarrollo de la confianza en tiempo, múltiples discusiones

		información más detallada. Su edades oscilaron entre 22 y 51 años, con una media de 33. De los 18 informantes clave, 17 eran mujeres; 16 eran blancos y 2 eran afroamericanos. Siete de los informantes clave tuvieron hijos y 11 no tenían hijos. Dos tenían diplomas de enfermería, 1 tenía un título asociado de 2 años, 14 había 4 años de licenciatura, y 1 tenía una maestría en Enfermería. Estaban divididos casi uniformemente entre los los cuatro niveles de habilidad clínica ascendentes del hospital, de los nuevos graduados en el nivel I, a nivel medio y superior experimentado enfermeras en los niveles II y III, hasta el más alto experto clínico Enfermeras en el nivel IV.			con las enfermeras y repetidas observaciones en diversas situaciones. Un examen detenido de las condiciones emocionalmente exigentes y las enfermeras. Las estrategias de afrontamiento abrieron una ventana al complicado panorama del trabajo emocional. Aunque las enfermeras mostraban un porte competente e imperturbable mientras trabajaban para salvar a los bebés y apoyar a los padres, este examen reveló que su trabajo era realmente muy exigente para sus emociones.
Brasil, 2013	Vivências De Enfermeiras Frente À Morte Na Unidade De Terapia Intensiva	6 enfermeros profesionales.	Descriptivo	Vivências De Enfermeiras Frente À Morte /entrevista semiestructurada	Fue posible verificar que esa unidad es un lugar crítico que requiere a los profesionales que trabajan en ella la convivencia diaria con el límite entre la vida y la muerte.

	Neonatal Modernel, et al.				
Brasil, 2010	Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal Salgado, Nogueira y Medeiros.	12 enfermeros; 6 enfermeros profesionales y 6 enfermeros técnicos.	Descriptivo con enfoque fenomenológico	Vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal/entrevista	Entender el fenómeno estudiado, afirmamos que la muerte del recién nacido dentro de la UCI es una experiencia de sentimientos contradictorios, a veces dolorosas para las enfermeras.
Brasil, 2010	Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Silva, Valenca y Germano.	12 enfermeros; profesionales y técnicos.	Descriptivo con enfoque fenomenológico	Percepciones de la muerte del recién nacido /cuestionario	Desde la esencia de sus discursos, las unidades de significados, que expresan una diversidad de sentimientos comúnmente acompañado de dolor y sufrimiento. El esfuerzo de la comprensión de esta realidad empírica fue apoyada por autores que abordan directa o indirectamente el tema, o están interesados con la condición humana, en sus diversas dimensiones
Brasil, 2017	Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. Silva, et al.	8 enfermeros; 5 profesionales y 3 técnicos.	Descriptivo	Cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos/entrevista semiestructurada	Los resultados de este estudio mostraron las experiencias y desafíos del equipo de enfermería en el contexto de la UCI Neonatal. Las situaciones de fin de vida y muerte muestran poco margen de discusión. Esta experiencia tiene lugar de una manera difícil, que potencialmente empeora en el entorno de la NICU - debido a la dificultad de enfrentarse a la

					muerte en las primeras etapas de la vida.
Brasil, 2018	Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade Spies, De Lurdes y Stein.	35 enfermeros profesionales.	Exploratorio-descriptivo	Percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade/ entrevista semiestructurada	La muerte sigue siendo aprehendida como un fenómeno fragmentado dissociado del proceso de vida humana, aunque se ha evidenciado por la expectativa, por parte de los profesionales, de querer hablar, reflexionar y ampliar su comprensión teórico-práctica.
Bogotá, 2012	Significado De La Experiencia De Dolor Para La Enfermera Ante La Muerte De Neonatos Vázquez.	11 enfermeros profesionales	Descriptivo con enfoque fenomenológico	Dolor para la Enfermera ante la muerte de Neonatos/ entrevista semiestructurada.	Las experiencias de dolor que viven los profesionales de enfermería ante la muerte de los neonatos hospitalizados son: dolor, desasosiego, frustración, tristeza, culpa, desahogo, impotencia y pérdida. La pérdida de un neonato es vivida de manera única e individual por cada uno de los cuidadores, a pesar de que existan elementos comunes. Por lo anterior, se puede afirmar que una misma pérdida tiene un significado distinto para los diferentes profesionales de enfermería, porque cada uno de ellos la percibe de manera diferente, dependiendo del: sentido y calidad de tiempo de cuidado, dependencia o independencia (apego) que se ha generado con el paciente e inversión emocional de la relación establecida con el paciente y/o familiares.

