



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

12

Número 1 (2025)

Recibido: 13/2/25 Aceptado: 11/3/25
<https://doi.org/10.53766/EHI/2025.12.01.01>

INVESTIGACIÓN

Afrontamiento de Enfermería ante la muerte de un niño: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Nursing coping with the death of a child: Pediatric Intensive Care Unit

Flor Katherine Nava Puentes (Esp.)¹

Flor María Parra Falcón (Dra.)²

¹ Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico (ULA). ORCID: 0009-0003-8498-8254

² Licenciada en Enfermería (ULA). Magíster en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV), San Cristóbal-Venezuela. Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano, Universidad de Carabobo (UC), Valencia-Venezuela. Profesora Titular, Escuela de Enfermería (ULA). Correo electrónico: parraflor@yahoo.com. ORCID: 0000-0003-0005-5581

RESUMEN

Objetivo: describir el afrontamiento del personal de Enfermería ante la muerte de un niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). **Metodología:** el estudio se desarrolló bajo el paradigma cualitativo descriptivo, desde la perspectiva husserliana, mediante los pasos propuestos por Giorgi; siendo seleccionados por criterio lógico siete informantes, quienes cumplieron con una entrevista en profundidad, las cuales fueron transcritas fielmente. Posteriormente, de estas se extrajeron los datos hasta alcanzar la saturación teórica. Se solicitó a los participantes compartir lo que experimentaron durante la muerte del niño, mediante la expresión de sentimientos, opiniones, creencias y estrategias utilizadas en esta situación. **Resultados:** los temas surgidos fueron: Los diferentes sentimientos ante la muerte de un niño: una transformación a través del tiempo; Generando preguntas y respuestas entre la muerte de un niño: dudar de la relación entre la ciencia y la fe; y Controlando las emociones mediante el cuidado emocional, espiritual y físico. **Conclusiones:** los entrevistados durante sus relatos evidenciaron mecanismos de afrontamiento como la evasión emocional para aliviar el dolor ante la muerte del niño. El mecanismo de la reestructuración cognitiva surgió al ver la muerte como un alivio del sufrimiento para favorecer la aceptación. En los momentos más críticos a pesar que aplicaron las medidas necesarias para salvarlo, consideraron que la Voluntad Divina estaba por encima de todo, aplicando el mecanismo de afrontamiento espiritual: control centrado en Dios. Asimismo, utilizaron el apoyo social a través de sus compañeros de trabajo.

Palabras clave: afrontamiento, muerte en niños, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

ABSTRACT

Objective: to describe how nursing staff cope with the death of a child in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) at the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). **Methodology:** this study was conducted within the qualitative descriptive paradigm, following a Husserlian perspective and the steps proposed by Giorgi. Seven informants were selected through purposive sampling, and in-depth interviews were conducted and faithfully transcribed. Data were then extracted from the transcriptions until theoretical saturation was reached. Participants were asked to share their experiences during the child's death, expressing their feelings, opinions, beliefs, and coping strategies in this situation. **Results:** the themes that emerged were: 1) Different feelings regarding a child's death: a transformation over time; 2) Generating questions and answers regarding the death of a child: doubting the relationship between science and faith; and 3) Controlling emotions through emotional, spiritual, and physical care. **Conclusions:** the interviewees, through their narratives, revealed coping mechanisms such as emotional avoidance to alleviate the pain of the child's death. A mechanism of cognitive restructuring emerged, where death was seen as a relief from suffering, facilitating acceptance. In the most critical moments, despite applying the necessary measures to save the child, they considered that Divine Will was above all, applying the spiritual coping mechanism of God-centered control. Additionally, they sought social support from their coworkers.

Keywords: coping, child death, nursing, Pediatric Intensive Care Unit.

— INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Pediátricos (UCIP) desde su creación han sido parte fundamental en los centros de salud para brindar cuidados constantes y especializados a niños en estado crítico, por lo que requiere de un personal de Enfermería altamente capacitado para atender las demandas de estos pacientes quienes están expuestos a un gran número de riesgos y complicaciones. Allí el significado de cuidar no solo se fundamenta en vigilar el cuidado basado en procedimientos avanzados, sino también en aquellos cuidados emocionales y espirituales tanto del paciente como de sus familiares, siempre con la esperanza de preservar la vida y recuperación en las mejores condiciones.

