



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS
ENFERMEROS ANTE EL PROCESO DE
MUERTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN
ÁREAS DE INTERNACIÓN PÚBLICA:
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL**

Autor:

Lic. Esp. Sophie Simon

Tutor:

Dra. Ps. Cristina Larrobla Méndez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018



DICTAMEN DEL ACTO DE DEFENSA

Siendo las _____, del día _____ del mes _____ del año _____ en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:
Presidente:

Vocales:

Tutor:

después de evaluar la tesis del aspirante: _____
titulada:

_____ y
de evaluar la presentación y criterios del tesista, hace las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de _____ al acto de defensa de la tesis referida y proponer a la Decana de la Facultad, que se le otorgue el título de MASTER EN:

a: _____.

Recomendaciones: _____

Firman: _____

Vocal

Vocal

Presidente



Dedicatoria:

A mi hijo Diego, quién me acompaño en este proceso, compartiendo espacios,
tiempos y reflexiones.



Agradecimientos:

A mi Tutora, Prof. Dra. Cristina Larrobla quién me guió en este camino y me abrió las puertas de su casa para seguir adelante en la búsqueda del conocimiento.

A la familia de esta, que me recibieron ofreciéndome su cariño y hospitalidad.

A los Enfermeros, Licenciados y Auxiliares de Centro Hospitalario Pereira Rossell, por su dedicación para cuidar y curar a los niños y familias, viviendo la lucha entre la vida y la muerte día a día, noche a noche, luchando para llevarlos adelante.



“Mi único propósito es arremeter contra los límites del lenguaje”

L. Wittgenstein (1930)

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”.

Erich Fromm
“Ética y Psicoanálisis.”



Lista de Tablas:

Tabla 1	Distribución general de la población estudiada por edad y por sexo
Tabla 2	Distribución de los Licenciados en Enfermería según edad y sexo
Tabla 3	Distribución de Auxiliares de Enfermería según edad
Tabla 4	Nivel de posgrado en Licenciados en Enfermería
Tabla 5	Distribución de los Licenciados en Enfermería según área de trabajo y sexo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tabla 6.	Distribución de los Auxiliares de Enfermería según área de trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tabla 7.	Distribución del Multiempleo en los Licenciados Enfermería
Tabla 8	Distribución del Multiempleo en los Auxiliares de Enfermería
Tabla 9	Distribución de la carga horaria semanal de los Licenciados en Enfermería
Tabla 10.	Distribución de la carga horaria semanal de los Auxiliares de Enfermería
Tabla 11.	Certificaciones médicas en Licenciados en Enfermería
Tabla 12	Certificaciones médicas en Auxiliares. de Enfermería



Tabla 13	Antecedentes médicos en este último año en Licenciado. en Enfermería .en el los últimos doce meses
Tabla 14	Antecedentes médicos en este último año en Auxiliares. en Enfermería .en el los últimos doce meses
Tabla 15	Concepto en la Calidad de Alimentación en Licenciados en Enfermería
Tabla 16.	Concepto en la Calidad de Alimentación en Auxiliares de Enfermería
Tabla 17.	Familia de convivencia en Licenciados en Enfermería
Tabla 18.	Familia de convivencia en Auxiliares de Enfermería
Tabla 19	Distribución de Licenciados y Auxiliares de Enfermería según área de trabajo, Estilos de Afrontamiento y realización de entrevista
Tabla 20.	Estudios de posgrado en Licenciados en Enfermería
Tabla 21	Percepción de la alimentación subgrupo Licenciados en Enfermería Adaptativos (LEAA)
Tabla 22	Presencia de hijos en Licenciados en Enfermería
Tabla 23	Certificaciones Auxiliares Enfermería Adaptativos (AEAA)
Tabla 24	Percepción de la calidad de alimentación en los Auxiliares en Enfermería Desadaptativos



Glosario: Lista de abreviaturas y de siglas.

SIGLAS	DENOMINACION
CHPR	CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL
AE	AUXILIAR DE ENFERMERIA
AEAA	AUXILIAR DE ENFERMERIA CON AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO
AEAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA CON AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO
CP	CUIDADOS PALIATIVOS
CSI	TEST INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
FA	FRECUENCIA ABSOLUTA (cantidad absoluta)
FR	FRECUENCIA RELATIVA (porcentaje: %)
LE	LICENCIADO EN ENFERMERIA
LEAA	LICENCIADO EN ENFERMERIA CON AFRONTAMIENTO ADAPTATIVO
LEAD	LICENCIADO EN ENFERMERIA CON AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO
PISO	AREA DE INTERNACION EN PISO PEDIATRIA
UdelaR	UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA



Resumen:

Estudio de los Estilos de Afrontamiento de los Enfermeros Licenciados y Auxiliares acerca del proceso morir y el acto muerte de los pacientes pediátricos internados en las áreas de Cuidado Crítico (UCIN), área de quemados (UNQUER) y pisos de internación en el Centro Hospitalario Pereira y Rossell (CHPR) en Montevideo, Uruguay. Es una investigación con un diseño exploratorio descriptivo, cualitativo-cuantitativo, donde se analizaron elementos socio-demográficos a través de un formulario, la aplicación de un Test psicológico denominado Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y entrevistas grabadas en el lugar de trabajo en base a una guía preestablecida, con carácter voluntario y anónimo. Se abordaron a cuarenta funcionarios, efectuándose las entrevistas a veintiocho de ellos. Se hallaron casi la misma cantidad de Licenciados en Enfermería con Afrontamiento Adaptativos que Auxiliares en Enfermería con Afrontamiento Desadaptativo, lo que lleva a formular que la formación académica y la educación continua son elementos diferenciadores para el sostenimiento de la funcionalidad en la atención del paciente pediátrico en proceso de muerte y en el acto de morir. Se dividió la población según a la categoría profesional de Enfermería y los resultados del Test CSI, en cuatro grupos, Licenciados en Enfermería con Afrontamiento Adaptativo y Desadaptativo y Auxiliar en Enfermería con el mismo criterio. Con respecto a su calidad de vida, los Licenciados Adaptativos se alimentan mejor, hacen más ejercicio físico y actividades de ocio en compañía de otros, seguidos en cantidad por Auxiliares en Enfermería Adaptativos. Se encontró que, en las representaciones sociales, la ansiedad ante la muerte crea reacciones emocionales que ha motivado la situación de huida del lugar de trabajo en el momento definitivo de la muerte. Se hayo la necesidad de herramientas para enfrentar el sufrimiento. Surge el apoyo psicológico a solicitud de ellos mismos a la Dirección del CHPR.



Abstract:

Study of Coping Styles of Licensed and Auxiliary Nurses about the dying and death process of pediatric patients hospitalized in the areas of Critical Care (UCIN), burn area (UNQUER) and hospitalization floors in the Hospital Center Pereira and Rossell (CHPR) in Montevideo, Uruguay. It is a research with a descriptive, qualitative - quantitative exploratory design, where socio-demographic elements were analyzed through a form, the application of a psychological test called the Coping Strategies Inventory (CSI) and interviews recorded at the workplace in based on a pre-established guide, on a voluntary and anonymous basis. Forty officials were approached, and twenty-eight of them were interviewed. We found almost the same number of Graduates in Adaptive Coping Nursing as Auxiliaries in Nursing with Disadaptive Coping, which leads to formulate that academic training and continuing education are differentiating elements for sustaining functionality in pediatric patient care in process of death and in the act of dying. The population was divided according to the professional category of Nursing and the results of the CSI Test, into four groups, Licensed in Nursing with Adaptive and Disadaptive Coping and Auxiliary in Nursing with the same criteria. With respect to their quality of life, Adaptive Graduates eat better; do more physical exercise and leisure activities in the company of others, followed in quantity by Adaptive Nursing Assistants. It was found that in social representations, anxiety about death creates emotional reactions that have motivated the situation of escape from the workplace at the defining moment of death. There is a need for tools to deal with suffering. Psychological support arises at the request of themselves to the Directorate of the CHPR.

Palabras claves.

Estilos e afrontamiento frente a la muerte, enfermería pediátrica, factores psicosociales
Styles and coping with death, pediatric nursing, psychosocial factors



Tabla de Contenidos:

Dedicatoria: 1

Agradecimientos: 2

Resumen: 7

Abstract: 8

Capítulo I: Introducción: 11

Capítulo II: Objetivos: 14

Capítulo III: Marco teórico-conceptual: 15

 1. Muerte y morir 15

 2. El sistema de actitudes ante la muerte. 18

 3. Los lugares donde se muere y sus repercusiones 20

 4. La vivencia de la muerte en los profesionales de la salud 23

 5. Actitudes ante la muerte, naturaleza y concepto de la actitud 27

 6. Evaluación de la actitud 29

 7. Afrontamiento ante la muerte 30

 8. La elección de la Enfermería como profesión y como se enfrenta la muerte 35

Capítulo IV: Metodología 44

 Metodología de la Fase Cualitativa 49

Capítulo V: Resultados 52

 1. Caracterización de la población estudiada 52

Capítulo VI: Discusión 90

Capítulo VII: Conclusiones 103

 A) Estilos de Afrontamiento a la muerte 103



B) A nivel de expresividad lingüística	107
C) Actividades de ocio	110
D) Multiempleo	110
E) Aspectos relacionados a la Enfermería	110
F) Actitud frente al equipo	110
G) Valoración de su Rol profesional	111
H) Propuestas a la Dirección del Hospital	112
I) Recomendaciones	113
J) Reflexión final	114
Referencias Bibliográficas:	114
Anexo 1: Consentimiento Informado	126
Anexo 2 Instrumento:Datos Socio demográficos y Estilo de Vida	128
Anexo 3 Instrumento CSI: Inventario estrategias de Afrontamiento.....	131



Capítulo I: Introducción:

Hablar de la muerte es referirse a un hecho inevitable que forma parte de la vida. Sin embargo, a pesar de ser algo seguro e irreversible como hecho, su significado difiere, y lo ha hecho a lo largo de la historia según la perspectiva desde la cual se la aborde. Así, se encuentran en la literatura diversos abordajes como son el fisiológico, médico, psicológico, antropológico, etc. De esta forma, la muerte pasa a ser concebida como una realidad, percepción, situación, acto, etc. (Blanco, 1993).

Según el momento histórico en que se la mire, los ritos, costumbres, lugar que la cultura le asigna muestra la forma en que impacta en las sociedades y como lo explican, entienden y manejan, es decir de acuerdo a sistemas de creencias y prácticas complejas y elaboradas.

Las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos e internalizados a lo largo de la vida lo que demuestra el fuerte componente social y cultural que tiene (Grau, 2008.; López, 2001; Gómez, 1999; Allué, 1998)

De hecho, la muerte y las circunstancias en las que esta ocurre, presentan dos escenarios bien diferentes: a) de forma repentina por ejemplo por accidente o causa violenta y b) de manera prolongada ya sea por una enfermedad terminal, neurológica etc. Sin embargo, a pesar de esto, en cualquiera de las dos situaciones la muerte provoca sentimientos encontrados en las personas.