U.S.A., 2014	End-life Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Experiences of Staff and parents. Cortezzo, et al.	184 enfermeros profesionales	Transversal, descriptivo y exploratorio.	Experiences of Staff and parents/ Encuestas que consisten en escalas Likert	Los resultados muestran que nuestra NICU necesita urgentemente desarrollar cuidados paliativos neonatales, adoptar pautas y mantener la educación regular del personal para mejorar la atención al final de la vida de los recién nacidos.
Chile, 2013	Experiencia De Enfermeras Intensivistas Pediátricas En La Muerte De Un Niño: Vivencias, Duelo, Aspectos Bioéticos García y Riveros.	7 enfermeros especialistas en terapia intensiva y pediatría.	Descriptivo con enfoque fenomenológico.	Experiencia de Enfermeras En la Muerte de un Niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos/entrevista.	Queda evidenciado que las(os) enfermeras(os) se ven invadidas(os) por sentimientos de angustia, en ocasiones muy difícil de manejar. En este estudio se pudo constatar que la experiencia se percibe como una vivencia que incluye sentimientos y vínculos, que involucra mecanismos de autodefensa donde la evasión de algunas situaciones les permite mitigar el impacto que la muerte les provoca, esto sin dejar de cumplir con sus obligaciones. Dentro de los discursos señalan que instalan una barrera tratando de mantener distancia para lograr una separación mental y no dejarse invadir. Por otro parte, el dejar de mirar a los padres en el momento de la muerte es utilizado como medio de autoprotección.
Venezuela, 2017	Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal: Una mirada	3 enfermeras profesionales y 2 madres que perdieron a su hijo	Descriptivo con enfoque fenomenológico, hermenéutico.	. Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal/entrevista estructurada.	Se necesita ayuda para poder afrontar la pérdida de un ser querido y mucha preparación para el

	fenomenológica Fernández, et al.				Profesional de enfermería que vive diariamente la muerte de otra persona, para poder abordar esta situación y ayudar a la madre, padre y familia a canalizar su pérdida de manera positiva y no patológica.
Colombia, 2016	Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte de un niño en cuidado intensivo. Insusasti	14 enfermeros técnicos.	Descriptivo con enfoque fenomenológico.	Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte/entrevista semiestructurada.	Las principales respuestas emocionales fueron: tristeza, dolor, impotencia, frustración y culpa. Los participantes manifestaron no tener habilidades emocionales para llevar a cabo el duelo ante la muerte de un niño en cuidados intensivos.
Colombia, 2018	Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en CARTAGENA, 2016. Acosta, et al.	103 enfermeros profesionales.	Descriptivo y de corte transversal	Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte /Encuesta sociodemográfica.	Se tuvo en cuenta que los enfermeros en alta proporción reconocieron que siempre se sienten bien al saber que están manejando el problema lo mejor que pueden 68,9% 71), miran la situación positivamente como oportunidad o desafío 48,5% (50); otros expresaron que raras veces hacen uso del humor para manejar la situación 40,8% (42).
Colombia, 2018	Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	10 enfermeros profesionales	Descriptivo con enfoque fenomenológico, hermenéutico.	Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente/ Entrevista semiestructurada.	Las enfermeras utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones: inhiben los sentimientos frente al paciente y la familia, usan la comunicación y oración con el paciente, así como el acompañamiento para aliviar el sufrimiento de la familia.

	Henao y Quiñoez.				
España, 2018.	Duelo ante la pérdida perinatal: Actuación de los profesionales de enfermería Casanovas y Moreno	23 enfermeras profesionales	Descriptivo	Duelo ante la pérdida perinatal/ entrevista semiestructurada.	Resaltan la falta de formación y herramientas de los profesionales para poder abordar las situaciones de muerte perinatal y el déficit de recursos de apoyo emocional para ofrecer a los padres y/o familias que estas sufriendo la pérdida.

