

Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal

Jorge Iván Toro Bermúdez*

Lorena Mesa M**

Javier F Quintero O***

*Psicólogo. Magister en Psicología Clínica. Docente del programa de Psicología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Miembro activo de Grupo de Investigación en Psicología, Salud, Administración y Docencia. Bogotá D.C. Colombia.

**Enfermera. Posdoctorado Salud Pública. Magister en Salud Pública. Master en Economía de la Salud. Investigadora. Miembro activo de Grupo Perspectivas del Cuidado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

***Psicólogo. Magister en Psicología Clínica. Docente del programa de Psicología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Jefe de Servicio de Psicología Hospital de San José. Miembro activo de Grupo de Investigación en Psicología, Salud, Administración y Docencia. Bogotá D.C. Colombia.

Correspondencia: Prof. Jorge Iván Toro Bermúdez. Carrera 50B No. 67-38. Barrio San Miguel. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: jitoro@fucsalud.edu.co. Teléfono: (+57) 4375400 ext: 5122.

RESUMEN

Introducción: la muerte de un hijo es un proceso complejo y dramático; el equipo de salud describe dificultades para abordar esta situación. **Objetivos:** identificar en la literatura científica las principales prácticas de los profesionales en la atención de padres o familiares de un recién nacido que fallece en institución hospitalaria y determinar cuáles facilitan el desarrollo del duelo. **Metodología de búsqueda:** revisión integrativa de la literatura científica. 33 artículos superaron la evaluación de calidad metodológica y se incluyeron en la revisión. **Resultados:** se identificaron dos tipos de prácticas que los profesionales desarrollan con la familia en duelo: de soporte, por ejemplo facilitar el acercamiento al bebé fallecido y la fotografía postmortem; y de no soporte, por ejemplo la ausencia de consentimiento previo antes de que un grupo de estudiantes presencien un procedimiento específico o asumir actitudes hostiles hacia el paciente. **Discusión:** como reportan otros estudios, las prácticas de soporte tienen como base una comunicación veraz, adecuada y permanente entre el profesional y los familiares. Las prácticas de no soporte podrían relacionarse con el estrés de los profesionales, ante el fallecimiento de los pacientes y de las características propias de la formación médica. **Conclusiones:** los profesionales desarrollan diversas prácticas en el acompañamiento al familiar doliente, algunas de las cuales brindan un mejor desarrollo del duelo, como las prácticas de soporte. **MÉD. UIS. 2017;30(3):89-100.**

Palabras clave: Cultura. Pesar. Muerte Neonatal.

Practices in the care of the mourning family after the death of the neonate in the neonatal intensive care unit

ABSTRACT

Introduction: a child's death is a complex and painful process; the health staff describes difficulties to affront it. **Objective:** to identify the practices performed by the health staff to tackle the family of a newborn death into the hospital and determine which facilitates the grieving process. **Searching methodology:** integrative review of scientific literature. 33 articles surpassed the methodological quality assessment and were included in the review. **Results:** two kinds of practices were identified: support practices, such as facilitating the approach to the deceased baby and the postmortem photography; and non-support practices, such as the absence of prior consent before a group of students witness a specific procedure or hostile attitudes towards the patient. **Discussion:** the support practices are based on a truthful, adequate and ongoing communication between family and staff. On the contrary, the non-support practices are in relation with the high stress professionals are feeling, which come from the nature of the death event and the medical education characteristics. **Conclusions:** professionals implement practices in the accompaniment to the suffering family member, some of which allow a better development of the grieving process. **MÉD. UIS. 2017;30(3):89-100.**

Keywords: Culture. Grief. Neonatal Death.

¿Cómo citar este artículo?: Toro JI, Mesa L, Quintero JF. Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. MÉD.UIS. 2017;30(3):89-100.

INTRODUCCIÓN

La muerte de un hijo es un proceso complejo y dramático para sus familiares ya que esta experiencia emerge como uno de los fenómenos de estrés emocional más intensos que puede experimentar una persona a lo largo de la vida, con grandes implicaciones para el rol social, la vida de la pareja y los vínculos sociales inmediatos^{1,3}. La complejidad del fenómeno no se relaciona con la edad del hijo que muere; incluso, popularmente se creía que la muerte de un recién nacido, al carecer del tiempo suficiente para que se establecieran fuertes lazos de unión, producía menos aflicción. Sin embargo, de acuerdo con Montesinos y Muñoz⁴, los miembros de las familias que han vivido la pérdida de un recién nacido “experimentan una pena que es penetrante, intensa, compleja y constante”, que corresponde a la respuesta típica del duelo.

Ante esta situación es sensato pensar que el duelo es un proceso presente en esta experiencia de vida; López⁵ y Bautista⁶ describen que el familiar en duelo perinatal o neonatal experimenta insensibilidad, aturdimiento, añoranza, conductas de búsqueda, irritabilidad, debilidad, sentimientos de culpa o vergüenza, desorientación, desorganización de la cotidianidad, vacío existencial, desamparo, enojo, depresión, y negación; algunas mujeres, incluso, refieren escuchar el llanto o movimientos del bebé. Por lo general estos duelos no son tratados; Sin embargo, pueden complicarse y facilitar la aparición de trastornos psiquiátricos tales como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático⁵. Según Worden⁷, el sujeto en duelo debe resolver activamente 4 tareas: (1) aceptar la realidad de la pérdida, (2) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, (3) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y (4) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. La no superación de algunas de estas tareas implicaría el duelo patológico.