La literatura indica que las sociedades occidentales y judeo-cristianas, mantienen diferentes actitudes frente a la muerte identificando distintos factores que la determinan. Tal vez uno de los hitos más importantes que se puede destacar, a los efectos del presente trabajo, es la institucionalización de los hospitales en 1930. Este hecho marcó un antes y un después en la historia de la aceptación o rechazo de la muerte. Antes de esta fecha la muerte era aceptada como un hecho natural, se moría en domicilio y rodeado de familiares y allegados, a partir de ese momento la muerte es desplazada y pasa a formar parte de los hospitales generales, de lo denominado como subcultura



médica. Dicho corrimiento, favoreció el silenciar el hecho de la muerte, ocultarlo y negarlo. Entre las consecuencias que tuvo se encuentran las modificaciones de los rituales y por consiguiente de los procesos de duelo implicando esto cambios a nivel conductual en las personas (Aries, 1987; Aries, 1975; Aries, 1974).

Según la literatura, varios son los cambios que están en la base de estas modificaciones en donde se destacan: a) menor tolerancia a la frustración en tanto se vive en una cultura de la inmediatez, b) aumento de la esperanza de vida donde los avances de la medicina han contribuido a “instaura” una fantasía colectiva de la inmortalidad, c) culto a la juventud como modelo imperante a seguir en donde el envejecer y la muerte no tienen lugar, d) disminución de la mortalidad por avances científico tecnológicos en el área médica que refuerzan el punto anterior y por último e) la polaridad entre las perspectivas de trascendentalidad y espiritualidad que toman las personas, por un lado estaría la cultura del hedonismo, crisis de valores, confusión entre ser y tener, se pierde sentido de la vida y la muerte y por otro lado, las creencias religiosas y la espiritualidad como amortiguadores ante la muerte y lo que provoca. Esto lleva a que las sociedades y quienes las conforman, tengan poca preparación y/o educación para enfrentar la muerte.

Como se mencionó anteriormente, la muerte moviliza diferentes aspectos de las personas, entre ellas las actitudes, sus creencias, los sentimientos y los comportamientos, llevando a que sea vivido como algo temido de lo cual no se habla o menciona. Desde esta perspectiva, al igual que en la población general, el personal de la salud también tiene creencias y reacciones emocionales ante este hecho. Lo destacable en este caso es cómo estos afectos y emociones influyen en las actitudes de este personal. En cuanto a estudios realizados en algunas áreas hospitalarias en particular (centros de cuidados intensivos, cuidados paliativos y puertas de emergencia) se ha observado que pueden influir en la calidad de los cuidados, especialmente en experiencias derivadas de procesos de muerte y de duelo de pacientes y familiares (Bayes, 2006, Gomez, 1999). En este sentido, pensar en la negación de la misma y la implicancia que tiene en la elaboración del duelo de esta, plantea un escenario por demás complejo para los pacientes internados en los centros mencionados. Sin embargo,



se ha visto que la posibilidad de transitar un duelo de la muerte adecuadamente, a pesar de ser un proceso estresante, posibilita comprender su significado como el sentido que tiene la vida y retener recuerdos con contenidos afectivos positivos (Moreira, 2006.).

En este contexto, este trabajo aborda uno de los aspectos que se juegan, desde las Ciencias de la Salud, enmarcadas con el compromiso del cuidado al Otro. En otras palabras, el cuidado de ciertos pacientes frente a la muerte por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en áreas de internación pediátrica. Dicha elección se basa en que es un colectivo especialmente afectado por factores de riesgo psicosocial al estar en permanente contacto con el sufrimiento y la muerte.

Desde esta mirada y concepción se estudiaron los Estilos de Afrontamiento, entendidos como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1966), de un grupo de Licenciadas de Enfermería y Auxiliares de Enfermería que trabajan en áreas de internación pediátrica del Hospital Pereira Rossell durante el año 2016.



Capítulo II: Objetivos:

En base a lo planteado anteriormente el presente trabajo tuvo como objetivos generales:

- 1) Identificar los estilos de afrontamiento en el personal de enfermería de áreas de internación pediátrica en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, hospital de referencia en la ciudad de Montevideo, durante el período marzo - mayo del año 2016.
- 2) Investigar y describir, en el personal de enfermería mencionado, factores socioculturales y sociodemográficos (formación específica, actitudes, relación con el equipo de trabajo, obstáculos y apoyos percibidos, actividades saludables) que facilitan o dificultan la tarea desempeñada en dichos ámbitos.

A nivel específico:

- 1) Describir los estilos de Afrontamiento que utilizan los Licenciados en Enfermería y Auxiliares ante las situaciones de proceso de muerte de los pacientes pediátricos asistidos en las áreas de: CP, UCIN, UNQUER y PISO (ver glosario) en el Centro Hospital mencionado.
- 2) Describir las características sociodemográficas del personal que trabaja en las áreas mencionadas (formación previa, formación específica, carga horaria de trabajo, multiempleo, horas de trabajo semanal, hijos a su cargo, actividades de ocio/recreación, físicas, calidad de la alimentación, etc.).
- 3) Identificar las barreras (percepciones, emociones, actitudes) que interfieren como obstáculos en el manejo de las situaciones de proximidad de muerte de los pacientes asistidos en dichas áreas del hospital.
- 4) Determinar que los llevó a ejercer la Enfermería y la Pediatría.
- 5) Considerar sus necesidades ante la organización de trabajo en la que están insertos



Capítulo III: Marco teórico-conceptual:

1. Muerte y morir

El hombre de fines de la Edad Media tenía una conciencia aguda de ser un muerto a plazo fijo, rechazando toda idea de un fin próximo a partir de una intensa necesidad de vivir. En los siglos XIV y XV la muerte propia conlleva un reencuentro con la tumba propia, la vivencia de un fracaso, la pérdida de bienes y honores. En siglo XVI el hombre ya no se preocupa tanto por la propia muerte y la muerte es ante todo la muerte ajena. Se trata de la ausencia del otro y cuya añoranza lleva al culto de la muerte a través de tumbas y cementerios (Ariès, 1995, Alizalde, 1996).

Dice Ariès (1995, pag163) que “los cambios respecto a la muerte a través del tiempo no son percibidos por los contemporáneos de la misma manera, de un evento familiar se ha convertido en algo vergonzoso que es causa de interdicto. La muerte, en cuanto tabú, pasa a ser un concepto excluido de la vida, a esta nueva visión de la muerte dicho autor la denomina la muerte invertida (1995, pág.77). Esta mirada refuerza algunos cambios estructurales que influyen en la propia conducta respecto a la muerte del otro. Martínez Gil (2000, pág. 19) refiere acerca de la muerte invertida que “(...) es una muerte sucia que hay que ocultar, incluso, principalmente al mismo agonizante. Se rechazan las emociones, el duelo y toda expresión pública de un sentimiento que ahora se considera morboso. Ya no se muere en casa rodeado de los seres queridos; se va a morir a una sala aséptica de un hospital, caso que dificulta la libre expresión de su muerte única e irrepetible. La muerte ha dejado de ser un fenómeno natural y de pertenecer al individuo; ahora está en manos de los médicos, que por fortuna o desgracia de ellos, tienen la capacidad de aplazar a voluntad el instante final.”

La muerte y el morir no tienen el mismo significado, la primera hace alusión a la cesación de las funciones vitales, mientras que la segunda hace referencia al proceso por el que se llega a la muerte. Ambas, según algunos estudios, provocan por un lado, ansiedad que despierta una sensación más generalizada, de origen inconsciente pero inespecífica en relación a un objeto. Esta sería una reacción emocional producida por la



percepción de señales de peligro o amenazas (reales o imaginarias) a la propia existencia o a la existencia ajena. Ese sentimiento puede desencadenarse por estímulos de origen ambiental, situacional o disposicional. Para Limonero (1997, pág. 41) la ansiedad que se genera ante la muerte hace referencia a la posibilidad de dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte sería al proceso de morir (agonizar, sentir dolor, etc.) (Feifel, 1990, Dobler, 1974, Neimeyer, 1997). Se sabe que existe una relación inversa entre la ansiedad ante la muerte y la edad. Los estudios en la década de 1990 (Neimeyer y Ross, 1994, Clements y Jordan, 1999) indicaban que los adultos mayores tienden a aceptar más la muerte que los jóvenes y de mediana edad. El otro sentimiento producto de la muerte y el morir es el miedo, el cual es considerado como algo específico y consciente frente a una situación o algo definido y pasible de ser identificado. Este es una respuesta consciente que tiene la persona, mediado por el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor, al sufrimiento y al bienestar de los miembros supervivientes de la familia.

Ser consciente de la existencia de la muerte no implica necesariamente su aceptación. Afrontar la situación de la muerte como hecho que forma parte de la vida implica un proceso de acercamiento a través de las emociones, afectos y sentimientos que se movilizan en cada persona en tanto pertenece al ámbito de las experiencias y vivencias vitales. Es en definitiva un proceso individual y particular en donde la forma de afrontarlo dependerá de diferentes circunstancias: biográficas, culturales, perceptivas y sociales de cada persona (Bayes, 2001, Cruz Quintana, F. y Garcia Caro, 2007). La evitación corresponde a una actitud de rechazo ante la muerte y ante toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma. (Wong, Reker y Gesser, 1997). En este sentido, la no mención de la muerte, su negación, su silencio, hacen referencia a las dificultades en el manejo de la misma.

Autores como Alizalde (1996, pág. 56) plantean que “se parte de una premisa obvia: las palabras no lo dicen todo”. La no verbalización pertenece al dominio de un entendimiento y de una comprensión de un otro. El cuerpo sensorial es transmisión, una vía de comunicación trascendente y a veces sublime que no puede formalizarse en los



carriles habituales de lenguaje. El silencio es la pauta de la emergencia del sonido, de las palabras, de la quietud transitoria o permanente del bullicio de la vida, es el espacio mental que se genera entre interrupciones de palabras. Marca lo que la palabra ha callado o lo que la palabra no registró en un discurso posible. Hay un silencio que hace de límite a las palabras y a los sonidos. Según Foucault (1996, pág. 39.) “(...) No cabe una división binaria entre lo que se dice y se calla, los que pueden y no pueden hablar, que tipo de discurso está autorizado o cual forma es requerida para los unos y los otros. No hay silencio, sino silencios varios y son parte integrante de estrategias que subtienden y atraviesan los discursos”.

La muerte en tanto enfrenta a las personas con un sustancial desconocimiento, los pone en las puertas del silencio. Al final del proceso de muerte, el silencio interrumpe el diálogo entre el paciente y el profesional que lo asiste. Solo queda para prestar oídos a otro tipo de voz en la palabra, pues lo que no puede ser dicho no puede ser mostrado. El paciente “por morir”, no necesita hablar de lo que sucede cuando “muestra” su estado de muriente. El silencio tramita una ética “como empresa trágica” dice Wittgenstein (1990).

En estas conductas del silencio, según Piero (1992), la ausencia de palabras en el ahora no significa que la regulación verbal sea innecesaria, por el contrario, significa que no hay ninguna regulación verbal disponible, es el silencio que acompaña a momentos y acciones bajo una amenaza catastrófica o de tensa espera en el desenlace, propicio o trágico, de una situación sin garantía de control mediante la acción y la muerte.