6.3. Análisis de los resultados

Una vez analizados los artículos, se encontró que la mayoría fueron publicados en Brasil (41%), de estudio cualitativo con diseño descriptivo y enfoque fenomenológico (90.4%) en el año 2018. Dentro de la muestra se encontraron 511 enfermeras profesionales, 7 enfermeras especialistas en pediatría y neonatología, 23 enfermeras técnicas; y 2 madres que perdieron a su hijo.

Al análisis de los artículos se identificaron cinco categorías que fueron apoyo psicológico, afrontamiento / no afrontamiento, comprensión emocional, vínculo afectuoso con paciente y familiar, y habilidades emocionales.

El duelo del personal de enfermería ante la muerte de usuarios en las UCIN es percibido por los profesionales de enfermería como parte de su cuidado. Y dentro del cuidado de enfermería está el apoyo psicológico, que lo brinda al familiar del paciente grave, en agonía o que muere. (Caniggia, Cortes y Páez, 2017). El estudio de Caniggia *et al* (2017) reportó que 48% de las enfermeras casi siempre comprenden el dolor de los pacientes, ya que es muy difícil a veces ponerse en el lugar de la familia.

Aunque el apoyo psicológico es fundamental para los familiares de los pacientes de la UCIN, en esta revisión se encontró que se necesita ayuda profesional para afrontar de mejor manera la pérdida de un ser querido y mucha preparación para el profesional de enfermería que vive diariamente la muerte de otra persona, para poder abordar esta situación y ayudar a la madre, padre y familia a canalizar su pérdida de manera positiva y no patológica (Fernández et al, 2017).

Además, las enfermeras resaltan la falta de formación y herramientas de los profesionales para poder abordar las situaciones de muerte perinatal y el déficit de recursos de apoyo emocional para ofrecer a los padres y/o familias que estas sufriendo la pérdida (Casanovas y Moreno, 2018). Es decir, aunque las enfermeras siempre sienten empatía

con los pacientes y familiares, a veces por falta de tiempo no pueden acompañar a la familia en el proceso de duelo. (Caniggia et al, 2017).

Respecto a la categoría afrontamiento o no afrontamiento ante la muerte, se encontró posturas divergentes. Autores como Caniggia et al (2017) refieren que las enfermeras ante la muerte de un niño mostraron alta capacidad y muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación y reportaron con mayor frecuencia que nunca tienden a paralizarse y confundirse al menos por un tiempo; Cortezzo, et al (2014), por su parte señala que la mayoría de las enfermeras informaron que se sienten cómodas para brindar cuidados al final de la vida; y lo mismo sucedió con Acosta et al (2018), quien señaló que los enfermeros en alta proporción reconocieron que siempre se sienten bien al saber que están manejando el problema lo mejor que pueden, miran la situación positivamente como oportunidad o desafío, aunque otros expresaron que raras veces hacen uso del humor para manejar la situación.

Pero, el no afrontamiento ante la muerte en las enfermeras también existe. Menine y Pettenon (2015), mencionan que las enfermeras refieren difícil aceptación, afrontamiento y asimilación de la finitud de la vida infantil, aunque se observó que el cuidado que proporciona la enfermería es fundamental en este momento; esto se confirma con lo reportado por Silva et al (2017), quien enfatiza que la experiencia ante la muerte de un recién nacido tiene lugar de una manera difícil, que potencialmente empeora en el entorno de la UCIN debido a la dificultad de enfrentarse a la muerte en las primeras etapas de la vida.

Para el afrontamiento ante la muerte de un recién nacido en al UCIN, las enfermeras en algunos casos instalan una barrera tratando de mantener distancia para lograr una separación mental y no dejarse invadir (García y Riveros, 2013), o bien las enfermeras utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones tales como la inhibición de los sentimientos frente al paciente y la familia, el uso de la comunicación y oración con

el paciente, así como el acompañamiento para aliviar el sufrimiento de la familia (Henao y Quiñóez, 2018).