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) es el área en la cual el equipo de salud debe enfrentarse al monitoreo, cuidado y asistencia permanente del neonato en estado de salud crítico⁸, y en muchas ocasiones, a la realidad de su muerte. Algunos estudios

demuestran que el contacto repetitivo con la muerte puede tener un impacto negativo en la salud mental de los profesionales⁹; por ejemplo, algunas investigaciones, describen que la muerte de un niño para el personal de enfermería es una vivencia dolorosa, dura, difícil, compleja; que cansa y es desgarradora^{10,11}.

Además del impacto emocional, en general los profesionales del área de la salud tienden a vivir la muerte de sus pacientes como un fracaso a sus competencias, como si negaran el hecho de que la muerte es un fenómeno natural, convirtiéndola en un proceso técnico. Así, utilizan diversos tipos de estrategias o mecanismos de defensa para evadir la muerte y sus efectos: tratan de sentirse bien, asumen actitudes negativas o agresivas, intentan retrasar la muerte (encarnizamiento terapéutico) o acelerarla (eutanasia), asumen una postura de “defensores” de los enfermos, dimisión y abandono; hablan y escuchan menos a los pacientes, se establece una excesiva distancia emocional y se ocupan exclusivamente de los síntomas y aspectos físicos, entre otros¹². Todo lo anterior trae como consecuencia en el profesional el bloqueo del contacto afectivo, impidiendo el sufrir y el agotamiento de la energía psíquica que se vive como cansancio o *burnout*¹⁰. Además, aunque la muerte de un paciente es un momento importante para el trabajo multidisciplinario e integrador, se observan tendencias a la fragmentación de la atención y acompañamiento del proceso del duelo⁴.

En línea con lo anterior, Tejedor y Cols⁹, afirman que cuando el neonato presenta una enfermedad incurable o va a morir, es muy importante para los miembros de la UCIN el cuidado tanto del recién nacido como de sus familiares, de modo que se logre evitar la mayor cantidad de sufrimiento, sin embargo, la respuesta del personal sanitario no es la más adecuada⁹. Se considera que en la UCIN hay barreras que se interponen en la comunicación y atención de la familia durante la muerte del paciente, tales como la presión del tiempo y el espacio físico, la ausencia de privacidad, además, la movilización de fuertes sentimientos de dolor en el profesional puede entorpecer sus respuestas¹³.

Respecto de lo anterior, el estudio de Campo y Cotrina¹⁴ refieren que las enfermeras, profesionales

más cercanas a los pacientes y sus familias en las UCI, no se sienten capacitadas para ofrecer los cuidados ante la muerte ni de poseer mecanismos de afrontamiento; actuando según su experiencia, pero sin capacitación específica. Por esto, recomiendan la formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación; siendo necesario el aprendizaje de las destrezas para proporcionar apoyo humano al familiar.

Es importante facilitar a los equipos de las UCIN herramientas que favorezcan el abordaje del duelo y faciliten el afrontamiento emocional de los profesionales. Por esta razón, la presente revisión tuvo como objetivo describir las principales prácticas del equipo de salud de la UCIN en la atención de familiares del neonato fallecido y determinar cuáles facilitan el desarrollo del duelo del doliente.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura científica. Para ello se realizaron búsquedas electrónicas en nueve bases de datos desde el servidor de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud de Bogotá y en el repositorio de la Universidad Nacional de Colombia (Ver Tabla 1). Las búsquedas fueron realizadas entre marzo y junio de 2015.

Se establecieron como criterios de selección: artículos en inglés o español, de investigación original y de revisión que usaran metodologías cualitativas o cuantitativas, publicadas entre el 2005 y el 2015, cuyo objetivo se relacionara con las prácticas de abordaje del duelo o el acompañamiento a familiares después de la muerte perinatal.

Fueron identificados un total de 73 745 títulos, de los cuales se preseleccionaron, según los criterios, 123. Se hizo una selección por resumen y de acuerdo con la pertinencia se incluyeron 60 artículos, los cuales fueron recuperados a texto completo para una lectura exhaustiva y corroborar que respondieran al objetivo propuesto de la revisión.

En total 39 artículos fueron sometidos a revisión de la calidad metodológica. Este proceso se llevó a cabo utilizando las listas de verificación de CASPE y STROBE, según la metodología reportada en cada uno de los artículos seleccionados. Se integraron aquellos estudios que tuvieran una puntuación

superior a la media posible, de acuerdo con el total global según cada lista; 6 artículos no cumplieron con la calidad metodológica esperada (Ver Figura 1). 33 artículos con metodologías cualitativas, cuantitativas y mixtas superaron la revisión de calidad metodológica y se incluyeron en la revisión (Ver Anexo 1). Se identificaron 4 estudios de revisión y 29 originales o primarios, de estos últimos, 17 reportaron algún método del paradigma cualitativo y 4 usaron metodologías mixtas (Ver Figura 1).

Tabla 1. Bases de datos, ecuaciones utilizadas y resultados obtenidos

Base de datos	Ecuación	Resultados
ESBCO DISCOVERY SERVICE	<i>practice AND culture AND "perinatal death"</i>	1003
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	<i>(practice OR culture) AND "perinatal death"</i>	73
Pubmed	<i>(practice OR culture) AND "perinatal death"</i>	99
ScienceDirect	<i>(practice OR culture) and ("perinatal death")</i>	2330
J-STORE	<i>(practice OR culture) AND "perinatal death"</i>	94
Repositorio UNAL	Muerte neonatal	276
Cuiden	Muerte neonatal	66
Google Scholar	práctica emociones atención en salud muerte prenatal	9520
ProQuest	<i>(practice OR culture) AND "perinatal death"</i>	60 284
TOTAL:		73 745

Fuente: Autores, 2015.