No obstante, pueden presentarse complicaciones inesperadas que conducen al fallecimiento del niño, siendo la muerte percibida generalmente como un fracaso de las medidas terapéuticas. En tal sentido, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en general, esta situación viene acompañada de una paradoja importante porque algunos las conciben como el lugar para morir, mientras otros se ilusionan con los recursos ofrecidos por la tecnología, negando la muerte y quizá perdiendo el sentido crítico al creer que pueden revertirla, lo cual es una actitud que resulta en sufrimiento para el paciente, sus familiares y todo el equipo de salud¹. Por tanto, este hecho puede afectar al personal de Enfermería a nivel de calidad de vida laboral².

En consecuencia, la muerte significa una confrontación interna porque se tiene la concepción que mostrar sentimientos en ese momento no es profesional, pero al no hacerlo sienten que ejercen una práctica poco humanizada³. Sin embargo, numerosos estudios asocian que la principal causa generadora de estrés está relacionada con la muerte y la agonía de los pacientes, siendo muchos profesionales incapaces de afrontar estas situaciones. En momentos de un duelo han aprendido a controlar las emociones, pero en muchas situaciones también se presenta: ansiedad, miedo, culpa, frustración, angustia, incomodidad, sufrimiento y tristeza²⁻⁵, pudiendo provocar en algunos casos alteraciones en su estado emocional. Estos sentimientos y emociones pueden traer repercusiones que no deben subestimarse, ameritando de apoyo y formación adecuada para afrontarlos⁵, porque se van suscitando mecanismos psicológicos para intentar hacer esta situación tolerable, pero esto supone un desgaste importante porque representa una experiencia muy dura e intensa, de gran sufrimiento para la familia y profesionales, quienes deben desarrollar estrategias de afrontamiento en la medida de sus posibilidades⁶.

Otro aspecto a considerar es la existencia de una construcción social que establece la muerte como un proceso natural que no se espera que ocurra en niños, por lo que se describe como un acontecimiento inesperado que pareciera contradecir el orden de la vida humana, y aunque el infante no tenga un vínculo consanguíneo con el profesional, siempre en ese proceso van a estar inmersas sus propias vivencias o creencias sobre este fenómeno. Por ello, es necesario entender que en el cuidado de seres humanos que se enfrentan al dolor y el sufrimiento por la muerte, se requiere ser conscientes de un mayor equilibrio entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos y bioéticos⁷. Implica involucrarse en la vivencia, porque solo así se hará evidente la complejidad del cuidado que se brinda: “Yo solo puedo pretender comprender aquello de lo cual me hago parte, no puedo comprender aquello de lo cual yo me

separo”⁸. Bajo esta premisa, el presente estudio tiene como propósito describir el afrontamiento del personal de Enfermería ante la muerte de un niño en la UCIP del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), explorando sus emociones, indagando acerca de las creencias u opiniones y conociendo las estrategias que utiliza.

— METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta al objetivo propuesto, esta investigación se apoyó en el paradigma cualitativo^{9,10}, que implicó la aplicación de un procedimiento flexible para comprender el fenómeno y estudiar su naturaleza auténtica, sustentado en la fenomenología de Edmund Husserl, la cual permitió originar nuevo conocimiento mediante la descripción del mismo a partir de la perspectiva de los actores involucrados y desde una concepción holística, que permitiera comprender la realidad a través del diálogo intersubjetivo con los informantes, mediante el método fenomenológico descriptivo^{11,12}.

La trayectoria metodológica se realizó a través de los pasos propuestos por Giorgi¹³, quien desde la perspectiva husserliana, apoya la investigación exhaustiva a través de la descripción. A tal efecto, se inició la comprensión profunda de la experiencia de los profesionales ante la muerte de un niño en la UCIP, mediante los siguientes pasos: 1. Revisar las transcripciones para captar el sentido del todo. 2. Identificar las unidades de significado y temas. 3. Transformar unidades de significado según lenguaje del participante al lenguaje de la disciplina. 4. Desarrollar la descripción estructural del significado del fenómeno. 5. Integrar todo en la descripción del fenómeno.