Otra categoría encontrada es la comprensión emocional. En ese sentido, se resalta que aunque las enfermeras muestran un porte competente e imperturbable mientras trabajan para salvar a los bebés y apoyar a los padres, un estudio reveló que su trabajo era realmente muy exigente para sus emociones. (Cricco, 2014) y que la muerte del recién nacido dentro de la UCI es una experiencia de sentimientos contradictorios, a veces dolorosas para las enfermeras. (Salgado, Nogueira y Medeiros, 2010). Por eso, la muerte de un recién nacido sigue siendo aprehendida como un fenómeno fragmentado disociado del proceso de vida humana, aunque se ha evidenciado por la expectativa, por parte de los profesionales, de querer hablar, reflexionar y ampliar su comprensión teórico-práctica. (Spies, De Lurdes y Stein, 2018). Y en ese sentido, las enfermeras expresan una diversidad de sentimientos comúnmente acompañado de dolor y sufrimiento. (Silva, Valenca y Germano, 2010).

Otra categoría encontrada fue el vínculo afectuoso con paciente y familiar que la enfermera desarrolla durante el cuidado a los recién nacidos en la UCIN, por lo que le es difícil la muerte de un neonato, ya que establece un vínculo fuerte con el bebé y la familia (De Almeida, Moraes y Rocha, 2016). Aunque, en este sentido cabe señalar que se puede afirmar que una pérdida de muerte tiene un significado distinto para los diferentes profesionales de enfermería, porque cada uno de ellos la percibe de manera diferente, dependiendo de factores como el sentido y calidad de tiempo de cuidado, dependencia o independencia (apego) que se ha generado con el paciente e inversión emocional de la relación establecida con el paciente y/o familiares. (Vázquez, 2012). Por eso, es posible que, como medida de autoprotección, la enfermera deje de mirar a los padres en el momento de la muerte (García y Riveros, 2013), ya que la experiencia se percibe como una vivencia que incluye sentimientos y vínculos, que involucra mecanismos de autodefensa

donde la evasión de algunas situaciones les permite mitigar el impacto que la muerte les provoca, esto sin dejar de cumplir con sus obligaciones. (García y Riveros, 2013).

La última categoría encontrada fue la que se refiere a las habilidades emocionales de las enfermeras ante el proceso de la muerte de los recién nacidos en la UCI. Por lo que es evidente que la UCIN es un lugar crítico que requiere de los profesionales especializados porque trabajan conviviendo de manera diaria con el límite entre la vida y la muerte. (Modernel et al, 2013). La pérdida de un neonato es vivida de manera única e individual por cada uno de los cuidadores, a pesar de que existan elementos comunes (Vázquez, 2012) y expresiones de emociones o respuestas emocionales que evidencian que las enfermeras se vean invadidas por dolor, desasosiego, frustración, tristeza, culpa, desahogo, impotencia, pérdida (Vázquez, 2012), culpa (Insusasti, 2016) y angustia, que en ocasiones es muy difícil de manejar (García y Riveros, 2013). Por ello, muchas enfermeras manifestaron no tener habilidades emocionales para llevar a cabo el duelo ante la muerte de un niño en cuidados intensivos (Insusasti, 2016) y es necesario urgentemente en la UCIN desarrollar cuidados paliativos neonatales, adoptar pautas y mantener la educación regular del personal para mejorar la atención al final de la vida de los recién nacidos (Cortezzo et al, 2014).

VII. Conclusiones

La revisión sistemática del proceso de duelo de enfermería ante la muerte de los usuarios de la UCIN muestra que existen pocos artículos sobre esta temática. Y el enfoque más utilizado fue el cualitativo debido a que dicho proceso resultan ser experiencias y respuestas emocionales individuales y únicas.

En la revisión se localizaron 17 estudios con los que se analizaron los resultados y se encontró que predominaron cinco categorías sobre el proceso de duelo de las enfermeras: apoyo psicológico, afrontamiento / no afrontamiento, comprensión emocional, vínculo afectuoso con paciente y familiar, y habilidades emocionales.

El proceso de la muerte, enfermería lo experimenta desde la formación universitaria, sin que exista preparación para ello, por lo que al ingresar al mercado laboral experimenta emociones para las que no se está preparado.

También, el personal de enfermería vive el proceso de duelo de manera personal con diversas respuestas emocionales, en las que en varias ocasiones no se tiene herramientas ni formación específica para afrontar este proceso.