Para el registro de los resultados se construyó y diligenció una matriz donde se incluyó: tema o fenómeno de estudio de la investigación, objetivo, metodología, principales resultados y recomendaciones, posteriormente se llevó a cabo el análisis temático.

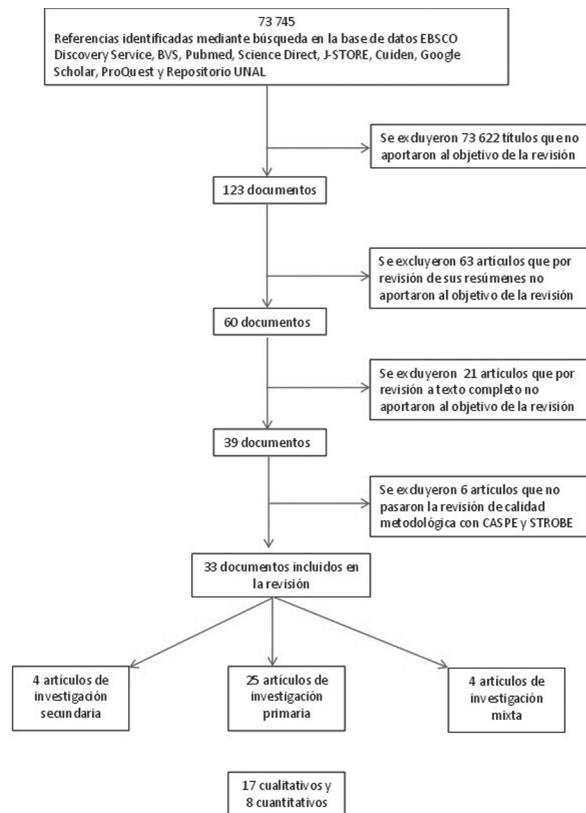


Figura 1. Selección sistemática de artículos
Fuente: Autores, 2015.

RESULTADOS

El análisis temático permitió identificar y organizar los resultados de los diversos estudios incluidos en dos tipos de prácticas que los profesionales desarrollan con la familia en duelo. Estas prácticas fueron de soporte y de no soporte.

PRÁCTICAS DE SOPORTE

Implican acciones desarrolladas por los diferentes miembros del equipo de salud dirigidas a dar soporte a familiares y facilitar el curso natural y sano del duelo. Los recursos personales, profesionales e institucionales frente a la muerte neonatal, se concentran en promover la recuperación, la calidad de vida y el restablecimiento social de la familia doliente¹⁵. Para Aho y Cols¹⁶ las intervenciones de este tipo son complejas, ya que involucran la participación tanto de personal profesional como no profesional^{16,17} y son invaluable para los padres al momento que fallece el bebé¹⁷.

Los estudios revisados describieron dentro de este grupo de prácticas: permitir al doliente algún tipo de recuerdo, respeto a la autonomía de los padres dolientes, facilitar la interacción con el bebé fallecido, promover la expresión de sentimiento por parte de los padres, utilización de humor apropiado, ceder tiempo para acompañar y escuchar al doliente, ceremonia privada, llamadas de seguimiento, y capacitación y educación a profesionales. Algunos estudios reportan beneficios en los dolientes a partir de la implementación de estas prácticas de soporte, pues ayudan al curso normal del duelo, ajuste, o afrontamiento general de los padres y previenen la complicación el dolor emocional¹⁸.

Los rituales post mortem son reportados por la literatura como una forma de facilitar los recuerdos¹⁹⁻²², aunque se desconoce hasta qué punto estas acciones pueden ayudar el proceso de duelo²⁰. En su revisión sistemática Gold y Cols²¹ describen varias prácticas relacionadas con la generación de recuerdos, entre ellas la fotografía postmortem, ver y sostener al bebé y desarrollar ceremonias privadas. Vásquez¹⁵ describe la práctica de los miembros del equipo profesional que decide hacer un minuto de silencio luego del fallecimiento del neonato. La fotografía postmortem tiene un lugar privilegiado. Blood y Cacciatore¹⁹ comentan que la utilización de la fotografía postmortem tiene un gran valor; perder la oportunidad de tomar una fotografía en el momento de crisis podría ser irremediable y una fuente de arrepentimiento. Estos mismos autores en otro artículo, concluyeron que entre más joven sea el infante, más dados van a estar los padres a esta práctica²³.

Por su parte, Cacciatore y Cols²² describen la experiencia del “profesionalismo compasivo”, la cual consistente en dar soporte a padres facilitando los rituales post mortem, tratándolos con respeto y dignidad; legitimando su paternidad como si el bebé hubiera nacido vivo, y cuando el profesional permite y facilita las memorias a través de impresiones de las huellas de los pies, fotos o recortes de cabello²². Además, estudios descriptivos han demostrado que la experiencia de ver y sostener el cadáver del bebé, en compañía de profesionales compasivos, sensitivos, expertos, es por lo general muy positiva^{17,20}.