Para selección de los informantes del estudio, fueron considerados los principios de pertinencia y adecuación¹⁴. Para la pertinencia, se aplicó el muestreo por criterio lógico¹⁵, utilizando las características de importancia: que el profesional tuviese más de un año laborando en la UCIP, y que hubiese tenido la experiencia de cuidar durante el proceso de muerte a un niño ingresado en dicha unidad. En cuanto al principio de adecuación, fue determinado por medio de la saturación de los datos, para conformar 7 informantes. La recolección de los datos fue mediante una entrevista en profundidad, guiada por preguntas orientadoras, formuladas intentando incluir los cuatro existenciales de Van Manen¹⁶, utilizando la grabación de audio como herramienta técnica.

En el análisis de los datos se efectuó primero la interpretación superficial de los datos durante la recolección de los mismos, acudiendo a los informantes para clarificar aspectos confusos o ambiguos en lo expresado por ellos, y posteriormente, transcribir cada entrevista fiel a las grabaciones. Luego, se procedió a la interpretación profunda¹⁷ mediante el microanálisis, haciendo la lectura y relectura de cada entrevista para comprender la historia de cada profesional. En la fiabilidad de la información recolectada, se consideró los criterios sugeridos por Lincoln y Guba, descritos en Polit y Hungler¹⁸: credibilidad, confirmabilidad o auditabilidad, y transferibilidad o aplicabilidad. La credibilidad, fue aplicada mediante la dedicación prolongada durante las entrevistas, observación de las expresiones gestuales, transcripción textual de los datos y verificación externa (participantes e investigadores). La confirmabilidad, a través de la conformación de un archivo de autoría con las grabaciones de audio realizadas y las transcripciones de las entrevistas, con sus respectivos memos analíticos, cuadros de descripciones particulares y literatura revisada. El criterio de transferibilidad fue aplicado al realizar la descripción exhaustiva de los datos, con la información necesaria y suficiente que permitiría establecer comparaciones, y

transferir dichos resultados a otros escenarios similares.

— RESULTADOS

Los sentimientos que el profesional de Enfermería experimenta ante la muerte de un paciente en la UCIP, se ven transformados con el paso del tiempo marcando una diferencia entre lo que siente, piensa y hace. A través de los relatos, se develaron los siguientes temas que emergieron de las experiencias vividas: 1. Los diferentes sentimientos ante la muerte de un niño: una transformación a través del tiempo. 2. Generando preguntas y respuestas entre la muerte de un niño: dudar de la relación entre la ciencia y la fe. 3. Controlando las emociones mediante el cuidado emocional, espiritual y físico.

En cuanto al primer tema principal descrito como Los diferentes sentimientos ante la muerte de un niño: una transformación a través del tiempo, emergieron dos subtemas: La muerte de un niño desde la primera experiencia hasta la actualidad: transformando las emociones y, Sentimientos ante la muerte de un niño: entre la culpa y el dolor. Se basan en que la primera vez que presenciaron la muerte de un pequeño representó un momento muy duro y de impacto, generando una sensación de frustración, nostalgia, impotencia, que los conmovió profundamente.

No obstante, después de un tiempo, esas emociones se transformaron, disminuyendo el grado de afectación, sin que ello significara una pérdida de la sensibilidad. Estas impresiones fueron plasmadas en los dos subtemas antes mencionados. El primer subtema: La muerte de un niño desde la primera experiencia hasta actualidad: transformando las emociones; refleja claramente la dureza del momento cuando la viven, en especial en aquellos casos en que las medidas terapéuticas no logran resolver satisfactoriamente la condición de salud comprometida del niño. El paso del tiempo influye en la forma en que experimentan esa muerte, cambiando la forma en que se percibe y se siente; al principio la muerte representaba una experiencia más intensa, profunda y conmovedora que afectaba el estado emocional del profesional; pero posteriormente, fueron creando una armadura para impedir que dicha circunstancia les afectara. Expresaron: *“Cuando el bebé entró en paro pero no se pudo hacer nada, entonces... claro, para ser mi primera vez fue duro, fue muy duro, porque era un bebé muy chiquito y era mi primera experiencia”* *“Uno, no es que se vuelva insensible, pero llega un momento que uno hace como una coraza, hace una pared”*.