En cambio la aceptación de la muerte involucra tres tipos de situaciones: a) una situación neutral, que se caracteriza por una ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte que se expresa a través de la mezcla de cierto temor esperado y cierta aceptación ante su llegada, donde se la acepta como un hecho innegable; b) una situación de acercamiento vinculada a creencias religiosas, donde se tiene mayor confianza llegado el momento y se cree en una vida feliz después de la muerte y c) una situación de escape, la cual estaría presente en personas sin habilidades de



afrontamiento eficaces frente a el dolor o los problemas de la existencia (Alizalde, 1996).

Se vive en sociedades y culturas que niegan y rechazan la muerte, estas actitudes son consideradas como naturales, sumándose también el carácter social de tabú que la reviste. Esto implica que no se está preparado para afrontarla, no habría una educación que brinde estrategias que permitan afrontarla de manera de sufrir lo menos posible, ni tampoco hacia el proceso de morir y a la propia persona que lo vive, es decir el enfermo (el aislamiento de los enfermos terminales, la escasa consideración hacia sus deseos y voluntades). En relación a ello, actualmente los estudios acerca de los cuidados paliativos del sufrimiento (control del dolor, síntomas, aspecto emocional de los pacientes, familiares y personal de la salud) que genera el hecho y el proceso han tenido un gran desarrollo.

En cuanto al personal de la salud, estudios recientes (Marchán, 2016, pág.9) destacan que “(...) respecto al afrontamiento de la muerte según la categoría profesional, se ha constatado diferencias significativas siendo los enfermeros los que muestran un mayor grado de afrontamiento ante la muerte al compararlos con los auxiliares de enfermería. Esto además se relaciona con que “(...) la extensión del conocimiento se relaciona tanto con las actitudes como con el afrontamiento. Por lo cual Estas actitudes y habilidades de afrontamiento estaban relacionadas con la preparación para la práctica ” (Kims, 2014, pág.6) Marcando un determinante la formación educativa que estos tienen para afrontar la muerte.

2. El sistema de actitudes ante la muerte.

Es importante considerar los efectos que conlleva lo descrito hasta el momento en relación al morir, el duelo y los profesionales de la salud. Como ya se mencionó el negar la muerte tiene un impacto directo en la elaboración del duelo (Moreira y Lisboa, 2006) en tanto el mismo se ve dificultado en lo que respecta a cuadros depresivos y sentimientos de culpa tanto para los pacientes, familiares como personal de la salud. Según Morgan (1999) a pesar de que el duelo es una de las situaciones más estresantes por las que se transita, el tránsito del mismo permite a muchas personas un crecimiento



personal. Es importante destacar que el duelo permite comprender tanto el significado de la muerte como el sentido de la propia vida que posibilita elaborar la pérdida y fijar los recuerdos ligados a los afectos positivos.

Los cambios culturales vinculados a la muerte y los duelos afectan de igual forma a la población general como a los profesionales de la salud. Autores como Glasser y Strauss (1969) destacan que estos últimos evitan, a través de sus conductas y comportamientos, a los pacientes que se encuentran próximos a la muerte. En algunos casos, los pacientes son tratados de forma como si ya estuviesen muertos, aislándolos (Gala León, Lupiani Giménez y Díaz Rodríguez, 1991; Sudnow, 1970). En esta misma línea, se ha visto una dificultad de la “gestión” del morir a nivel hospitalario como institución, en tanto el trato condiciona opciones y decisiones de tratamiento y produce comportamientos destinados a preparar la muerte tanto del paciente como de los familiares y el personal. La enfermedad terminal es vivida como algo que destruye y finalmente vence a la vida, de esta manera la muerte es vivida muchas veces como fracaso (Sontag, 1981).

De acuerdo a Sudnow (1971, pág. 42), el sistema de actitudes tiene efecto en la forma de interaccionar con los pacientes terminales, el contexto de la medicalización de la muerte, su tratamiento va a variar según la percepción social que se tenga, variará la atención y los cuidados de enfermería en función del nivel cultural, la clase social y la edad que tengan los pacientes. Así, en los casos de clases sociales medias y altas habría un mayor esfuerzo en la atención que con los pacientes de clases bajas o portadores de problemas de alcoholismo y drogadicción. En este sentido, Ariès destaca el fenómeno de la desocialización de la muerte en tanto falta de solidaridad y abandono de los pacientes terminales, los difuntos y los supervivientes.

Diversos actores (Ariès, 2000, Pacheco Borrella, 2012; Gomez Sancho, 2005) consideran que los cambios en los comportamientos son causa de las modificaciones en la estructura social y los mismos se asocian a modificaciones institucionales de los lugares donde se muere (negación de la muerte), donde también los desarrollos científico-tecnológicos han permitido avances en la medicina y la expectativa de vida en las grandes ciudades.



Una mención especial merece la consideración de la mujer en la participación en los cuidados sanitarios. Inicialmente fue como religiosa, profesionalizándose luego la actividad desde la Enfermería hasta nuestros días, acompañada de un sistema de creencias y valores feminizados, dentro de una sociedad patriarcal con las connotaciones que el cuidado lleva (García, Sainz y Botello, 2004, Sampedro de la Torre, 2004; Nava, 2012; Hernández, H; Del Gallego, R; Alcaraz, S; Gonzalez, J, 1997), donde la participación masculina, adquiere lugares de prestigio con más facilidad. Según Hernández Rodríguez “ los varones muestran que llevan el poder simbólico a cualquier lugar que van, y lo hacen por medio de diferentes estrategias, como acercarse al saber, masculinizar los espacios, asociar la hombría con la autoridad, percibir el cuerpo, de manera diferenciada, es decir todo lo que concuerda con las teorías de la diferencia, que sostienen que en la sociedad patriarcal el haber nacido varón representa por sí solo una ventaja sobre haber nacido mujer, lo que conlleva el desarrollo de una identidad genérica bien diferenciada en lo que se considera como propio de cada género, en lo que atañe al temperamento, el carácter, los intereses y el estatus, así como los méritos, los gestos y el empleo de la fuerza. De tal forma que lo masculino y lo femenino constituyen dos formas radicalmente distintas de subcultura y de ver y vivir la vida, y en las que desde esta mirada el hombre lleva la ventaja, e incluso llega a resistirse y oponerse al poder de otro varón médico” (Hernández, 2011, pág. 210). En esta misma línea se ha observado que los enfermeros varones, llevan consigo sus privilegios de género, tornando los efectos de ser minoría, en situaciones favorecedoras para los hombres por sobre las mujeres. En esta circunstancia, la representación numérica *per se* no predetermina el éxito o el fracaso de un sujeto, sino que el estatus social es mucho más importante o, dicho en términos de Bourdieu, el capital simbólico de los varones es mayor que el de las mujeres en donde quiera que estén” (Moss Kanter y Williams,1995).

3. Los lugares donde se muere y sus repercusiones

En una panorámica rápida e histórica de los hospitales, se puede observar que originariamente surgen a nivel continental con la llegada de los españoles. Éstos



introducen la filosofía que imperaba en la península Ibérica de tener una actitud frente a la dignidad del hombre cuyo origen estaba en Dios; concepción que se vinculaba directamente con las costumbres de filantropía, beneficencia y caridad cuya base se encontraba en la influencia de los árabes desde el primer siglo de la era cristiana. Por lo tanto, junto a estas concepciones y a las órdenes religiosas se instalan los primeros hospitales en América Latina, los cuales no surgen de una iniciativa científica sino de la caridad; de esta forma los hospitales latinoamericanos se construyen como espejos de los españoles. Dichas instituciones surgieron de la filantropía, beneficencia y caridad y los objetivos de quienes cuidaban de los enfermos era el mismo. En un sentido amplio, se vincula a los sentimientos más humanitarios y a la intención de que el ser humano tenga garantizadas condiciones de vida dignas y la preocupación del bien estar público colectivo. Según Sposati (1994) la filantropía adopta el sentido de caridad y beneficencia como una forma de laicización del concepto católico de caridad. Lo que distingue la filantropía de la beneficencia es que la primera tiene una racionalidad que formó una escuela social positiva, y la segunda se constituyó en la acción del “don” y la bondad que se vehiculizan a través del ayudar al otro.

Recién a partir del siglo XVIII, con el desarrollo de las ciencias clínicas, estas instituciones pasan a cumplir una función vinculada a la medicina dejando de ser el lugar donde se espera la muerte. Con el transcurso de las épocas y los desarrollos científico tecnológicos que las acompañan, los hospitales se abocan a la “cura” de las enfermedades, prolongar la vida de las personas y también a acompañar a aquellos que van a morir (Larrobla, 1999). Surge también el concepto de la “Clínica”, vinculado a un cuerpo de conocimientos y a cada cultura, contexto socioeconómico e histórico. De esta forma, surgen además diferentes miradas: organicista, mecanicista, pasteuriana, social, psicosomática, antropológica, según las cuales el cuerpo es concebido y abordado como un cuerpo dividido en órganos, un cuerpo máquina, un cuerpo enfermo, un cuerpo infectado, determinado socialmente, como cuerpo psíquico, etc.

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, Foucault (1966), analiza cómo se funda este tipo de mirada sobre el hombre a finales del siglo XVIII, lo permite poner en



evidencia los cambios que se suceden en las estructuras de percepción de lo real y del hombre en ese momento histórico. Este autor señala que la medicina del siglo XVIII inaugura un modo de ver el cuerpo enfocado mucho más a la salud del sujeto, mientras que a principios del siglo XIX se encontraría centrada en una búsqueda de la normalidad. La razón de este cambio serán las condiciones sociales en las que aparece la misma y el autor lo vincula con la aparición de las nuevas políticas de salud pública que se instaurarían con el afianzamiento del nuevo régimen económico-liberal. Antes de este período, los problemas de salud eran muy fuertes debido a problemas de alimentación y grandes epidemias. Estas presiones sobre el aspecto biológico provocaban muchas muertes, pero el desarrollo económico y agrícola de fin del siglo XIX permite al hombre controlar muchos factores teratógenos. De este modo, en esta época de liberalismo marcada por una mejora de las condiciones de vida, lo biológico no constituía una presión, sino más bien un medio de hacer presión, ya que lo biológico deviene un instrumento de poder al servicio de la política quien controla el rumbo de la salud de las sociedades. A esto Foucault le llamó Biopolítica, que refiere a la gestión socio-política de la salud. Así, se hizo entrar la vida en el campo de los cálculos, del saber médico, y a través de los dispositivos vinculados al cuidado de la salud se creó un agente de transformación al servicio del modo de producción mercantil. La salud, higiene, sexualidad, natalidad, van a ser, a partir de este momento, gestionados por el estado a través de diferentes instituciones como son las Secretarías de salud, Universidades, implementación de Sistemas hospitalarios, asistencias sociales, etc. Todo ello con la finalidad de maximizar el cuerpo humano minimizando los costos económicos que genera la gestión de la sociedad. Es casi el camino natural que seguiría este nuevo modo de organización social llamado “Liberalismo económico”. Es importante recordar que se trata de una nueva sociedad donde la fuerza del trabajo del hombre queda reducida a mercancía susceptible de ser vendida y comprada por mercaderes, la fuerza laboral va a convertirse en la fuente de las riquezas de algunos que vienen a conformar la clase dominante desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días.