Varios estudios hacen alusión al respeto sobre la toma de decisiones como una práctica asertiva^{20,24-27}. Pastor y Cols²⁰ y Gonçalves y Santiago da Rocha²⁸ por ejemplo, hablan de respetar la decisión de los padres de ver y tocar a su hijo. Asimismo, Einaudi y Cols²⁹ describen como prácticas de soporte permitir a los padres la participación en el proceso de toma de decisiones, tener en cuentas sus elecciones y mantenerlos bien informados en todas las etapas del proceso. Heazell y Cols³⁰ hablan de los padres dolientes que deben decidir si permiten o no el examen postmortem luego del nacimiento de un bebé muerto. Proponen que para algunos padres, permitir la autopsia puede tener un impacto positivo emocionalmente al permitir el “cierre” al conocerse las causas del deceso. En línea con lo anterior, Chan y Cols²⁶ describen que de acuerdo con las enfermeras encuestadas, la creación de un programa de consejería para el manejo del duelo debería estar fundamentada en la toma de decisiones de los padres durante todo el proceso de atención.

Gold³¹, en su revisión sistemática, encuentra que en la mayoría de los estudios incluidos, las enfermeras son vistas por los padres como más dadas a dar soporte que los médicos y reciben las mejores calificaciones de satisfacción por parte de los padres, quienes valoran la educación sobre el duelo y el soporte emocional que ellas brindan. Los profesionales mejor puntuados tienden a dar soporte emocional, físico y educación; toman de su tiempo para hablar con la familia y permanecer con ellos. Las enfermeras que les permiten a los padres llorar, que utilizan su humor de modo apropiado y que están dispuestas a pasar tiempo extra con la familia, son vistas por los padres como particularmente receptivas³¹.

Salgado-Pereira y Cols³² describen en las enfermeras intensivistas, quienes enfrentan la muerte de recién nacidos, sentimientos de pérdida y tristeza que alimentan su capacidad de empatía con la familia doliente. La enfermera identificada con el dolor de la madre podría llorar con ella, abrazarla o intentar consolarla. En esta misma línea, Gonçalves y Santiago da Rocha²⁸ hablan de la preocupación del equipo de enfermería por el dolor de la familia, de la necesidad de participar de su sufrimiento.

Los estudios incluidos mencionan que la capacitación y el soporte a los profesionales son otras prácticas de soportes en la medida en que los prepara para un mejor abordaje. Los hallazgos de Chan y Arthur²⁵ indican que el soporte y la educación son necesarios

para ayudar a las enfermeras en la atención a padres dolientes, así como el entrenamiento en consejería y la supervisión, los cuales reducen la vivencia de estrés y aumentan la competencia de los profesionales novatos. Donovan y Cols¹⁸ recomiendan para una mejor práctica desarrollar programas formales guiados teóricamente y basados en la evidencia, favorecer la comunicación en la continuidad del cuidado en todas las etapas de la atención, asegurar la comunicación entre la comunidad, la familia, el hospital y proveer educación, soporte y formación al equipo técnico. Por su lado, Chan y cols²⁶ recomiendan mejorar las habilidades comunicativas y el soporte emocional para los profesionales. Donovan y Cols¹⁸ en su estudio identificaron como las prácticas más comunes como el contacto telefónico en intervalos definidos, proveer de recursos materiales a los padres y grupos de apoyo, siendo el único estudio que habla del seguimiento como práctica de soporte. McCool y Cols³³ igualmente describen el seguimiento presencial en el hogar de los padres como práctica. Algunos padres encuentran muy útil en el proceso de duelo participar en grupos de apoyo o recibir psicoterapia³⁴.

Finalmente, dos apreciaciones frente a las prácticas de soporte. Por una parte, Castro y Cols³⁵ posibilitan ver la necesidad de pensar en la cultura de los padres frente al cuidado del neonato y por lo tanto frente a la propia muerte; relevan el asunto de una práctica “culturalmente fundamentada” y negociada. Por otra parte, a partir del estudio de Pimenta y Cols³⁶ se deduce que la mejor práctica profesional frente a la muerte es evitándola y, un buen seguimiento prenatal reduce significativamente este riesgo.

PRÁCTICAS DE NO SOPORTE

Esta temática emerge al encontrar en los resultados de los artículos incluidos una serie de prácticas que se consideran poco asertivas e ineficaces a la hora de la atención del duelo. En términos generales estas prácticas se relacionan con la falta de comunicación, la falta de consideración por las necesidades y preferencias del familiar, la evitación del abordaje y el impacto emocional negativo y, frustración que la muerte neonatal causa en los profesionales.

La escasa comunicación se presenta en diversos momentos del proceso de atención y afecta principalmente la participación de los familiares en la toma de decisiones²⁴. Uno de los aspectos que se describe en los estudios es el temor de los

profesionales de decir algo equivocado o de hacer daño con las palabras, y por lo tanto, prefieren no acompañar o no intervenir^{15,37,38} es decir, evitan actuar^{20,31,39}. Por estas actitudes negativas asumidas, los familiares llegan a considerar que los profesionales niegan la gravedad de la pérdida o que la muerte no es importante. Cuando se decide hacer algo por parte de los profesionales, se reduce a aspectos de manejo biomédico de la situación, por ejemplo sugerir medicación a los padres²⁰. El estudio de Pastor y Cols²⁰, además, señala que la evitación y otras actitudes negativas hacia el proceso del duelo se dan como mecanismo de defensa por parte de los profesionales. En relación con lo anterior, Silva y Cols¹¹ en un estudio de características similares, señalan que esta tendencia a la evitación se relaciona con una escasa preparación para el abordaje del duelo. Al respecto, Gold³¹ concluye que los profesionales de medicina tienden a dar menos soporte que otros profesionales en la unidad y esto se interpreta por parte de los familiares como insensibilidad frente a su dolor^{22,31}.