De igual forma, se encontró que en enfermería, a pesar de las cargas de trabajo se preocupa por acompañar al familiar al momento de la muerte, ya que empatiza con sus sentimientos, aunque suelen instalar barreras para mantener la distancia emocional y no establecer vínculos afectivos con el paciente o la familia aunque no siempre se logra.

VIII. Sugerencias

Con los resultados obtenidos, se sugiere que a partir de la preparación universitaria se implementen estrategias para desarrollar habilidades emocionales, comprensión emocional que permitan llevar a cabo un afrontamiento del proceso de duelo de muerte de los pacientes lo mejor posible.

A la Facultad de Enfermería se le sugiere implementar más educación/estudio en la materia especializada en el área de Tanatología, con ayuda de los profesores encargados de las materias de psicología, salud mental y cuidado del niño.

Además, sería conveniente realizar pláticas grupales al inicio y al final de las prácticas clínicas, para que los estudiantes mantengan sesiones donde socialicen las experiencias que vivieron durante ese período.

De manera específica se sugiere buscar estrategias durante las unidades de aprendizaje del área del conocimiento del cuidado de enfermería que permitan generar concientización sobre la salud mental y atención psicológica estudiantes de la carrera de Enfermería.

Finalmente, también se sugiere que durante la formación se realicen pláticas, disertaciones o simposios acerca del proceso de duelo de muerte de los pacientes neonatales de forma periódica de tal manera que los estudiantes mantengan un acercamiento con su propio proceso de duelo.

IX. Referencias

- Acosta, A. (2016) *Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en Cartagena*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de [Cartagena]
<http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4423/TESIS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Almeida, F. (2016) *Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal*. Artículo científico. [Revista da escola de Enfermagem USP]. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016001100122&script=sci_arttext&lng=pt
- Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. [Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona].
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-662720070006000125.
- Cannigia, A. (2017) *Herramientas que posee el personal de enfermería para enfrentar la muerte de pacientes pediátricos*. Tesis [Facultad de Ciencias Médicas, Argentina].
<https://core.ac.uk/download/pdf/85001041.pdf>
- Cortezzo, D. (2014) *End-of-life care in the neonatal intensive care unit: experiences of staff and parents*. Artículo científico. [American Journal of Perinatology].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25519196/>
- Cricco, R. (2014) *The need to nurse the nurse: emotional labor in neonatal intensive care*. Artículo científico. [Qual Health] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24675967/>
- Fernández, M. (2018) *Experiencias de Enfermería ante la muerte neonatal: una mirada fenomenológica*. Artículo científico. [Revista Agora].
<http://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/116>

- Fernández H. (2019). *Revisiones sistemáticas exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. Artículo de revisión* [Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia].
<http://revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/697/641>
- Ferreira, I. (2011). *Revisiones sistemáticas y meta-análisis: bases conceptuales e interpretación*. Elsevier [Sociedad Española de Cardiología].
<https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893211004507>
- Freitas, T. (2016). *La visión de la Enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enfermería Global*. [Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de la Frontera Sur Campus Chapecó]
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015
- Florez, S. (2002) *Duelo*. [Psiquiatra. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6857874>
- García, V. (2013) *Experiencia de Enfermeras Intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo y aspectos bioéticos. Artículo científico*. [Ciencia y Enfermería].
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011
- Gómez, R. (2017). *Proceso de duelo meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar*. [Universidad Nacional de Colombia].
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5xvcZVa4FfsJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6203594.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Guillem, V. (2008) *Manifestaciones del duelo*. [Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia].
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

- Henao, A. (2019) *Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico*. Artículo científico. [Elsevier]. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-avance-resumen-afrontamiento-las-enfermeras-ante-muerte-S1130239918301123>
- Insuasti, A. (2016) *Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte de un niño en cuidado intensivo*. Tesis [Facultad de humanidades y ciencias sociales, Pontificia Universidad de Javeriana Cali]. <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/4392>
- Labián, B. (2017). *Actuación de enfermería en el duelo por pérdida perinatal*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28597/TFG-L1849.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Linares, e. (2018) *Metodología de una revisión sistemática*. Elsevier. [Actas Urológicas Españolas]. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.010>
- Manterola, C. (2013). *Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas*. Elsevier Doyma. [Cirugía Española]. <https://sci-hub.tw/10.1016/j.ciresp.2011.07.009>
- Menin, G. (2015) *Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros*. Artículo científico. [Revista bioética]. https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es_1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf
- Minguez, P. (20015). *Atención al duelo*. [Actualización en Medicina de Familia]. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1436
- Modernel, X. (2013) *Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal*. [Revista de Enfermagem] <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-33971>