Por lo anteriormente planteado surge el estudio de las Ciencias de la Salud por los propios profesionales y el encare con un sistema de creencias basados en la Epistemología y no en la religión, los pilares del cuidado al Otro y del tratamiento de situaciones límites como la muerte y su construcción en la práctica cotidiana. La institucionalización de los enfermos en el espacio hospitalario, como se mencionó anteriormente, enfrentan al personal de la salud a la posibilidad de la muerte y por consiguiente a vivirla como un posible fracaso, en lugar de admitirla como un fenómeno natural. En particular los pacientes con enfermedades terminales afectan tanto al médico como al personal de enfermería en tanto se sabe que la muerte es segura, este hecho produce temor e inseguridad y tiene un impacto directo en su conducta.

4. La vivencia de la muerte en los profesionales de la salud

Para entender este punto se entiende necesario abordar el concepto de las Representaciones Sociales (RS) como fenómenos estudiados con varios niveles de complejidad individuales, colectivos y sociales. En el tema se destaca Serge Moscovi (1961 y pág.16) que dice al respecto que “(…) una representación habla, muestra; comunica, expresa, produce y determina comportamientos, porque al mismo tiempo define la naturaleza de los estímulos que nos rodean y nos provocan, y el significado de las respuestas que debemos darle, es una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”. Por lo tanto: “la representación social es un Corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (1979, pág. 18.).

Denise Jodelet (1986, pág. 472), define la temática en estos términos: “En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos



sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto”. Y agrega “El acto de representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, representar es sustituir a, estar en lugar de. En este sentido, la representación es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. (...) Por otra parte, “representar es re-presentar, hacer presente en la mente, en la conciencia” (Moscovi, 1961, pág.26). Las acciones del Enfermero, sea Auxiliar o Licenciado, al asistir a sus pacientes en situaciones “sobre el cruce de las coacciones sociales que pasan sobre el individuo y de los deseos o carencias que hacen eco de ellas. Las representaciones expresan y permiten trascender sus contradicciones” (Jodelet, 1986, pág. 479). Estas determinan el modo de pensar de tal manera que de acuerdo a Perdigon y Strasser (2015) las “Contradicciones que se dan en la toma de decisiones al momento de la atención del paciente y que se manifiestan en sus representaciones y prácticas, otorgándole a estas el componente de subjetividad, que las convierte más que en un acto técnico en un acto social” (pág. 490). Por ende, según Grimberg (1992) “las prácticas no se construyen solo desde afuera y por la fuerza, sino desde adentro de los conjuntos a través de procesos conscientes y no conscientes” (pág. 6).

Jodelet, en su conferencia del 2007, delimita tres esferas de referencia de las RS: a) la de la subjetividad, que nos sitúa en los procesos a través de los cuales el sujeto se apropia y construye representaciones en conexión con sus experiencias individuales; b) la de la intersubjetividad, en la que las representaciones son construidas en la interacción entre individuos, a través de la comunicación verbal y la negociación de sentidos en un grupo o comunidad local, y c) la transubjetiva, que se refiere al espacio social y público donde circulan representaciones que cruzan los espacios locales de vida. Según la autora cada esfera cumple diferentes funciones y expresa distintos significados vinculados a las sensibilidades, intereses y deseos; en la esfera de lo intersubjetivo, las RS intervienen como herramientas de las interpretaciones y de la construcción de significados compartidos sobre los objetos de negociación, la esfera transubjetiva, se vincula con aspectos culturales y conjunto de modelos, normas y



valores transmitidos socialmente y también con universo simbólico correspondiente a las presiones que imponen la estructura social, de poder y las ideologías.

En los productos comunicativos están implícitas representaciones que son un punto de vista de lo que sucede, estas son utilizadas en relatos por sus creadores, tiene relación con las representaciones culturales de la comunidad en las que están comunicadas y también con las representaciones individuales de los actores receptores, siendo cada uno parte de un sistema. Estos últimos son autónomos, interdependientes, abiertos a los demás y poseedores de normas propias de funcionamiento. Las RS no son verdaderas o falsas, sino justificadas o injustificadas, ofician de modelos que sirven para orientar la acción y la valoración de los sujetos como modelos de la influencia social. La noción de “Representación” en el campo de la salud y la enfermedad, desde hace bastante tiempo, ha sobrepasado los límites de una “cuestión restringida” a un área determinada siendo adaptada por muchas disciplinas (Sociología, Psicología, Psiquiatría, etc.) y siempre la reflexión se orienta hacia la necesidad de interpretar un universo simbólico que al ser compartido por las personas posibilita su acción e interrelación en el cotidiano, sirve de soporte para las ideologías dominantes y facilita la institucionalización de algunas prácticas sociales (Eslava, 2002).

Jodelet describe una metodología de estudio de la RS en el cuerpo humano que resulta interesante para el presente trabajo. En el mismo, reconoce cuatro fuentes de información: a) vivencia del sujeto, lo que piensa sobre sí, b) lo adquirido a través de la comunicación y la observación y c) los conocimientos adquiridos como formales, su educación en la profesión. Esta propuesta permite distinguir entre la distancia que toma el sujeto del objeto de conocimiento, mostrando la implicación personal y el sostenimiento social a dicho conocimiento (Mora, 2002). Autores como Perdigon y Strasser (2015, pág. 492) destacan que el personal de enfermería y de la salud en general entran los saberes técnicos y científicos con el conocimiento empírico y social. El cuidado ofrecido a un paciente próximo a morir o agónico rompe, en ciertas ocasiones, las normativas institucionales. Gonzalez (2008), por su parte resalta que el



afrentamiento en un grupo se refiere a la capacidad que este tiene de generar representaciones sociales colectivas.

Es importante considerar en este punto el tipo de relacionamiento que presenta el enfermero con el paciente pediátrico. En relación a ello, Oliva P., Lupiani M. Gala FJ., Suárez G, refieren que las maniobras físicas ofician de canales alternativos de comunicación, que a su vez facilitarían la relación interpersonal con el paciente. Dicho contacto aludiría a una forma de comunicación primaria, cuyos efectos pueden provocar reacciones tanto adaptativas como desadaptativas, dependiendo de las personas y las situaciones. En líneas generales, según estos autores, el contacto físico es considerado un factor crucial en las relaciones siendo en la comunicación, señal de entusiasmo y afecto (ternura). Este tipo de expresiones, desde los profesionales de la salud, junto con señales de confianza en su experiencia personal, así como en el paciente, contribuyen a que en este se fortifique una sensación positiva. Sin embargo, las especializaciones en la medicina, si bien han traído una serie de ventajas, también han aparejado desventajas, fundamentalmente vinculadas a la despersonalización del trato con los pacientes o deshumanización de los mismos (Cano, 2018).

Los avances tecnológicos parecería que favorecieron la puesta de distancia con los pacientes, lo que facilitaría mayor poder sobre ellos, observándose por momentos posturas autoritarias o paternalista. Estas conductas dejarían poco espacio para el principio de autonomía en el paciente pediátrico, sin embargo, cada vez se discuten más las decisiones apoyadas en los principios de la Bioética.

Diversos son los estudios realizados en relación a las actitudes ante la muerte de los profesionales de la salud, algunos indican el temor y miedo como los sentimientos que dominan (Cruz Quintana et al., 2001; Hernandez Cabrera, G. et al., 2002); otros muestran mayores índices de ansiedad en el género femenino y en edades medias de la vida (Fernández Fernández y at, 2003; Tomás-Sábado, 2002).

En líneas generales varios trabajos apuntan a que una mejor preparación de los profesionales de la salud disminuye el grado de ansiedad y mejora la atención (Kvale et al., 1999; Cruz Qintana et al., 2001; Tomás Sábado 2001). A pesar de lo descrito por las



investigaciones, continúan existiendo dificultades que obstaculizan la asistencia y la conducta (Larrobla, 2017) y otros destacan la importancia de haber tenido alguna experiencia próxima con la muerte en tanto permite contar con mejores recursos personales (Fernández Fernández, J.A.; García Martínez, 2017).

En la misma línea, García y Rivas (2013) señalan que en el ámbito de la salud los profesionales, se ven invadidos por sentimientos de angustia, en ocasiones muy difícil de manejar. Pichardo (año) señala que se ven enfrentados a posturas contrapuestas y evasivas, como la indiferencia que bloquea lo afectivo e impide sufrir y la aprensión que desgasta y agota. Destaca además que se pudo observar que en la experiencia se perciben sentimientos y vínculos, que involucran mecanismos de defensa donde la evasión de algunas situaciones permite mitigar el impacto que la muerte provoca, sin que ello implique dejar de cumplir con sus obligaciones.

Es importante destacar que ya hace unas décadas que se observa un cambio en la mentalidad sanitaria en relación a este tema en la medida que surgen los cuidados paliativos donde el paciente adquiere mayor relevancia y los cuidados se orientan más contemplando los aspectos bioéticos (Amaro,2005). En este sentido, el crear las condiciones de comunicación y proximidad para facilitar el proceso de morir por parte de los profesionales de la salud es fundamental, para ello es imprescindible una formación adecuada que los dotes de herramientas que le permitan estos procesos de afronta la finitud de la vida.

5. Actitudes ante la muerte, naturaleza y concepto de la actitud

Existen diferentes perspectivas que abordan la complejidad de las actitudes, cada una de las cuales presenta sus limitaciones y fortalezas. De acuerdo a Lamberth (1982) la actitud se define como la respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto o situación, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales.

En este sentido la percepción que se tiene puede ir en una escala de favorable a desfavorable, lo emocional respondería en el orden de lo negativo o positivo y lo conductual en la línea de apoyo u hostilidad. Estos componentes se expresarían a través



de los hábitos y destrezas puestas en juego. Esta perspectiva incluye el hecho que la actitud influye recíprocamente sobre cada uno de estos componentes que le dan origen y diferentes formas y circunstancias (Clore, 2005; Kruglanski, 2005; Olson, 2005). Otros estudios plantean que estos componentes pueden estar o no relacionados dependiendo de múltiples actores y que por lo tanto un recurso humano de la salud puede saber los beneficios que aportaría permitir que el paciente pueda hablar de sus sentimientos, pero sin embargo tomar una actitud que obture dicha expresión (Neimeyer, 1997; Schmidt et al., 2006). Por lo tanto, los cambios en la actitud resultan muy complejos y dependen de las perspectivas teóricas de cómo se forma y se modifican las actitudes (Osakamp, 1991; McGuire, 1985).

A pesar de lo mencionado anteriormente, el concepto de muerte es relativo y temporal en tanto varía de acuerdo las sociedades, sistemas de creencia y aspectos individuales como ya se mencionó. Por lo tanto, las actitudes que se manifiestan frente a la muerte también pueden ser transitorias y cambiantes (Limonero, 1994). Las actitudes en general generan sentimientos vinculados con la dependencia, dolor, aislamiento, rechazo, abandono, etc. Los estudios sobre las actitudes ante la muerte surgen en los países anglosajones entre 1950 y 1960 en población general, siendo Hermann Feifel uno de los mayores estudiosos. Sin embargo, una profundización en la temática se da principalmente a partir de 1970, desarrollándose a partir de ese momento una serie de instrumentos que posibilitaran la evaluación de las actitudes (Collet y Lester, 1969; Hooper y Spilka, 1970; Marchall, 1982; Neimeyer, Bafley y Moore, 1986; Wong, Reker y Gesser, 1997). Neimeyer, Wittkowsky y Moser (2004) realizan una revisión bibliográfica acerca de artículos vinculados con la ansiedad, el miedo, la percepción de amenaza y aceptación de la muerte y el proceso de morir. En la misma, destacan algunos instrumentos y recomiendan la realización de mayores investigaciones al respecto haciendo hincapié en la utilización de instrumentos multidimensionales validados.