En el segundo subtema descrito como, Sentimientos ante la muerte de un niño: entre la culpa y el dolor, los fragmentos revelan como este último, ante la muerte, se manifestó la primera vez mediante el llanto ante la experiencia de ver morir a un infante en la unidad, como producto de la impotencia ante el sufrimiento que experimentaban los padres, sintiendo compasión hacia ellos y tristeza por lo que viven al momento de anunciarles la noticia. Al respecto manifestaron: *“Dolor, mucho dolor, impotencia, lloré... pero bueno después entendí las cosas y pues era un niño que estaba sufriendo mucho”* *“Lo primero que pienso es pobre mamá y pobre papá, en eso es lo que yo pienso y pues nada más imaginarme la salida del médico a darles la noticia, siento así, si siento como pena, eso tristeza”*. Asimismo, al momento de fallecer el niño se cuestionan sobre la efectividad de los cuidados aplicados, evaluando si estos fueron adecuados o si se dejó de utilizar otras medidas necesarias, imaginando que de haberlas realizado, quizás los resultados hubieran

sido diferentes. Así lo refirieron: *“Cuando fallece el niño, a veces pienso si fue que hice algo mal, si obvié algo, si hubiese hecho algo de una manera diferente, si tal vez no lo hubiese hecho y no hubiese acarreado otra cosa”*.

El segundo tema principal, Generándose preguntas y respuestas ante la muerte de un niño: dudar de la relación entre la ciencia y la fe, se sustenta en dos subtemas. El primero: Buscando respuestas a interrogantes que surgen por la muerte para favorecer su aceptación, y el segundo: La muerte del niño: entre la ciencia y la fe. Sus relatos muestran que los momentos críticos para el pequeño paciente es un tema profundamente doloroso y sensible para la mayoría del personal de salud, al ver que mediante su estadía no se logra obtener una mejoría a pesar de todas las alternativas de salud puesta en él, y que en algunos casos es cuestionable toda esta situación al presenciar la nobleza y las ganas de vivir que posee, haciendo a la enfermedad, por muy agresiva que sea, una experiencia que se transforma en sanadora y, a su vez, un alivio al momento de presenciar la muerte.

En este mismo primer subtema, se refleja la aparición de juicios por parte del personal de salud como el resultado del fracaso terapéutico y del esfuerzo por restablecer su salud, pero que no se logra: *“En el momento de la muerte lo tomé, molesta, como negación ante ese proceso, hubo mucho juicio, realmente de porqué los niños pasan esas cosas y porque mueren”*. La muerte es vista como un evento cruel que no le permitió al niño experimentar la vida y resaltan la diferencia de cuando ocurre en el adulto: *“En la parte de adulto pues bueno a veces ya han crecido, han tenido familia, pero los niños... me parece como cruel, no sé, los niños no deberían enfermarse, pero son situaciones que pasan”*.

El segundo subtema, La muerte del niño: entre la ciencia y la fe, proporciona una posibilidad de comprensión de sus propios valores y creencias ante la muerte, donde ambas pueden coexistir en el proceso de aceptación, encontrando en las personas el consuelo en sus creencias religiosas. Se generan dudas de la relación entre la ciencia y la fe, porque no pueden explicarse las razones por las cuales tienen que enfrentar una enfermedad y morir teniendo tan corta edad. Refirieron: *“En la medicina todo está entre la ciencia y la fe que van de la mano... pero uno a veces pone mucho en tela de juicio la fe que tiene ante Dios o ante esta religión. Uno parte de por qué esas cosas tan fuertes pasan a personas tan pequeñas”*.