Willick⁴⁰ describe prácticas que fueron vividas por los padres como faltas de consideración a sus necesidades y preferencias: ceñirse estrictamente a las reglas de la institución (por ejemplo en lo que concierne a las visitas), la ausencia de consentimiento previo antes de que un grupo de profesionales y/o estudiantes presencien un procedimiento específico, bautizar al bebé sin previo consentimiento de los padres y no revelar al doliente información referida a un mal pronóstico.

Un extremo en las prácticas de no soporte es la referida por Reynolds y Cols⁴¹ quienes identifican a través de un estudio transversal la presencia de violencia horizontal en las unidades de cuidado perinatal, evidenciado en trato hostil y violento relacionado con el estrés, el ambiente y las cargas laborales de los profesionales, específicamente de las enfermeras⁴¹. La presencia de este trato violento, genera formas erráticas de abordar tanto a la familia del neonato hospitalizado como a la familia en duelo³¹.

En contraste con lo descrito anteriormente, diversos estudios^{11,15,28,42-45}, demuestran que la muerte en la Unidad de Cuidado Intensivo produce un impacto emocional negativo en los profesionales, ocasiona tristeza y conflicto con su práctica, hasta llegar a considerar que no hicieron lo suficiente, generando

frustración y emociones que desencadenen una práctica no asertiva en el abordaje del duelo.

Llama la atención los resultados del estudio de Moura y cols³, que consistió en la revisión retrospectiva de registros clínicos, y que mostró la carencia de planes de seguimiento y acompañamiento en los servicios de salud.

DISCUSIÓN

Las prácticas desplegadas por los miembros de la UCIN en la atención a los familiares dolientes cuentan con características o cualidades que facilitan o no el desarrollo del duelo. Las prácticas de soporte y de no soporte se diferencian en lo que respecta a: la cercanía emocional con el doliente; canales de comunicación y calidad de la comunicación con los miembros de la familia; reconocimiento y respeto de las necesidades del doliente; la capacidad de empatía con el doliente; facilitar el contacto del doliente con su propio dolor mental; creencias y representaciones sobre la muerte y la labor del profesional en salud; y el apoyo interdisciplinario. Lo cual es congruente con lo encontrado en otras investigaciones del área hospitalaria en contexto latinoamericano.

La revisión integrativa permite concluir que las prácticas profesionales de soporte implican: una aproximación emocional al familiar del paciente, proteger y facilitar los canales de comunicación, respetar su autonomía y reconocer sus necesidades, incluyendo la necesidad de sentirse útil en el proceso de atención al paciente. Es posible considerar que las prácticas de soporte tienen como base una comunicación veraz, adecuada y permanente entre el profesional y los familiares. Aspecto que coincide con el estudio de Ballesteros⁴⁴ desarrollado en el contexto colombiano, en el cual se observó que el familiar demanda del profesional: “amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible” tendientes a satisfacer las necesidades de información, de obtener una comunicación humanizada y un apoyo en situación de vulnerabilidad y de poder expresar sentimientos (contención emocional).

Permitir el contacto de los familiares con el paciente, hacerlos partícipes de la toma de decisiones y brindarles acompañamiento se evidencian como prácticas de soporte en los artículos revisados, lo que concuerda con lo observado por Montoya

y Cols⁴⁶ quienes encuentran que las familias con mayores recursos de afrontamiento son aquellas que “comprenden los procesos que se desarrollaran en las unidades de cuidados intensivos y pueden aportar al cuidado del paciente” y además consideran que las prácticas de soporte son “dar información, el apoyo interdisciplinario, permitir las visitas y el acompañamiento”. A pesar que este último estudio referenciado fue desarrollado en unidad de cuidado intensivo para adultos, es posible considerar que el adecuado abordaje del duelo es similar para pacientes de cualquier edad⁴⁶.

Díaz y Cols⁴⁷ describen las formas de comunicación que se da entre las familias y el paciente ante la aparición de una enfermedad oncológica en fase avanzada. Concluyen que las familias con una comunicación veraz del diagnóstico y el pronóstico constituyen vínculos de soporte mutuo, permiten mayor flexibilidad de roles, facilitan la interacción entre sus integrantes y brindan mayor apoyo al paciente.

Las percepciones de los familiares ratifican la pertinencia de estas prácticas. En un estudio desarrollado en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá en el año 2008⁴⁸ se observó que para los padres es fundamental la comunicación asertiva con las enfermeras, lo que implica que se les permita expresar sus sentimientos, pensamientos u opiniones; igualmente, esperan encontrar una relación asertiva, empática y cálida con estos profesionales y una comunicación oportuna y clara. Desean que sean respetadas sus creencias religiosas. Los padres aprecian los esfuerzos de las enfermeras por contenerlos emocionalmente y que se les tenga en cuenta en la toma de decisiones. En un estudio realizado en tres salas de espera de las unidades de cuidado intensivo adulto de la Fundación Oftalmológica de Santander⁴⁹ se observó que para los familiares del paciente, que tratan de afrontar el dolor, el sufrimiento y el duelo, es valioso que les mantengan informados de manera detallada acerca de la condición del enfermo, sentirse atendidos por un equipo cálido, humano y cualificado, y poder soportarse en sus creencias religiosas.