6. Evaluación de la actitud

Entrar en el terreno de la medición de las actitudes es complejo y se identifican una variedad amplia de formas de medición (autoinformes acerca de creencias, conductas, valores, etc.; observaciones sistemáticas; medición de reacciones biológicas ante situaciones, representaciones, etc.). De esta variedad, el más usado es el autoinforme o cuestionario, compuesto por una serie de proposiciones a las cuales se responde en forma positiva o negativa marcando el grado en que lo hace. Los resultados son procesados de manera cuantitativa, lo que permite asignar al sujeto una posición en un continuo de aceptación-rechazo, reflejando de esta forma la actitud de la persona respecto a la situación planteada (Escámez y Ortega, 1988). También se utilizan muchas veces el cuestionario de Ansiedad ante la muerte de Templer, la Escala de Collet-Lester (1969) de miedo ante la muerte o el de Dickinson y Pearson (1980-1981) utilizado por Kvale et al. (1990). Otro de los instrumentos más utilizado en los países anglosajones ha sido el “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte” (PRAM) (Neimeyer, Moser y Wittkowski, 2003; Schwartz y Rogers, 2004; Wessel y Rutledge, 2005). Este es el único instrumento que mide un amplio espectro de actitudes ante la muerte.

En el área de la salud, los estudios en las décadas de 1970 y 1980 se centraron especialmente en la ansiedad ante la muerte, siendo el instrumento más usado la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM, su sigla en inglés es DAS, Death Anxiety Scale) (Twelker, 2004; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007). En Estados Unidos se localiza una amplia gama de estudios acerca de la muerte y el morir en revistas como *Death Studies*, *Palliative Medicine*, *Palliative Care*, etc., donde se utiliza principalmente la metodología cualitativa para valorar los aspectos vinculados al morir. Los trabajos ingleses se han desarrollado fundamentalmente en las unidades de cuidado de pacientes terminales en distintos hospitales (Schwartz et al., 2003), en residenciales de pacientes de tercera edad y unidades de diálisis. Los mismos se han enfocado básicamente a la calidad de vida de los pacientes y sus familias, el significado que le otorgan los profesionales de la salud, los pacientes y familiares a la muerte y el proceso



de morir, a la toma de decisiones respecto a los pacientes y la actitud de los profesionales implicada en el cuidado directo del paciente.

Lo importante a tener en cuenta y como elemento común a todos los estudios, no importa la metodología utilizada, es el hecho que son los profesionales de la salud quienes offician de bisagra al proceso de morir, permitiendo u obstaculizando el mismo.

7. Afrontamiento ante la muerte

Lazarus y Folkman, (1986, pág. 115) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más tarde, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas

Dentro de esta línea conceptual, la investigación sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad, más en concreto el estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento, ha llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 2000). Para Fernández Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995) mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. Otros autores como Pelechano (2000), han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o



consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación (Bouchard, 2003; David y Suls 1999; Moos y Holahan, 2003). Los estilos interpersonales, entre sus características definitorias, incluyen elementos que describen la facilidad o incapacidad para relacionarse con otras personas y las formas de afrontar las situaciones de estrés interpersonal (p.e., Felipe y Ávila, 2007; Miguel, 2002). Hablar de estrés interpersonal es considerar el estrés como un elemento social considerando, en este sentido, los conflictos interpersonales como una fuente social fundamental de estrés (Sandín, 2003, Ptacek, Smith y Zanas, 1992).

Por otro lado, el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una buena adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental. En este sentido, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarse de forma efectiva con los demás (Felipe, E y León del Barco, 2010).

Con respecto al estrés ocupacional, Lazarus y Folkman en 1962 definen los esfuerzos del trabajador para enfrentar a el estrés laboral como “Afrontamiento” y lo definen como un proceso en el que la persona en ciertos momentos utiliza como estrategias defensivas y en otros con estrategias que lo llevan a resolver problemas, todo ello en un contexto donde se vincula en forma adaptativa. Sumado a esto, surge la propuesta de Antonovsky (1984), respecto a que no solo están presentes los recursos individuales para encarar una situación de estrés, sino que también hay recursos significativos externos, denominados por él como “recursos generalizados de resistencia” (*Generalised Resistance Resources*). Entre ellos se distinguen las capacidades internas, la motivación y las posibilidades externas que ayudan a manejar las habilidades, las capacidades de resistencia como el uso de la coherencia, ante lo que se denomina situaciones traumáticas, “los desafíos de la vida”.



Para Lazarus (1966) en la literatura psicológica se distinguen dos tipos de procesos de afrontamiento: a) por norma, aquellos en los que el individuo intenta modificar directamente de modo activo las condiciones amenazadoras mismas y b) aquellos en los que intenta modificar sólo la apreciación de ellas, de manera que no necesite sentirse negativamente emocionado. Los primeros se suelen denominar conductas adaptativas o mecanismos de afrontamiento, en tanto que a los últimos suele dársele el nombre de mecanismos de defensas. Mediante estos últimos, el individuo puede llegar a sentirse más cómodo, aunque sigue siendo vulnerable al peligro percibido. Una dificultad persistente respecto a este problema reside en determinar qué es y qué no es saludable.

Se da por supuesto, en general, que los mecanismos de afrontamiento son más saludables, ya que ofrecen ciertos medios de dominar o de modificar de un modo real la situación. Algunos teóricos marcan el hecho de que los procesos defensivos pueden ser adaptativos, al menos para prevenir la desorganización psicológica en los casos en que no sea posible la solución adaptativa. Otros consideran los procesos de afrontamiento como saludables y las defensas, como patológicas. El problema del criterio que existe para distinguir los procesos saludables o eficaces de los patológicos continúa siendo un punto importante y discutido dentro de la teoría y la investigación del estrés psicológico y hay escaso acuerdo entre los expertos acerca de este punto.

Lazarus y S. Folkman, (1986) señalan, en relación a las estrategias de afrontamiento, que son actividades que se pueden desarrollar bajo dos formas, de tipo cognitivo o de tipo conductual, y que a su vez pueden ir encaminadas a modificar la situación que provoca la emoción o a reducir la intensidad de la reacción emocional. Lazarus obtuvo un conocimiento extraordinario sobre los procesos de afrontamiento, llamo la atención acerca de que los pacientes que tomaban en serio su situación y eran más "realistas" lograban mejores resultados en los tratamientos. Encontró que las personas que con frecuencia presentan bajos niveles de estrés son quienes perciben la fuerza de sus recursos y potencialidades.

Los autores mencionados anteriormente argumentan que cuando los problemas surgen, hay dos vías de afrontarlos: a) Tratando el problema directamente y b) reduciendo la



ansiedad que causa el problema. Ambas vías son beneficiosas en tanto se reconoce que el pensamiento positivo tiene sus límites y algunas personas que no logran ser optimistas o ratificar sus esperanzas, requieren de la ayuda y los cuidados del psicoterapeuta. La obra de Lazarus ha recibido críticas y señalamientos, pero no cabe duda que constituye un hito en la Psicología como uno de los iniciadores del paradigma interactivo. Su trabajo mostró en un momento determinado un sentido totalmente nuevo de las relaciones causales, un deslumbrante juego de apariencias que transformó la percepción de los fenómenos emocionales de un modo radical. Esta perspectiva ha sido fundamental para quienes adscriben a la vertiente sociocultural en psicología. En el enfoque de Lazarus y sus colaboradores, (1986 a 1987), está presente el sujeto, y no la personalidad como condición y soporte subjetivo de la expresión intencional del mismo.

En la obra citada se hace explícito que diferentes tipos de enfrentamientos están más asociados a demandas situacionales que a características de personalidad. Es necesario trascender las dimensiones psicológicas examinadas considerando el marco de la personalidad y sus principios funcionales. Ella desempeña un papel mediático fundamental en la regulación del comportamiento y las expectativas y reflexiones del individuo. Esto no niega el profundo legado que dejó Lazarus, 2000 al colocar una reseña sobre el papel del pensamiento en el desencadenamiento de las emociones y su aporte sobre los procesos de afrontamiento que han dado lugar a variados tipos de intervención psicológica frecuentemente empleada en Psicología del Deporte, entre los que podemos destacar es el desarrollo del pensamiento positivo, la visualización, las autoafirmaciones, la inculcación del stress, los programas de pensamientos previos y durante la competencia como las medidas para refocalizar el pensamiento ante alternativas inesperadas, la confrontación, la planificación, la búsqueda de información, el establecimiento de prioridades, estrategias de evitación, la atención selectiva, el distanciamiento, la búsqueda de apoyo social, la negación y otras (Folkman, S. y Lazarus, R. S 1985 a 1987; Lazarus, R. S. 2000).

Según la bibliografía, hay diferentes formas de afrontar las situaciones de estrés: a) a través de la confrontación (acciones directas y agresivas para alterar la situación), b)



distanciamiento (esfuerzos para tomar distancia de la situación tratando de olvidarse del problema o negándose a considerarlo en serio), c) autocontrol (esfuerzos para regular los sentimientos y acciones guardando los problemas para uno mismo sin precipitarse), d) búsqueda de apoyo social (acciones tendientes a buscar consejo, información, simpatía y comprensión de alguien), e) aceptación de la responsabilidad (reconocimiento de la responsabilidad del problema, a veces significa culparse, ser crítico consigo mismo, etc.), f) escape/evitación (quedarse paralizado ante la situación esperando que ocurra algo que la modifique), g) planificación de la solución de los problemas (esfuerzos para modificar la situación implicando una reflexión analítica de la misma, se organiza un plan de acción apuntando a modificar las condiciones de forma que mejoran) y h) reevaluación positiva (esfuerzos para obtener un resultado positivo de la situación estresante, así se modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente) (Lazarus y Folkman, 1986). Para Gálvez, M et al. (2012, pág. 1) “el afrontamiento de la muerte del paciente crítico es un proceso complejo, donde las enfermeras movilizan un nutrido grupo de recursos emocionales a fin de lograr la adaptación, siendo las estrategias adaptativas y el distanciamiento estrategias adaptativas, ya que la prestación de cuidados a los pacientes críticos en estado terminal representa una lucha significativa a nivel personal y profesional”.