La muerte en algunos casos representó un alivio para el sufrimiento del niño ya que estaba sometido a múltiples procedimientos, además de las consecuencias producidas por el tiempo prolongado en cama. Admiten que sólo un Ser Supremo es quien conoce cuál será el desenlace final, porque es quien maneja todo lo que sucede en el mundo. Ante tantas situaciones vividas y darse cuenta que la muerte puede suceder en cualquier momento, la vida se valora cada minuto. Así lo relataron: *“Uno piensa que uno es pasajero en esta vida y uno no sabe en qué momento le llegue la hora, y que uno pues más piensa uno valora un poco más la vida” “sólo Dios sabe”*.

Ante estas experiencias, el personal de Enfermería va aprendiendo e implementando estrategias para sobrellevar la situación, lo cual es expresado en el tercer tema principal: Controlando las emociones mediante el cuidado espiritual y físico, cuyos dos subtemas se presentan de la siguiente manera: Aprendiendo a controlar las emociones a través del tiempo y, Procurando el cuidado físico, emocional y espiritual. Al pasar de los años se transforman los sentimientos producto de las experiencias vividas en las diferentes situaciones, dando al personal confianza para

dedicarse al cuidado integral en los momentos más críticos del niño y su muerte. Por tanto, el primer subtema, Aprendiendo a controlar las emociones a través del tiempo, se revelan los mecanismos que utilizan afrontando las mismas circunstancias, pero con mayor madurez.

Durante el proceso de muerte el personal de Enfermería se involucra en un aprendizaje continuo, en el cual es inevitable que se generen los mismos sentimientos, pero se asumen de manera profesional, apoyándose en el equipo de salud para fortalecerse emocionalmente: *“Hoy en día sigo manejando las mismas emociones, pero con más madurez”, “y ahora hay que hacer lo demás, hay que hacer apoyo, el apoyo del equipo, vamos a organizarnos otra vez”*. Las etapas del duelo se van manejando de mejor manera con el tiempo, ya aceptando lo que es la muerte: *“Este el proceso de la muerte es algo que uno va aprendiendo a convivir... Y bueno con los pacientes pediátricos, creo que he madurado mucho ese duelo... creo que ya hay un nivel de tolerancia, un nivel de aceptación”*.

Este proceso de aceptación viene acompañado del cuidado espiritual y emocional a los familiares con palabras de consuelo o simplemente con su presencia silenciosa, y del cuidado físico *post mortem* al niño, como una forma de sobrellevar la situación para que esta sea menos dolorosa y que ellos sientan que se hizo el mejor esfuerzo por salvarlos. El segundo subtema: Procurando el cuidado físico, emocional y espiritual, mostró que el acompañamiento se convierte en una de las maneras de ayuda primordial: *“Cuando pasa su mamita, su papito, pues conversar con ellos o simplemente estar allí, decirle aquí estoy, si necesita un abrazo” “Esperar que los papás pasen, tratar de darles una palabra de aliento, o tratar de hacer el mayor silencio posible”*. Se revela además lo impreciso del momento entre la vida y la muerte, expresando: *“Es ahí donde uno dice: ¡Bueno uno toca la vida y la muerte con las manos!”*. Luego, el profesional se prepara para aplicar el cuidado físico del cadáver intentando realizarlos con la mayor estética posible con la finalidad de no hacer más dura o traumática la despedida para los familiares: *“Trato de hacerlo con cuidado, de dejarlo lindo, para que los familiares se lo puedan llevar” “Los cuidados post mortem se trata de hacer de la mejor manera”*. Mientras al niño se le retiran los equipos para proceder a prepararlo para su traslado, piensa en la crueldad que significa esa muerte *“Retirarle todo, envolverlo y esperar que lo busquen es algo muy cruel, es algo muy cruel de verdad”*.