- Navarro, I. (2016) *Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos*. Artículo científico. [EscolaAnnaNery]. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000400231&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Mortalidad neonatal, factores de riesgo y causas: estudio de cohortes prospectivo basado en la población en el Pakistán urbano*. <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-050963-ab/es/>
- Pereira, R. (2010). *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico* [Escuela Vasconavarra de Terapia Familiar. Bilbao. Vizcaya. España]. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Ev.-y-diagn%C3%B3stico-del-duelo-normal-y-pat%C3%B3gico.-R.-Pereira.-2014.pdf>
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/m anuales/duelo/duelo08.pdf>
- Pino, C. (2015) *La revisión sistemática cuantitativa en enfermería*. [Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria] <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/890/RIdEC-v7-n1-enero-junio-2014%20-%20Originales%203%20-%20La%20revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20cuantitativa%20en%20enfermer%C3%ADa.pdf>
- Real Academia Española. (2019). *Concepto de duelo*. [Asociación de Academia de las Asociaciones de la Lengua Española]. <https://dle.rae.es/duelo>
- Sánchez, M. (2010). *Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional*. *Papeles del psicólogo*. [Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España]. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441002.pdf>
- Smud, M. (2016). *Del duelo en la historia hasta nuestra actualidad*. [Facultad de Psicología de Buenos Aires].

<https://www.aacademica.org/000-044/854.pdf>

Silva, L. (2010) *Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. Artigo científico. [Revista Brasileira de Enfermagem REBEn].
<https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/12.pdf>

Silva, L. (2010) *Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido*. Artigo científico. [Revista Brasileira de Enfermagem].
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000200011&script=sci_abstract&tlng=pt

Spies, L. (2018) *Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade*. Artigo científico. [Avances en Enfermería].
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002018000100069&script=sci_abstract&tlng=pt

Urra, M. (2010) *La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud*. Artigo teórico. [Rev. Latino-Am. Enfermagem].
https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_23.pdf

Vásquez, C. (2012) *Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos*. Tesis [Facultad de Enfermería, Universidad de Colombia].
<https://core.ac.uk/download/pdf/11056501.pdf>

Valenzuela, M. (2020) *Duelo perinatal: perspectivas de los Profesionales de la Salud*. Artigo científico. [Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología].
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000300281&script=sci_arttext

X. Anexos

Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Tabla Anexo 1

Grado de recomendación

A	Existe suficiente evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

Nota: Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Tabla Anexo 2

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
Iia	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y aleatorizado.
Iib	La evidencia científica procede de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos o controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
A	Recoge los niveles de evidencia Ia y Ib.
B	Recoge los niveles de evidencia Iia, Iib y III.
C	Recoge los niveles de evidencia IV

Nota: Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

XI. Apéndices

Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda

Base de datos	Localizados	Duplicados	Eliminados	Seleccionados	Artículos	Causa de eliminación
BVS	25	1	17	7		
(duelo) AND (muerte) AND (enfermería) AND (cuidados críticos) AND (neonatos)	2	0	1	1	Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal	
(enfermeras) AND (cuidados críticos) AND (recién nacido prematuros)	3	1	1	1	Neonatal nurses: what about their grief and loss?	Variable
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte) AND (sentimientos) AND (emociones)	20	0	15	5	Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros	
					The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care	
					Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal	
					Estudio fenomenológico sobre la vivencia de la muerte en la unidad de	

					terapia intensiva neonatal	
					Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido	
Conricyt	200	5	194	6		
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte)	179	2	178	1	La situación de enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo	Población
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte) AND (duelo)	21	3	15	5	La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas	Variable
					Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología	Población
					Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade	
					Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal	Población
					Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos	