De lo expuesto hasta el momento se observa que el afrontamiento es un mediador de la relación entre la situación estresora y la enfermedad, impactando en la respuesta emocional (Lazarus y Folkmann, 1986; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988). No obstante, la aplicación de las estrategias de afrontamiento puede regular las consecuencias negativas para la salud (Bayes, 1999). Se ha consolidado en esta últimas dos décadas, una preocupación por el Trabajador que Cuida, abordado desde la temática de la Salud de los Trabajadores y enmarcándolo en la función central que determina el contenido por ser la razón de su trabajo. Se identifica este papel profesional en la sociedad como tal, en una dimensión de cuidado al otro como sello distintivo. La preocupación por los mismos ha pesado en el ámbito internacional al punto que en el año 2006 la Organización Panamericana de la Salud planteó la premisa “¿Quién cuida al que cuida?”. Esto



establece un concepto que ya desde los años 1970 marca una forma de encarar la relación salud y trabajo desde los procesos mediatizados por las condiciones y medio ambiente. El concepto engloba las condiciones generales del trabajo, el medio ambiente físico, las características del proceso laboral, los aspectos de seguridad e higiene, así como la organización del trabajo (Tomasina y colb,2011).

García y Rivas destacan que “la literatura es categórica en señalar que no es suficiente la experiencia diaria de los enfermeros para prepararlos en la muerte de un niño, siendo este desenlace muy complejo en el cual se conjugan muchos aspectos, entre estos las bioéticas” (2013 y pág.112).

Todo el marco descrito pone en evidencia la importancia del estudio del afrontamiento en el área de la salud. Por lo tanto, y considerando que el afrontamiento de la muerte se lo considera un proceso, una operación continua de sucesivas modificaciones y si la estrategia de afrontamiento apunta a eliminar las situaciones que lo originan y en la emoción como reguladora del estrés emocional producido, el afrontamiento es una de las tareas más difíciles y estresantes a la que está enfrentado el personal de la salud. Estudios realizados en estudiantes de enfermería pusieron de manifiesto la escasa formación que tienen al momento de recibirse, lo cual no les permite atender adecuadamente a los pacientes y familiares (Salón, 1995). Varios trabajos han puesto de manifiesto que las situaciones hospitalarias que más impacto tienen en el personal de enfermería son las vinculadas con la muerte, el sufrimiento y el cuidado de pacientes terminales (Vila y Escayola, 2001; Benbunan-Bentata et al., 2007).

8. La elección de la Enfermería como profesión y como se enfrenta la muerte

En este punto se hace necesario precisar que cuando se habla de la enfermera no se establece la distinción que subyace desde su historia entre Nurse (Licenciada en Enfermería) y Auxiliar de Enfermería, hoy devenida Enfermera, en el Uruguay. Dicha distinción que se realiza en el campo académico jerarquizando y estableciendo una división del trabajo que conlleva un imaginario social, diferencias económicas, ideológicas, sociales, etc., aún no se han dilucidado en el campo de la Enfermería en Uruguay (Irigaray, 2014). Un elemento histórico que acompaña históricamente a la



enfermería es el estereotipo de género femenino, determinando por su condición de mujer “la reclusión, la invisibilidad, la subordinación, sin darle poder social, ni prestigio, siendo una profesión inexistente, identificando el cuidado materno a la enfermería”; tal es así que este vocablo “tiene su origen en el cuidado materno, tal como expresa el término inglés “*nurse*”, que tiene sus raíces en el latino “*nutrire*” (nutrir), que significa “madre que cría”, ante esta conceptualización el ejercicio de la enfermería es prácticamente sinónimo de “instinto maternal” y por ende de mujer, pues este impulso le permite “cuidar” como parte de su naturaleza, por ello “son enfermeras natas”

(García, Sainz y Botello, 2004). Parecería que la mujer, por su propio rol reproductor asignado socialmente, es objeto de dominio y control del hombre, demarcando su área de ejercicio dentro de lo “doméstico”, la casa, hospital, quedando el rol productor para quién ejercerá el papel de médico. Pese al cambio introducido por Florence Nigthingale (1860), dándole un encare profesional a la Enfermería, sacándola de lo doméstico, perduran actualmente estas conceptualizaciones culturales. La elección de este camino parecería basarse en estos factores y se detecta esta predisposición desde la infancia. La etapa vocacional surge con el pensamiento cristiano y el concepto salud/enfermedad pasa a tener una connotación religiosa (Sampedro de la Torre, 2004; Nava, 2012; Hernandez, H; Del Gallego; R; Alcaraz, S; Gonzalez, J, 1997). Según Balderas (2013), la representación social de la imagen profesional de la Enfermería depende de dos elementos: a) la imagen que tienen los profesionales de sí mismos y b) la imagen que tiene la sociedad de estos. Esta identidad es un proceso dinámico que se ha ido modelando en función del desarrollo social, tecnológico y científico que se ha impuesto a lo largo de la historia.

El pasaje de la vocación a la profesionalización, surge con la acción de desarrollar una formación específica con conocimientos especializados, desplazando al trabajo voluntario, marca por tanto el tránsito de ser un servicio a ser una tarea técnica. Algunos autores (Alves de Almeida Ribeiro y cols ,2006); Chuaqui-Kettlun, Jorge Renán; Bettancourt-Ortega, Lorena Paola; Leal-Román, Valentina Javiera; Aguirre-González, Carlos Alberto, 2014), establecen que esta etapa está centrada en la lucha contra la



enfermedad, quienes cuidan de los enfermos son los ayudantes del médico, mujeres en su mayoría, las cuales eligen la profesión por razones de servicio, vocacional o profesional. El motivo que más las moviliza a llevar a cabo la profesión es el deseo personal de cuidar al prójimo. La etapa profesional del cuidado, va del final del siglo XX hasta nuestros días. Se comprende como profesión con una responsabilidad, el cuidado de la salud de la población y la salida laboral de la mujer por ser la profesión de más fácil acceso regionalmente para las aspirantes. Con el pasar de los años, el ideal de enfermera se va reconstruyendo pasando a ser más racional con los dilemas de las aspirantes.

El trabajo de investigación de Alves de Almeida Ribeiro y cols. (2006) permite desplegar las representaciones imaginarias de la enfermería, desde la propia voz de las protagonistas, donde se puede encontrar que perduran las trazas de un imaginario social desde la época colonial con su vocación de servicio y el camino hacia la profesionalización, quedando visibilizado el modelo hegemónico de la Enfermería. El trabajo se plantea un estudio cualitativo que las autoras definen como socio histórico, para poder comprender mejor las dimensiones históricas y simbólicas, con el objetivo de conocer el imaginario social a la hora de la elección profesional de las enfermeras brasileras y peruanas. Se realizó la recolección de datos por medio de un cuestionario enviado por correo con una pregunta puntual: ¿Por qué eligieron enfermería como profesión? Para llevarlo a cabo se eligieron veinte participantes, doce brasileras y ocho peruanas, que desarrollaban su trabajo en el área educativa o asistencial, graduadas entre 1974 y 1994. Dicho estudio fue realizado en el año 2003, y utilizó el marco referencial sobre el imaginario social de Maffesoli. Según este, “la utopía, contemplada desde la perspectiva de la forma y no del contenido, se revela como una manifestación propia de lo imaginario. A través de ella, el hombre se recrea en el pasado o edifica un añorado futuro, renegando, así, de su realidad cotidiana” (Carretero Pasín, Ángel Enrique, 2003, pág.105). Las autoras señalan que es en la adolescencia cuando se plantea la necesidad de buscar una profesión, en este momento se toma en cuenta la accesibilidad al estudio, las posibilidades de conseguir un trabajo rápidamente, las condiciones económicas y salariales. A la hora de la elección la futura profesional es inspirada en imágenes y



estereotipos que se construyen a través de la historia de las profesiones, para decidirse por Enfermería

9. Enfrentar la muerte.

La confrontación de la muerte por parte del personal de enfermería, está impregnada de sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, que interfirieron en la asistencia prestada al enfermo y su familia (Souza; Souza et al., 2013) “...tanto es así, que los estudiantes de enfermería describen estas experiencias [la muerte] como ‘lo malo...’ de la profesión (Kiger, 1994, Perdigon y Strasser, 2015, pág.488).

Para Limonero la actitud del médico es fundamental para el manejo adecuado de los pacientes, y condiciona a su vez la actitud de estos últimos (Grau, 2008), situación que puede ser concebida en ciertos casos como “...la incapacidad para suprimir la muerte es vivida como un fracaso de su saber y de su poder...” (Prost; Vincent, 1991, p. 347) Llevando esta aseveración al campo de la Enfermería, quién está permanentemente al lado del paciente y no se puede alejar tanto como el médico, esta situación se intensifica, y sumado a esto haría que el personal de enfermería viva la situación como un fracaso de sus acciones y esfuerzos terapéuticos.

Los Enfermeros, tanto profesionales como auxiliares, constituyen un colectivo especialmente afectado por factores de riesgo psicosocial al estar en permanente contacto con el sufrimiento y la muerte. Ello puede llevar a la afectación de la Calidad de vida del profesional y de su entorno más próximo como consecuencia del desgaste laboral.

Se ha recalcado que el estrés tiene un impacto negativo en la salud ya que disminuye la capacidad inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes (Escriba-Aguirra, Muñoz, 2002). Limonero destaca (1996, pag.260) que “las principales manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales derivadas del estrés padecido por los profesionales sanitarios que atienden a enfermos moribundos y sus familias son, según Mathers (1991), Schaerer (1993) y Vachon (1987) son: fatiga constante, dolores musculares, problemas relacionados con la comida, el sueño, hipertensión arterial,



conflictos en el trabajo, dificultades y errores a la hora de hacer juicios y tomar decisiones, interferencias hogar-trabajo, ira, cólera, irritabilidad, frustración, indefensión e inseguridad, sobre dedicación, ...” elementos que justificarían conductas como el ausentismo laboral, la automedicación y el abuso de drogas, principalmente alcohol y tabaco, denotando signos de la tensión acumulada.

Otros autores constatan que la impartición de educación sobre la muerte disminuye la ansiedad tanto hacia el enfermo moribundo como hacia la muerte (Dichinson y Pearson, 1980), actividad que influye igualmente con estudiantes de medicina y enfermería (Brent, Speece, Gates y Kaul, 1992-1993; Brent, Speece, Gates, Mood y kaul,1991)

En el área de enfermería el proceso de muerte y el evento en si forma parte del trabajo que se desarrolla. Al decir de Gonzalez Gil (2008, pág.114) “... Hay contextos específicos, como las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en donde la muerte infantil deja de ser un fenómeno aislado y pasa a ser un elemento cotidiano que está presente de forma continua”. Cuidar de pacientes críticos o terminales es considerado como una de las situaciones más estresantes dentro de la profesión de la enfermería.

La exposición continua a la muerte infantil crea situaciones difíciles de afrontar en los cuidadores. En cierta medida, los profesionales reconocen no tener preparación para abordar este tipo de situaciones, no tener capacidad o “ fuerza suficiente ” para hacerles frente y no contar con recursos de apoyo. En un contexto específico como es la UCIP, la realidad de la muerte adquiere matices de significado especiales que se traducen en la generación o modelación de los sentimientos. Así, los profesionales de enfermería hacen referencia a la muerte a través de atributos tales como “ muerte necesaria ” o “esperanza ”. Según González Gil (2008) en el discurso del personal de enfermería se observar que no todas las muertes son contempladas de la misma forma, existiría una clasificación cognitiva sobre los tipos de muerte que se vivencia en la UCIP en función del sentimiento de pérdida que producen. En esta línea, da un mayor sentimiento de pérdida la muerte de un niño con más edad frente a la de un neonato; una muerte imprevisible, frente a una previsible; la muerte de un niño consciente de su proceso,



frente al niño que no lo es, y la muerte de un niño con cuya familia se ha establecido una relación cercana, frente a la muerte de un niño con cuya familia no se ha establecido ninguna relación (González Gil, 2008). En estos espacios hospitalarios, en particular, se tiende a despersonalizar a los pacientes, en el sentido de referirse a ellos como “casos”, “número de cama”, al que se apela con el objetivo de no generar vínculos cercanos o afectivos y así disminuir el impacto que la muerte del paciente provoca.