Por otro lado, las prácticas de no soporte implican en todo sentido la evitación del doliente por parte del profesional: distancia o desensibilización emocional, no reconocer sus necesidades, no hacerlo partícipe de la toma de decisiones, ausencia o comunicación limitada. Estas prácticas pueden

estar relacionadas con el estrés de los profesionales derivado del ambiente laboral, de la propia situación de fallecimiento de los pacientes y de las características propias de la formación médica. Al respecto el estudio de Artiaga⁵⁰, desarrollado en un país del contexto latinoamericano, demuestra una alta correlación entre la comunicación de la noticia de muerte y la generación de estrés en médicos y enfermeras, además, este mismo estudio afirma que:

“... el profesional en medicina, pasa por un proceso de desensibilización que da inicio a partir de las primeras prácticas en el contexto hospitalario y que se reproduce constantemente como una característica de este gremio, se considera que esta desensibilización termina muchas veces con la despersonalización y minimización de la muerte”⁵⁰. Aunque el estudio de Artiaga⁵⁰ fue desarrollado en servicios no pediátricos ni de neonatología, algunos de los estudios incluidos en la presente revisión, reportan también que los padres de los niños fallecidos refirieron que los profesionales médicos parecen insensibles ante la muerte de los neonatos. En contraste, el estudio de Lopes⁵¹ señala que las prácticas poco asertivas en el abordaje del duelo se relacionan con la cultura y las representaciones sociales frente a la muerte, pues es un tema para el cual no se forma al profesional de la salud, a quien se le inculca que su misión y labor es la vida y el cuidado del ser humano vivo, por lo cual la muerte resulta un tema fuera de su dominio técnico.

La falta de comunicación identificada en la presente revisión como una práctica que no favorece los procesos de duelo en los padres que experimentan la pérdida de su neonato, ha sido señalada en otros estudios como uno de los principales aspectos a mejorar en los procesos de atención⁵²⁻⁵⁷ y a la necesidad de preguntar explícitamente las decisiones sobre el cuerpo muerto del neonato. En la investigación del Hospital Universitario de la Samaritana se observó que los padres evalúan como negativas circunstancias tales como: “cuando las enfermeras tienen muchos neonatos a cargo, cuando no atienden oportunamente al neonato, cuando se demoran hablando por teléfono o conversando entre ellas”⁴⁸. Sin embargo, vale la pena mencionar la escasa existencia de estudios sobre los impactos, representaciones y emociones de los profesionales de la salud frente a la muerte de cualquier paciente, para así tener una mejor comprensión sobre sus prácticas y respuestas ante la misma.

CONCLUSIONES

El personal en la salud que hace parte de la UCIN desarrolla diversas prácticas en la atención de los familiares dolientes tras la muerte del neonato o su inminencia. Dependiendo del impacto que traen en el proceso de duelo se dividen en dos categorías generales: prácticas de soporte, aquellas que van encaminadas a brindarle un apoyo emocional genuino al doliente y que le facilitan el contacto y procesamiento del dolor mental, y prácticas de no soporte, aquellas que implican la ausencia de apoyo al doliente, la evasión del contacto con el dolor mental y la obstaculización del proceso de duelo.

A partir de la revisión integrativa se concluye que no es una sola práctica de soporte la que va a servir de apoyo al doliente, sino que son todas estas las que al ser implementadas como totalidad van a colaborar al desarrollo normativo del duelo. En general se necesitan más investigaciones para evaluar y comprender la relación entre familiares dolientes y personal sanitario durante la muerte del bebé en la UCIN.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las fuentes de información utilizadas en los estudios fueron secundarias y se garantizó el respeto a los Derechos de Autor de acuerdo con Ley 23 de 1982 “sobre derechos de autor”.

FINANCIACIÓN

El presente manuscrito hace parte del proyecto de investigación titulado: “Prácticas desarrolladas por el equipo de la unidad de cuidado neonatal con los familiares ante la muerte del Neonato Hospitalizado”, financiado por convocatoria interna de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75(1):67-74.
- Mejías M. Abordaje del duelo perinatal. *Metas enferm*. 2011;14(5):58-61.
- Moura H, Costa V, Rodrigues M, Almeida F, Maia T, Guimaraes H. End of life in the neonatal intensive care unit. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(9):1569-72.
- Montesinos A, Román A, Muñoz M, Elías L. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr*. 2013;84(6):650-8.
- López-García AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011;31(109):53-70.
- Bautista P. El duelo ante la muerte de un recién nacido. *Rev Enfermería Neonatal*. 2013;5(16):23-8.
- Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 1997.
- Secretaría Distrital de Salud D.C. *Manual guía para el diseño arquitectónico de unidades de cuidados intensivos e intermedios* [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud; 2010 [Citado 01 May 2017]. 79 p. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/MANUAL%20PARA%20EL%20DISEÑO%20DE%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS.pdf>
- Tejedor-Torres JC, López de Heredia J, Herranz-Rubia N, Nicolás-Jiménez P, García-Munóz F, Pérez-Rodríguez J, et al. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(3):190.e1-190.e14.
- García V, Rivas-Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc Enferm [Internet]*. 2013 [citado 1 May 2017];19(2):111-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011&lng=es
- Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2010 [citado 01 May 2017];63(5):770-4. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/12.pdf>
- Grau-Abalo J, Llantá-Abreu M, Massip-Pérez C, Chacón-Roger M, Reyes-Méndez MC, Infante-Pedreira, O et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensam Psicol [Internet]*. 2008 [citado 1 May 2017];4(10):27-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80111670003.pdf>
- Contro N, Sourkes BM. Opportunities for quality improvement in bereavement care at a children's hospital: assessment of interdisciplinary staff perspectives. *J Palliat Care*. 2012;28(1):28-35.
- Campo-Martínez MC, Cotrina-Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm Glob [Internet]*. 2011 [citado 1 May 2017];10(24):103-109. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf>
- Vásquez-Soto C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. [Tesis de maestría]. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia;2012. 156 p.
- Aho AL, Astedt-Kurki P, Tarkka MT, Kaunonen M. Development and implementation of a bereavement follow-up intervention for grieving fathers: an action research. *J Clin Nurs*. 2011;20(3-4):408-19.
- Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;19(6):1-22.
- Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. *J Palliat Med*. 2015;29(3):193-210.
- Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychol*. 2014;2(1):15.
- Pastor SM, Romero JM, Hueso C, Lilo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2011 [Cited 01 May 2017];19(6):1405-12. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600018&lng=en
- Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol*. 2007;109(5):1156-66.
- Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):664-70.
- Blood C, Cacciatore J. Parental Grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context. *Death*