— DISCUSIÓN

En este estudio se visualiza cómo el profesional de Enfermería logra superar los sentimientos y emociones que surgen ante la muerte del niño en la UCIP, dar respuesta a sus interrogantes a través de los procesos reflexivos que se producen irremediablemente y, proporcionar el cuidado luego de la muerte, bajo la premisa del buen morir, respetando la dignidad humana, conscientes que aun cuando no hay vida biológica, quedan sus familiares a quienes también se les debe cuidar durante este proceso. Tales cuidados demandan actitudes, conocimientos y destrezas que deben adquirirse y perfeccionarse durante la formación disciplinar¹⁹, porque en este ambiente hospitalario se enfrentan de modo directo a la muerte y a la agonía ajena. Por tanto, trabajar en la UCIP expone a este trabajador a experiencias de pérdidas intensas y recurrentes, las cuales pueden resultar en un duelo no resuelto, manifestado mediante fuertes respuestas físicas y emocionales²⁰.

En los informantes del estudio, las emociones se fueron transformando a través del tiempo, siendo la primera vez una experiencia más intensa, profunda y conmovedora, lo que representó un impacto muy duro que generó una sensación de frustración, nostalgia, impotencia, resultados similares a los expuestos en otros estudios²¹⁻²³, además de la presencia de culpa y frustración en los casos en que a pesar de aplicar las medidas terapéuticas necesarias no lograron resolver satisfactoriamente la condición de salud del niño²³. La vulnerabilidad y fragilidad de él hacen surgir una intensidad emocional que se muestra bajo la forma de auto reproche con pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales de lo que se hizo o se dejó de hacer en relación a la pérdida²⁴.

Es un hecho que, existe una elevada tasa de mortalidad en las UCIP, y el personal de Enfermería debe estar consciente de ello para que en caso de fallecimiento no se produzca un impacto emocional brusco y se pueda procesar el duelo de mejor forma²⁵. El pensamiento que surge sobre la muerte como alivio del sufrimiento, puede considerarse como un mecanismo de afrontamiento denominado reevaluación o reestructuración cognitiva, descrita como los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo²⁶, lo cual está vinculado con las metas personales que ayudan a disminuir el sufrimiento humano y aumentar su bienestar²⁷. Sin embargo, el sufrimiento es una experiencia incommunicable, personal e intransferible, que solo se puede sentir de manera conjunta a través de una experiencia dialógica y particular de la compasión²⁸.

Por tanto, pensar que la muerte le alivia el sufrimiento al niño, puede ser vista como un reflejo de empatía que le permite ponerse en el lugar del que sufre, pero siempre de una forma metafórica, porque podrá acompañarlo en su sufrimiento, pero no podrá librarlo de él. El alivio del sufrimiento se convierte en una estrategia que ayuda al proceso de aceptación y permite comprender, desde la perspectiva del otro, sus propios valores y creencias ante la muerte, reconociendo durante el proceso el punto donde la ciencia y la fe pueden coexistir.

Ante tal situación, es inevitable que emerjan las creencias espirituales sobre temas como la vida, la muerte, el proceso de morir, Dios, la inmortalidad y los valores significativos que orientan a los hombres en la existencia y en su modo de vivir. En el caso del niño se genera un proceso de duelo más complejo porque se vuelven “especiales” y su muerte deja una huella desde el punto de vista profesional y personal que les hace replantear el sentido de la vida. Entonces, la resignación se ajusta con un afrontamiento espiritual descrito como control centrado en Dios²⁹, a partir del cual la persona podrá sentir que la responsabilidad final reside en Él o en la divinidad³⁰, apegada quizá a principios bíblicos que establece el desconocimiento del ser humano sobre la hora y día de su muerte: “El Señor da muerte y da vida; hace bajar al Seol y hace subir” (1 Samuel 2:6).

Cabe resaltar que los mecanismos utilizados por el personal de Enfermería se basan en la madurez profesional y el proceso de aceptación, que contribuyen a brindar cuidado espiritual y emocional a familiares, y al cuidado físico *post mortem* al niño. Las frases de consuelo y aliento conforman ese apoyo emocional requerido en ese momento tan doloroso, convirtiendo la comunicación terapéutica en un instrumento esencial para facilitar la elaboración de la pérdida. Ocurre una interacción en la que se crean mundos, porque son las palabras las que hacen construcciones de sentido³¹.