Siguiendo la misma línea de pensamiento García y Rivas (2008) plantean que afrontar la muerte de los pacientes de estas áreas hospitalarias implica un proceso complejo en tanto se movilizan variados recursos emocionales que apuntan a conseguir la adaptación a esa muerte; se ponen en marcha, en algunos casos, la adaptación y el distanciamiento, para contrarrestar la tensión que se genera entre lo personal y lo profesional. Algunos autores (Vega-Vega, 2013; García S Verónica y Rivas Riveros Edith García, S, 2013) destacan que el hablar con compañeros de trabajo es probablemente una estrategia de afrontamiento muy útil para superar una muerte difícil, así como también hacerlo con las parejas o familiares. Sin embargo, dicho autor refiere que la mejor estrategia es compartir el proceso de duelo con otros profesionales, en especial con colegas, y así afrontar juntos la fase terminal y luego la muerte del paciente.

Para Vasquez (2012) los procesos y reacciones descritas hasta ahora requieren de una preparación y formación específica para acompañar y orientar tanto desde lo individual como desde lo colectivo, siendo necesarios equipos especializados para su abordaje. Identificar de afrontamiento de forma positiva y constructiva favorecerá una mejor canalización emocional y un enriquecimiento personal, además de impactar positivamente en la atención y orientación de los padres afectados. González Gil T. (2008) se refiere a lo mismo agregando que también se incorporan las visiones del mundo espiritual y los rituales de cuidado y se hace necesario compartir la experiencia para crear un escudo de protección para mitigar el proceso de duelo y seguir proporcionando los cuidados necesarios.

En Uruguay, en particular, se han detectado escasos estudios sobre el tema de la muerte y el proceso morir, a saber: Bernadá, M, Dall’Orso, P, Fernández, G, Le Pera, V,



González, E, Bellora, R; Dallo, M, Caperchione, F, Giordano, A, Guillén, S, Fierro, G, Lores; R, Ferreira, E, Carrerou, R (2008) “Abordaje del niño con una enfermedad pasible de cuidados paliativos” en que había participado Licenciadas en Enfermería del Centro Hospitalario Pereira y Rossell (CHPR); Alberti, M , Lores, R , Menchaca (2008) “Modos de morir en la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell” , en el mismo se analizó las decisiones en torno a la presencia de sostén vital en médicos y familiares en el proceso de toma de decisiones en torno a la muerte y el proceso morir de niños en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIN) del CHPR; Quian, J (2007.) “El pediatra frente a la muerte de un niño. Introducción a los cuidados paliativos pediátricos” , pero no se ha encontrado estudios sobre la propia Enfermería y la temática referida a nivel nacional. Una mención especial merece el aspecto del cuidado al propio cuidador, al respecto Larbán (2010, pág. 57) destaca que “(...) El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir.” Esto debería de acompañarse de medidas preventivas de cuidado de los cuidadores. La propia estructura de funcionamiento en equipos interdisciplinarios de esta especialidad contempla la posibilidad real de disminuir el grado de estrés, fomentando los espacios reflexivos de cuidados, que implica no sólo actividades informales a tal fin, sino también reuniones sistemáticamente programadas con el objetivo de prevenir, identificar y tratar las consecuencias de la tarea sobre la salud de los miembros del equipo. El autor destaca que en dichas reuniones los temas a ser tratados deberían ser propuestos por los propios integrantes, siendo en general los más frecuentes: la distancia adecuada del paciente y/o su familia, el involucramiento emocional con aquellos pacientes cercanos a la vivencia propia (sea por el sexo, edad, situación familiar, tipo de enfermedad, etc.), problemas con otros especialistas o servicios de la institución, maltrato institucional, herramientas para despedirse de aquellos pacientes que murieron pero con los cuales quedó pendiente, tendencia a estar en la tarea a “tiempo completo”, dificultad para defender espacios de descanso: deportes, distracciones,



familia, tensiones entre la profesión y la familia (habitualmente con diferente impacto según se trata de varón o mujer), desacuerdos entre integrantes del equipo, temas económicos, honorarios profesionales, descansos rotativos durante el fin de semana y feriados, entre otros. Larbán (2010) apunta también a la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones, así como los factores que se mencionaron anteriormente. Todos estos aspectos forman parte del concepto de “inteligencia emocional”, sin ellos no se llegaría a ser buenos profesionales-cuidadores, cuando esto no se cumple se tiende a potenciar más el aspecto intelectual y las habilidades técnicas desatendiendo la parte más humana vinculada a la afectividad.

El impacto que tiene las situaciones altamente estresantes se lo conoce en la literatura internacional como “burnout”; el mismo alude a algo que se quema, en el ámbito laboral alude al deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la profesión (Gil-Monte,P,2005) La bibliografía lo indica como un proceso en que se distinguen tres momentos: a) una situación de estrés, caracterizada por demandas a las cuales el sujeto no puede responder con los recursos físicos o emocionales que ha utilizado habitualmente para hacerse cargo de sus tareas profesionales, b) en un segundo momento se observa un daño con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y c) un tercer momento en el que las personas intentan enfrentar la situación complicada con diferentes recursos (distancia emocional, aislamiento, inflexibilidad, etc.). Esta espiral se transforma en intolerable, que según las personas puede presentar diferentes grados, desde leve hasta grave o muy grave, incluso con riesgo de suicidio o riesgo elevado para ciertas adicciones como son el alcoholismo y el consumo de sustancias ilegales. La sintomatología orgánica con la que se presenta más frecuentemente esta afección son: cefaleas tensionales, sensación de agotamiento, de fatiga, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados en el cuerpo, etc., lo que lleva a un gran número de certificaciones médicas que determinan considerables índices de ausentismo laboral. A nivel de la esfera psicológica se identifican: falta de entusiasmo, de aceptación de la tarea, irritabilidad, sensación de frustración, inconformismo con el trabajo, actitudes negativas, llegadas tardes o salidas antes de tiempo, incumplimiento de las obligaciones, sentimiento de culpa, etc. Todos



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



estos estados o síntomas conducen a un agravamiento de la situación, que la mayoría de las veces son vistas como cambios en el carácter (Carlotto y Gobbi, 2001, pág. 135) Agrega Gil- Monte, (2005).” La presencia del burnout, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, los absentismos e incapacidades, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, y la baja calidad de vida (...).”



Capítulo IV: Metodología

Los objetivos generales de este trabajo fueron identificar los estilos de afrontamiento en el personal de enfermería de áreas de internación pediátrica que implican cuidados intensivos en el Centro Hospitalario Pereira Rosell y describir los factores socioculturales y sociodemográficos que facilitan o dificultan la tarea desempeñada.

Dichos objetivos encierran de por sí, diversos aspectos, que van desde los estilos de afrontamiento, pasando por aspectos sociales, culturales y educativos. Desde este punto de vista se entendió necesario estudiar destrezas, actitudes, comportamientos, partiendo de las propias opiniones de los investigados. En este sentido la estrategia metodológica implicó la utilización de técnicas de recolección de información (un formulario confeccionado por la investigadora para obtener datos sociodemográficos y la aplicación de un inventario estandarizado y validado al español, ambos para la fase cualitativa y un guion de entrevista para la fase cualitativa) diversas que se denomina triangulación metodológica.

Por un lado, los datos provenientes de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación de Cano, Rodríguez y García, 2006), buscaron explorar de forma directa y, por ende, rastrear la cuantificación de los diferentes estilos de afrontar la problemática. Por otro, los datos generados a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas, permitieron conocer opiniones, valores y formas de funcionamiento y, por último, los resultados del formulario sociodemográfico aportaron datos esenciales para poder describir al personal de salud estudiado en términos de formación, carga horaria, multiempleo, características de personas a cargo a nivel familiar, espacios de ocio y otros estilos de vida saludable.

En este sentido la triangulación de las técnicas cuantitativas y cualitativas permitió una complementariedad en la corroboración de los discursos con los datos estadísticos y enriqueció a su vez, el análisis global de los resultados.

Se planteó entonces un estudio de tipo exploratorio descriptivo, para el cual se optó por un diseño cuali-cuantitativo que permitió profundizar en algunos aspectos relevantes



(técnicas cualitativas) y al mismo tiempo tener una visión más amplia (técnicas cuantitativas) de los estilos de afrontamiento.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta técnica permitió seleccionar aquellas personas que aceptasen ser incluidas en la investigación, esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad del personal para el investigador. La centralidad y el criterio de selección estuvieron determinados por un conjunto de criterios a saber: lugar de trabajo, es decir ejercer sus actividades en alguna de las áreas de cuidados intensivos y piso de internación: CP, UCIN, UNQUER, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que tuviesen asistencia directa con niños y/o neonatos hospitalizados, aceptar participar en forma anónima y voluntaria de acuerdo al Decreto 379/008. Previo a ello, se realizó un breve estudio de los días de la semana, en tanto afluencia de casos, perfil del personal y se determinó desde allí, muestrear por conveniencia. Como criterios de exclusión se adoptaron: no cumplimiento con el lugar de trabajo y la asistencia directa, negarse a firmar el consentimiento informado y tener al momento del trabajo de campo relación directa con el investigador.

Es importante destacar que el criterio muestral fue adoptado teniendo en cuenta que el inicio del trabajo de campo coincidió con el periodo más crítico y de mayor demanda asistencial para el hospital (meses de mayo, junio y julio) por infecciones respiratorias y cuadros gripales. Esta situación dificultaba la disponibilidad de gran parte del personal para participar en el trabajo de investigación (Walpole, R. E. & Myers, 1996).

Finalmente, la muestra quedó conformada por 40 profesionales de la salud entre los cuales se encontraban Licenciados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería. Cabe resaltar que por ser un estudio exploratorio no se buscó un criterio de representación estadística o muestral, sino apenas una aproximación a la situación presentada en ese grupo de profesionales de la salud y en ese momento dado. Tomándose los cuatro turnos de trabajo de Enfermería: denominados y circunscriptos en el siguiente período horario: Noche de 0 a 6 Hs, Mañana de 6 a 12 Hs, Tarde de 12 a 18 hs, y Vespertino de 18 a 24hs.



En cuanto a la fase cuantitativa: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento: CSI (adaptación española de Cano F, Rodríguez, F y García, J.) (Anexo 1) consta de 2 partes: 1. la primera de ellas consiste en escribir una situación que cause problemas, lo haga sentir mal o que le resulta difícil de enfrentar a la persona que está realizando la técnica, 2. la siguiente parte consiste en responder 40 afirmaciones vinculadas a la situación que describió anteriormente y como pensó que se había manejado en relación a ella. Para cada afirmación hay una escala de respuestas compuesta por cuatro opciones a saber: 0 (en absoluto), 1 (un poco), 2 (bastante), 3 (mucho) y 4 (totalmente).