Dialnet	2	0	1	1		
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte) AND (duelo)	2	0	1	1	¿Cuáles son los sentimientos de los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos neonatal ante la muerte del recién nacido?	
CUIDEN	31	5	30	1		
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte)	31	5	30	1	Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos	
Redalyc	117	3	116	1		
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte) AND (sentimientos) AND (emociones) AND (cuidados críticos)	117	3	116	1	Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer	Población
Google académico						
(enfermería) AND (recién nacidos) AND (muerte) AND (sentimientos) AND (emociones)	7, 510	7	7, 495	15	La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud	Población
					Experiencias de enfermería ante la	

AND (cuidados críticos)					muerte neonatal: Una mirada fenomenológica	
					Vivencias de las enfermeras ante la muerte	
					Respuestas emocionales y comportamientos del personal de enfermería ante la muerte de un niño en cuidado intensivo	
					El duelo ante la muerte de un recién nacido	Población
					Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un instituto especializado de Lima, 2019	
					Herramientas que posee el personal de enfermería para enfrentar la muerte de pacientes pediátricos	
					Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatales en Cartagena, 2016	
					Afrontamiento de las enfermeras ante la	

					muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	
					Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico	Variable
					Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte	Población
					Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos	Variable
					Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España	
					Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos	Población
					Duelo ante la pérdida perinatal: Actuación de los profesionales de enfermería	

Apéndice 2 Lista de verificación evaluación STROBE

Cuadro 1

Lista de verificación para evaluación de artículos

Elemento	Sí	No	Observaciones
Título			
Introducción - Contexto/fundamentos - Objetivos			
Métodos - Diseño del estudio - Contexto - Participantes - Variables - Fuentes de datos/ medidas - Sesgos - Tamaño muestral - Variables cuantitativas - Métodos estadísticos			
Resultados - Participantes - Datos descriptivos - Datos de las variables de resultado - Resultados principales - Otros análisis			
Discusión - Resultados clave - Limitaciones - Interpretación - Generabilidad			

Nota: elaborada por Pizano y Ruiz (2020) con base en la Declaración STROBE (Vandenbroucke et al, 2009)

Apéndice 3 Artículos evaluados con STROBE

Cuadro 1

Lista de verificación para evaluación de artículos descriptivos

Artículo	Evaluador	Título		Introducción		Métodos		Resultados		Discusión		Total	Observaciones
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1. De la Figuera, 2012 Título	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
2.	1	X		x		x		x		x			
	2	x		x		x		x		x			
3.	1	X		x		x		x		x			
	2	x		x		x		x		x			
4.	1	X		x		x		x		x			
	2	x		x		x		x		x			

Apéndice 4 Categorías de análisis

Apoyo psicológico	Afrontamiento / no afrontamiento	Comprensión emocional	Vínculo afectuoso con paciente y/o familiar	Habilidades emocionales
Enfermería siempre brinda apoyo psicológico al familiar del paciente que muere. (Caniggia, Cortes y Páez, 2017).	Las enfermeras ante la muerte de un niño mostraron alta capacidad y muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación ante la muerte de un niño. Reportaron con mayor frecuencia que nunca tienden a paralizarse y confundirse al menos por un tiempo. (Caniggia, Cortes y Páez, 2017).	Las enfermeras comprenden el dolor que experimentan los familiares de los pacientes	Para el personal de enfermería siempre es difícil la muerte de un recién nacido, ya que establece un vínculo fuerte con el bebé y la familia (De Almeida, Moraes y Rocha, 2016)	La UCIN es un lugar crítico que requiere a los profesionales que trabajan en ella la convivencia diaria con el límite entre la vida y la muerte. (Modernel et al., 2013)
Resaltan la falta de formación y herramientas de los profesionales para poder abordar las situaciones de muerte perinatal y el déficit de recursos de apoyo emocional para ofrecer a los padres y/o familias que estas sufriendo la pérdida (Casanovas y Moreno, 2018).	Además de la difícil aceptación, afrontamiento y asimilación de la finitud de la vida infantil por parte de los enfermeros, se observó que el cuidado que proporciona la enfermería es fundamental en este momento. (Menine y Pettenon, 2015).	Aunque las enfermeras mostraban un porte competente e imperturbable mientras trabajaban para salvar a los bebés y apoyar a los padres, este examen reveló que su trabajo era realmente muy exigente para sus emociones. (Cricco, 2014).	Se puede afirmar que una pérdida de muerte tiene un significado distinto para los diferentes profesionales de enfermería, porque cada uno de ellos la percibe de manera diferente, dependiendo del: sentido y calidad de tiempo de cuidado, dependencia o independencia (apego) que se ha generado con el paciente e inversión emocional de la relación establecida con el paciente y/o familiares. (Vázquez, 2012).	Las principales respuestas emocionales fueron: tristeza, dolor, impotencia, frustración y culpa. Los participantes manifestaron no tener habilidades emocionales para llevar a cabo el duelo ante la muerte de un niño en cuidados intensivos (Insusasti, 2016).
Se necesita ayuda para poder afrontar la pérdida de un ser querido y mucha preparación para el profesional de enfermería que vive diariamente la muerte de otra persona, para poder abordar esta situación y	Los resultados de este estudio mostraron las experiencias y desafíos del equipo de enfermería en el contexto de la UCI Neonatal. Las situaciones de fin de vida y muerte muestran poco margen de discusión. Esta experiencia tiene lugar de una manera difícil, que	Afirmamos que la muerte del recién nacido dentro de la UCI es una experiencia de sentimientos contradictorios, a veces dolorosas para las enfermeras. (Salgado, Nogueira y Medeiros, 2010).	Por otro parte, el dejar de mirar a los padres en el momento de la muerte es utilizado como medio de autoprotección (García y Riveros, 2013).	Los resultados muestran que nuestra NICU necesita urgentemente desarrollar cuidados paliativos neonatales, adoptar pautas y mantener la educación regular del personal para mejorar la atención al final de la vida de