No obstante, en algunos instantes el profesional puede sentirse incapaz para expresar

palabras de consuelo, prefiriendo dar espacio y ser solo un observador del dolor ajeno. Sin embargo, ese acompañamiento a menudo puede convertirse en una gran arma terapéutica; creando un espacio de intimidad donde la comunicación no verbal sea parte de los cuidados, incluido el uso terapéutico del silencio³². En consecuencia, se empieza a vislumbrar la relación entre el cuidado físico y emocional durante y después del fallecimiento, recibiendo de parte del personal un cuidado tierno y amoroso³³. Por tanto, en una frase expresada por una de las informantes, dichos cuidados representan el contacto enfermero, mediante el cual se toca con las mismas manos la vida y la muerte en un mismo ser, un mismo cuerpo, que, aunque ya inerte, requiere de cuidados y respeto a su dignidad humana.

En cuanto a las implicaciones para la práctica, el desarrollo de esta investigación representó un compromiso dirigido a contribuir en la construcción de una forma de cuidado más humanizado en las UCIP, para servir de apoyo genuino, sincero y profesional a los niños y sus familiares que experimentan este proceso. Muchos son los autores que estudian el fenómeno de la muerte del niño, el afrontamiento y sus estrategias, y el rol del profesional de Enfermería, por lo que en la búsqueda del estado del arte se encontraron diversas perspectivas que reflejan lo importante de este tema, pero siempre está la necesidad de abordar esta experiencia en los contextos asistenciales distintos, ya que cada realidad se vive de manera única. Por tal motivo, los resultados tienen implicaciones importantes para el equipo de Enfermería, pero también involucra a otros profesionales de la salud que proveen cuidados en estos espacios, de manera que no sólo se limiten a resolver la condición clínica crítica del niño, sino también que se involucren en aquellos cuidados destinados a favorecer el manejo del duelo por su muerte, cuidando a sus familiares y de sí mismos como proveedores de salud.

— CONCLUSIONES

Los profesionales entrevistados relataron que la primera vez que presenciaron la muerte de un niño representó un momento muy duro y de impacto, generando una sensación de frustración, nostalgia, impotencia, que los conmovió profundamente. El dolor ante la muerte se manifestó la primera vez mediante el llanto; asimismo, la culpa se reflejó al considerar los casos en que las medidas terapéuticas no lograron resolver satisfactoriamente la condición de salud del niño. Los pensamientos estaban dirigidos a generar preguntas y respuestas con respecto a la muerte cuestionando la relación entre la ciencia y la fe. Pensaban en la muerte como un alivio del sufrimiento, mostrándose como mecanismo de afrontamiento la reevaluación cognitiva, en un intento activo de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante y verla con un enfoque más positivo. Las experiencias vividas en las diferentes situaciones, les proporcionaron mayor confianza para dedicarse al cuidado integral en los momentos más críticos del niño y en su muerte, considerando que, a pesar de lo inevitable de la misma, en su momento aplicaron las medidas necesarias para salvarlo. El mecanismo de afrontamiento espiritual descrito como control centrado en Dios, se evidenció en la creencia que Voluntad Divina estaba por encima de todo. En medio de su experiencia, utilizaron el apoyo social a través de sus compañeros de trabajo, con quienes compartían opiniones sobre lo sucedido.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicensi M. Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Rev bioét.* [Internet] 2016 [consultado 2023 mayo 15]; 24 (1):64-72. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ydFpPTkNrgW7fY4djHrLXXk/?format=pdf&lang=es>
2. Cara R. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene.* [Internet] 2020 [consultado 2023 junio 2]; 14(1): 1417. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100007&lng=es&tlng=es
3. Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan.* [Internet] 2017 [consultado 2022 diciembre 10]; 17(3):284-291. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74155184005/html/>
4. Yustres ME, Clavijo LK, Pérez WS. Percepción de enfermería ante la experiencia de la muerte de pacientes de una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Bogotá en el 2020. [Tesis de Maestría]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2020 [consultado 2023 junio 16]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/52107>
5. Sinigaglia V, Pomicino L, Candotti C, Ait H, Bertuol M, Buchini S. Experiences and coping strategies of nurses in the face of death in pediatric hematology: qualitative study. *Prof Inferm.* [Internet] 2020 [consultado 19 de enero de 2023]; 73(1):42-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32594679/>
6. Riestra R. Mortalidad pediátrica. Afrontamiento por familias y enfermeras y análisis y calidad de los cuidados. [Tesis de Especialidad]. España: Universidad de Oviedo; 2017 [consultado 2023 enero 25]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=207664>
7. Gómez-Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. *Persona y Bioética.* [Internet] 2008 [consultado 2023 febrero 2]; 12(2):145-157. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006&lng=en&tlng=es
8. Castrillón C. El Cuidado como Objeto de Estudio y los Nuevos Paradigmas en Enfermería. Conferencia presentada en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Lima, Perú, 2004; CD de Resúmenes y Conferencias Centrales.
9. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2010.
10. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 2º ed. México: Trillas; 2006.
11. Critelli D. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo, EDUC/ Brasiliense; 1996.
12. Gomes M, Da Silva L, Camponogara S, Atherino E, Jatobá A, Lorenzini A. Na Trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2006 [consultado 2022 noviembre 18]; 15(4):672-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y5SXYgj5pqcDkQ739y6cH6j/?format=pdf&lang=pt>
13. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. En: Giorgi (Ed.).

Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duquesne University Press; 1985.

14. Sandoval C. Investigación cualitativa. [Internet] Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 1996 [consultado 2022 noviembre 12]. Disponible en: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>

15. Patton MQ. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Newbury Park-California: Sage; 1988.

16. Van Manen MJ. Qualitative methodology. Beverly Hills, CA: Sage; 1983.

17. Benner P. Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics. Sage. Thousand Oaks, CA; 1994.

18. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 2000.

19. Morales F, Ramírez F, Cruz A, Arriaga R, Vicente M, De la Cruz, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. Revista Cuidarte. [Internet] 2021 [consultado 2022 diciembre 3]; 12(1):e1081. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1081/2093>

20. Groves K, Adewumi A, Gerhardt C, Skeens M, Suttle M. Grief in critical care nurses after pediatric suffering and death. Ann Palliat Med. Jun [Internet] 2022 [consulta 2023 mayo 30]; 11(6):1888-1899. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35184568/>

21. Freitas T, Banazeski A, Eisele A, De Souza E, Bitencourt J, Souza S. La visión de la enfermera ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enfermería Global. [Internet] 2016 [consultado 2022 diciembre 3]; 41:322-334. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revision2.pdf>

22. Szczupakowska M, Stolarek P, Roszak M, Glodowska K, Baum E. Patient's death from the perspective of nursing students. Front Public Health. [Internet] 2021 [consultado 2022 diciembre 4]; 14(9):636582. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8167210/>

23. Gilart E, Lepiani I, Cantizano M, Cabrera I, Bocchino A. When Nurses Become Patients. Validation of the Content of the Diagnostic Label Professional Traumatic Grief. Healthcare (Basel). [Internet] 2021 [consultado 2023 agosto 5]; 9(8):1082. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8391378/>

24. Sánchez P, Corbellas C, Campus C. Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. [Internet] Sociedad Española de Oncología Médica; 2007 [consultado 2024 enero 5]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235643783_Depresion_y_Duelo_Anticipatorio_en_el_pacienteoncologico

25. Cargua J. Duelo en enfermería ante la muerte de niños en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis de Especialidad]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2022 [consultado 2023 mayo 18]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15872>

26. Velasco C, Campos M, Páez D. Formas de afrontamiento, mecanismos de defensa e inteligencia emocional: comparación teórica y evaluación empírica de su frecuencia y funcionalidad. Revista de Psicoterapia. [Internet] 2004 [consultado 2023 15 agosto] 15(60):23-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1371028>

27. Arévalo J, Arias E, Valencia A, Otalora D. Regulación emocional: Reevaluación Cognitiva.