- Stud. 2014;38(1-5):224-33.
24. Chan MF, Wu LH, Day MC, Chan SH. Attitudes of nurses toward perinatal bereavement: findings from a study in Hong Kong. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2005;19(3):240-52.
 25. Chan MF, Arthur DG. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Adv Nurs.* 2009; 65(12):2532-41.
 26. Chan MF, Lou FL, Cao FL, Li P, Liu L, Wu LH. Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2009; 18(16):2344-54.
 27. Modiba L. A support programme for mothers with perinatal loss in South Africa. *Br J Midwifery.* 2008;16(4):246-51.
 28. Silva MKG, Rocha SS. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. *Rev Rene.* 2011;12(1):97-103.
 29. Einaudi MA, Le Coz P, Malzac P, Michel F, D'Ercole C, Gire C. Parental experience following perinatal death: exploring the issues to make progress. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151(2):143-8.
 30. Heazell AEP, McLaughlin MJ, Schmidt EB, Cox P, Flenady V, Khong TY, et al. A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG.* 2012;119(8):987-97.
 31. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol.* 2007;27(4):230-7.
 32. Silva PS, Valença NC, Germano MR. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2010 [Citado 14 May 2015];63(2):238-42. Português. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/11.pdf> DOI: 10.1590/S0034-71672010000200011
 33. McCool W, Guidera M, Stenson M, Dauphinee L. The pain that binds us: midwives' experiences of loss and adverse outcomes around the world. *Health Care Women Int.* 2009; 30(11):1003-13.
 34. Cacciatore J. Effects of support groups on post-traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega (Westport).* 2007;55(1):71-90.
 35. Castro C, Cepeda C, Flórez V, Vásquez ML. Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres. *Av Enferm.* 2014;32(1):114-23.
 36. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Associação entre assistênciapré-natal e mortesneonatais, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):354-9.
 37. Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs.* 2015;21(2):79-86.
 38. Scarton J, Poli G, Kolankiewicz ACB, Schmidt Piovesan Rosanelli CL, Scarton J, Poli AG. Nursing: death and dying in a pediatric and neonatal intensive care unit. *Rev Enferm UFPE [Internet].* 2013 [citado 14 May 2015];7(10):5929-37. Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3324/pdf_3618 DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201321
 39. Hazen MA. Silences, perinatal loss, and polyphony: A post-modern perspective. *J Organ Change Manag.* 2006;19(2):237-49.
 40. Willick ML. "The grief never goes away": a study of meaning reconstruction and long-term grief in parents' narratives of perinatal loss [Dissertation]. Saskatoon: University of Saskatchewan; 2006.
 41. Reynolds G, Kelly S, Singh-Carlson S. Horizontal hostility and verbal violence between nurses in the perinatal arena of health care. *Nurs Manag - UK [Internet].* 2014 Feb;20(9):24-30. Disponible en: <http://ezproxy.scu.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012451934&site=ehost-live>
 42. Vergutz PK, Calcagno G, Modernel D, Santos M, De Oliveira S. Nurses' Experiences before the death at the neonatal intensive care unit. *Rev enferm UFPE on line.* 2013;7(4):1081-9. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3769>
 43. Cavallini CD, Veronez M, Sanches M, Higarashi I. Meanings assigned by a pediatric intensive care unit nursing team on the processes of death and dying. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(4):831-7.
 44. Ballesteros GA. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos [Tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia;2014.
 45. Chan MF, Lou FL, Arthur DG, Cao FL, Wu LH, Li P, et al. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Clin Nurs [Internet].* 2008 [Citado 17 May 2017];17(4):509-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205683>
 46. Montoya DP, Monsalve C, Forero C. Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. *Enferm Intensiva [Internet].* 2015 [Citado 17 May 2017]; 26(4):144-152. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239915000851>
 47. Díaz V, Ruiz M, Flórez C, Urrea Y, Córdoba V, Arbeláez C et al. Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.* 2013;5(2):81-94.
 48. Guerra JC, Ruiz CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Av Enferm.* 2008;26(2):80-90.
 49. Márquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos [Tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia;2012.
 50. Artiaga F. Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica. *Inter Sedes [Internet].* 2008 [Citado 17 May 2017];9(16):55-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66615063005>
 51. Lopes-Magalhães AV, Lyra da Silva RC. Los conceptos de muerte y morir en enfermería y las relaciones con el ETHOS del cuidado. *Enferm glob [Internet].* 2009 [Citado 17 May 2017];(17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300004&lng=es
 52. Pastor S, Vacas AG, Rodríguez MB, Macías J, Pozo F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Parainfo Digit [Internet].* 2007 [Disertación]; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>.
 53. Gómez R. El médico frente a la muerte. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012;32(113):67-82.
 54. Flórez JA. La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Med Integral.* 2002; 40(4):167-82.
 55. Cobacho JJ, Yang RM. ¿Cuáles son los sentimientos de los profesionales de enfermería y las relaciones de una unidad de cuidados intensivos neonatal ante la muerte del recién nacido? *Evidentia.* 2011;8(35).
 56. Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev Chil Pediatr.* 2004;75(1):67-74.
 57. Jeziarska N, Borkowski B, Gaszynski W. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2014;46(1):42-5.