ayudar a la madre, padre y familia a canalizar su pérdida de manera positiva y no patológica (Fernández et al., 2017).	potencialmente empeora en el entorno de la NICU - debido a la dificultad de enfrentarse a la muerte en las primeras etapas de la vida. (Silva et al., 2017).			los recién nacidos (Cortezzo et al., 2014).
	La mayoría de los proveedores informaron que se sienten cómodos brindar cuidados al final de la vida (Cortezzo, et al., 2014).	Desde la esencia de sus discursos, las unidades de significados, que expresan una diversidad de sentimientos comúnmente acompañado de dolor y sufrimiento. El esfuerzo de la comprensión de esta realidad empírica fue apoyada por autores que abordan directa o indirectamente el tema, o están interesados con la condición humana, en sus diversas dimensiones (Silva, Valenca y Germano, 2010).		Las experiencias de dolor que viven los profesionales de enfermería ante la muerte de los neonatos hospitalizados son: dolor, desasosiego, frustración, tristeza, culpa, desahogo, impotencia y pérdida (Vázquez, 2012).
	Las enfermeras utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones: inhiben los sentimientos frente al paciente y la familia, usan la comunicación y oración con el paciente, así como el acompañamiento para aliviar el sufrimiento de la familia (Henao y Quiñóez, 2018).	La muerte sigue siendo aprehendida como un fenómeno fragmentado disociado del proceso de vida humana, aunque se ha evidenciado por la expectativa, por parte de los profesionales, de querer hablar, reflexionar y ampliar su comprensión teórico-práctica. (Spies, De Lurdes y Stein, 2018).		La pérdida de un neonato es vivida de manera única e individual por cada uno de los cuidadores, a pesar de que existan elementos comunes (Vázquez, 2012).
	Se tuvo en cuenta que los enfermeros en alta proporción reconocieron que siempre se sienten bien al saber que están manejando el problema lo mejor que pueden, miran la situación positivamente como oportunidad o desafío; otros expresaron que raras veces hacen uso del			Queda evidenciado que las(los) enfermeras(os) se ven invadidas(os) por sentimientos de angustia, en ocasiones muy difícil de manejar. En este estudio se pudo constatar que la experiencia se percibe como una vivencia que incluye sentimientos y vínculos, que

	humor para manejar la situación (Acosta et al. ,2018).			involucra mecanismos de autodefensa donde la evasión de algunas situaciones les permite mitigar el impacto que la muerte les provoca, esto sin dejar de cumplir con sus obligaciones. (García y Riveros, 2013).
	Dentro de los discursos señalan que instalan una barrera tratando de mantener distancia para lograr una separación mental y no dejarse invadir (García y Riveros, 2013).			