Anexo 1. Documentos incluidos en la revisión

Referencia	Título	Revista	Año	Tipo Documento	Metodología
3	End of life in the neonatal intensive care unit.	Clinics (São Paulo, Brazil)	2011	Artículo original	Revisión retrospectiva de registros clínicos.
11	Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal.	Revista Brasileira de Enfermagem	2010	Artículo original	Investigación cualitativa con abordaje fenomenológico.
15	Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos.	Tesis de Maestría - Universidad Nacional de Colombia	2012	Tesis	Investigación cualitativa.
16	Development and implementation of a bereavement follow-up intervention for grieving fathers: an action research.	Journal of Clinical Nursing	2011	Artículo original	Revisión sistemática y panel de expertos.
17	Support for mothers, fathers and families after perinatal death.	The Cochrane Database of Systematic Reviews	2013	Revisión sistemática Cochrane	Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios
18	Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review.	Palliative Medicine	2015	Artículo original	Revisión sistemática de estudios con métodos cualitativos, cuantitativos y mixtos.
19	Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents.	BMC psychology	2014	Artículo original	Entrevistas cualitativas.
20	La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2011	Artículo original	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico.
21	Hospital care for parents after perinatal death.	Obstetrics and gynecology	2007	Artículo de Revisión Sistemática	Revisión sistemática de literatura.
22	Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby.	International Journal of Nursing Studies	2013	Artículo original	Estudio cualitativo descriptivo: cuestionario y análisis de contenido.
23	Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context.	Death studies	2014	Artículo original	Artículo original.

24	Attitudes of Nurses Toward Perinatal Bereavement: Findings From a Study in Hong Kong.	J Perinat Neonat Nurs	2005	Artículo original	Estudio descriptivo.
25	Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care.	Journal of Advanced Nursing	2009	Artículo original	Estudio correlacional.
26	Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong.	Journal of Clinical Nursing	2008	Artículo original	Estudio cuantitativo descriptivo.
27	A support programme for mothers with perinatal loss in South Africa	RESEARCH AND EDUCATION	2008	Artículo original	Investigación cualitativa.
28	O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2011	Artículo original	Estudio cualitativo descriptivo (entrevistas).
29	Parental experience following perinatal death: exploring the issues to make progress	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	2010	Artículo original	Estudio cualitativo descriptivo.
30	A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth.	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology	2012	Artículo original	Encuesta por internet.
31	Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers.	Journal of Perinatology	2007	Artículo de Revisión Sistemática	Revisión sistemática de artículos.
32	Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido.	Revista Brasileira De Enfermagem	2010	Artículo original	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico.
33	The Pain That Binds Us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World.	Health Care for Women International	2009	Artículo original	Investigación cualitativa.
34	Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth.	Journal of death and dying	2007	Artículo original	Investigación cuantitativa y cualitativa.

35	Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres.	Avances en Enfermería	2014	Artículo original	Estudio cualitativo de grupos focales.
36	Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR.	Revista Brasileira de Enfermagem	2014	Artículo original	Estudio cuantitativo de cohorte retrospectivo.
37	Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives.	International Journal of Palliative Nursing	2015	Artículo original	Estudio transversal.
38	NURSING: DEATH AND DYING IN A PEDIATRIC AND NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT.	Journal of Nursing UFPE on line	2013	Artículo original	Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio.
39	Silences, perinatal loss, and polyphony: A post-modern perspective.	Journal of Organizational Change Management	2006	Artículo original	Investigación cualitativa.
40	"The grief never goes away": A study of meaning reconstruction and long-term grief in parents' narratives of perinatal loss.	Tesis Doctorado - University of Saskatchewan	2006	Disertación.	Metodología narrativa basada en la epistemología constructivista.
41	Horizontal hostility and verbal violence between nurses in the perinatal arena of health care.	Nursing Management	2014	Artículo original	Diseño de encuesta transversal.
42	Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit.	Journal of Nursing UFPE on line Recife(PE)	2013	Artículo original	Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo y análisis de contenido.
43	MEANINGS ASSIGNED BY A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT NURSING TEAM ON THE PROCESSES OF DEATH AND DYING.	Revista Mineira de Enfermagem	2013	Artículo original	Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio.
44	Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.	Tesis de Maestría - Universidad Nacional de Colombia	2014	Tesis	Investigación cualitativa.
45	Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care.	Journal Of Clinical Nursing	2008	Artículo original	Investigación cuantitativa.

Fuente: Autores, 2015.