Las 40 afirmaciones reúnen, y a su vez componen, una serie de estrategias ordenadas jerárquicamente (8 primarias, 4 secundarias y 2 terciarias). Las primeras escalas hacen referencia a:

1. Resolución de problemas (REP) - (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce). Ítems relacionados: 01 + 09 + 17 + 25 + 33;
2. Reestructuración cognitiva (REC) - (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante). Ítems relacionados: 6+14+22+30+38;
3. Apoyo social (APS) - (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional). Ítems relacionados 02 + 10 + 18 + 26 + 34;
4. Expresión emocional (EEM) - (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés). Ítems relacionados: 3 + 11 + 19 + 27 + 35;
5. Evitación de problemas (EVP) - (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante). Ítems relacionados: 7+15+23+31+39;
6. Pensamiento desiderativo (PSD) - (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante). Ítems relacionados: 4+12+20+28+36;
7. Retirada social (RES) - (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante) y



8. ~~Autocrítica~~ (APS) - (estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo). Ítems relacionados: 2+10+18+26+34.

Hay una última afirmación que correspondería al ítem 41 que se puntúa de igual forma que las anteriores, con una escala del 0 al 4.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

- a. ~~Manejo adecuado centrado en el problema~~ (incluye las subescalas: Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado;
- b. ~~Manejo adecuado centrado en la emoción~~ (incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante);
- c. ~~Manejo inadecuado centrado en el problema~~ (incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras;
- d. ~~Manejo inadecuado centrado en la emoción~~ (incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción).

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

- a. ~~Manejo adecuado~~ (incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante;
- b. ~~Manejo inadecuado~~: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Los datos inicialmente obtenidos con la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) fueron procesados con el sistema SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).



Para contemplar y abordar actitudes, valoraciones y sentimientos culturales y sociales se procedió a complementar y articular, la información y el análisis cuantitativo, con una de las técnicas de observación dentro de la metodología denominada cualitativa, como lo son, las entrevistas semiestructuradas.

En cuanto a la fase cualitativa: Entrevistas y formulario sociodemográfico.

Como se mencionó anteriormente, en las entrevistas, la centralidad estuvo determinada por el personal de los centros de cuidado intensivo pediátricos, sean estos licenciados o auxiliares de enfermería. Siguiendo a Alonso (1988) “[...] *la entrevista de investigación social encuentra su mayor productividad no tanto por explorar un simple lugar fáctico de la realidad social, sino por entrar en un lugar comunicativo de la realidad, donde la palabra es vector vehiculante principal de una experiencia personal, biográfica e intransferible (...)*”. Esta afirmación lleva a plantear, como bien lo hace el autor (pág.: 60) que esta técnica demarca cuatro campos básicos de utilización “(...) *Reconstrucción de acciones pasadas: enfoques biográficos, archivos orales, análisis retrospectivos... 2. Estudio de representaciones sociales personalizadas: sistemas de normas asumidos, imágenes y creencias prejudiciales, códigos y estereotipos cristalizados... 3 Estudios de las interacciones entre constituciones psicológicas personales y conductas sociales específicas (...)* 4. *Prospección de los campos semánticos, vocabulario y discurso arquetípicos de grupos y colectivos (...)*”.

Se consideró la metodología exploratoria de Jodelet para el abordaje de estudio de la RS en el cuerpo humano: esta reconoce cuatro fuentes de información: la vivencia del sujeto, lo que piensa el sujeto sobre sí, lo adquirido a través de la comunicación y la observación y los conocimientos adquiridos como formales, su educación en la profesión. Esta técnica permite distinguir entre la distancia que toma el sujeto al objeto de conocimiento, mostrando la implicación personal y el sostenimiento social a dicho conocimiento (Mora, M, 2002).

Por estas razones se centralizó la mirada cualitativa en las entrevistas semiestructuradas, (Murillo, F. J. y Martínez-Garrido, C. ,2010), con una serie de preguntas que guiaban



las mismas (Anexo 2). Estas tuvieron, en su mayoría, una duración de media hora, según las circunstancias del área en que se llevaron a cabo. Es importante resaltar que hubo que esperar, en la mayoría de los casos, que el entrevistado quedase libre de obligaciones para poder entrevistarlo. Como se mencionó anteriormente del periodo del año en que se realizaron las entrevistas, y la situación recién descrita, le implicó al investigador concurrir hasta en cuatro ocasiones para poder acceder al entrevistado.

El diseño de la pauta de entrevista, abarcó dimensiones establecidas que incluyeron aspectos que apuntaban a observar: a) las representaciones sociales de su formación (motivo que lo llevo a elegir la profesión, situaciones que identificaba como más estresantes en la misma), b) identificación de barreras personales frente a la proximidad de la muerte de un niño asistido por ellos (capacidad de expresar emociones, forma de canalizar sentimientos como enojo o agresividad) y por último cambios posibles en la organización del trabajo para mejorar las dificultades identificadas. Las dimensiones oficiaron como disparadoras, de la entrevista, respetando en la medida de lo posible el orden lógico establecido de antemano por los investigadores. Al comenzar las entrevistas, se solicitó permiso para su grabación y éstas se realizaron en formato digital. Se destaca que la “tas_a de rechazo” fue mínima constando 28 entrevistas en todo el trabajo de campo. Estas no formalizaron por la demanda de trabajo imperante. Muchos aportes a las preguntas y comentarios se hicieron luego de tener el grabador apagado, por lo que se llevó una bitácora de notas.

Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo, encontrándose un espacio específico para las mismas, que por lo general fueron áreas de descanso utilizadas por los médicos y enfermeros, así también sectores improvisados pero que siempre permitieron mantener el encuadre de la entrevista con reserva y privacidad.

En los encuentros concertados además se completó el formulario que recogió datos que permitieron caracterizar a los entrevistados (Anexo 3). El mismo constó de cuatro partes diferenciadas, la primera se conformaba de variables referidas a datos personales:

1. edad (fueron agrupados por franjas etarias),
2. Género (femenino/masculino),
3. Estado civil (soltero, casado, unión, libre, viudo);
4. Lugar de residencia



(Montevideo/Interior); 5. Familia de convivencia (Si/No); 6. Número de hijos; 7.

Personas a su cargo con discapacidad (Si/No);

La segunda sección se confeccionó con variables referidas al aspecto laboral:

8. Lugar de trabajo; 9. Área; 10. Cargo que desempeña; 11. Horas de trabajo semanal en el área; 12. Multiempleo (Si/No).

La tercera sección se refería a variables referidas a la titulación:

13. Título obtenido (Universitario/Extrauniversitario); 14. Años de formación universitaria; 15. Actividades de Educación continua (Si/No); 16. Tema del último curso realizado y fecha.

La cuarta y última parte del formulario se conformó con variables que tenían como finalidad recoger datos sobre algunos aspectos de la calidad de vida de los entrevistados:

17. Antecedentes médicos personales; 18. Certificaciones médicas en el último año (Si/No); 19. Actividades ocio/recreación; 20. Actividad física; 21. Dieta saludable.

Metodología de la Fase Cualitativa:

El proceso determinó en base al método de estudio de Jodelet, considerar los aspectos referentes a las representaciones sociales que reconocen cuatro fuentes de información:

- 1) La vivencia del sujeto
- 2) Lo que piensa el sujeto sobre sí.
- 3) Lo adquirido a través de la comunicación y la observación.
- 4) Los conocimientos adquiridos como formales: su educación en la profesión

A partir de estos conceptos se elaboró el Guían de la entrevista, en la que también se buscó elementos referentes al a elección de la enfermería y la pediatría como áreas de trabajo y las propuestas que estos consideraban necesarias a la Dirección del Hospital para trabajar en mejores condiciones.

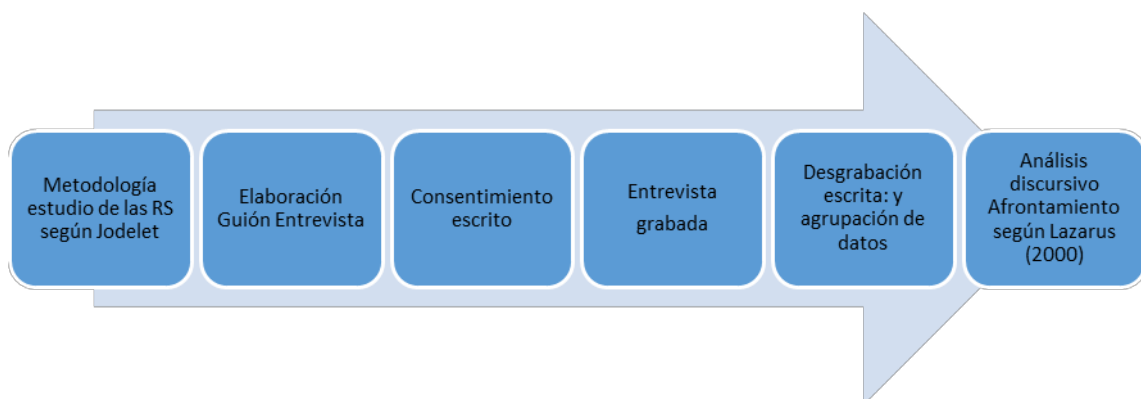
Una vez que el entrevistado firmaba del Consentimiento Informado, se procedió a realizar la entrevista comenzando por una primera fase en la que se estudió el área cuantitativa con el formulario socio demográfico y la aplicación del Test Psicológico, para proseguir con la entrevista, que previo consentimiento, se grabada.

Terminada esta etapa, se desgrabaron todas las entrevistas realizadas y posteriormente se analizaron los núcleos discursivos de los relatos en una planilla donde se presentaba



la temática y se observaban los elementos descriptos utilizando el método discursivo de Afrontamiento de Lazarus:

- a) Confrontación: acciones directas y agresivas para alterar la situación
- b) Distanciamiento: esfuerzos para tomar distancia de la situación, tratándose de olvidarse del problema o negándose a considerarlo en serio.
- c) Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos ya acciones guardando los problemas para uno mismo sin precipitarse.
- d) Búsqueda de Apoyo Social: acciones tendientes a buscar consejo, información, simpatía y comprensión de alguien.
- e) Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad de los problemas, a veces significa culparse, ser crítico consigo mismo
- f) Escape/evitación. Quedarse paralizado ante la situación esperando que ocurre algo que lo modifique
- g) Planificación de la solución de los problemas: esfuerzos para modificar la situación implicando una reflexión analítica de la misma, se organiza un plan de acción apuntando, se organiza un plan de acción apuntando a modificar las condiciones de forma que mejoren.
- h) Reevaluación positiva: esfuerzos para obtener un resultado positivo de la situación estresante, así se modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente



Finalmente, se triangularon las diferentes técnicas utilizadas con la finalidad de observar semejanzas, diferencias o corroboración de los diferentes aspectos y datos recabados.



Capítulo V: Resultados

1. Caracterización de la población estudiada

Participaron en el trabajo un total de cuarenta funcionarios, Licenciados en Enfermería (17) y Auxiliares de Enfermería (23), a los cuales se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y el formulario de datos sociodemográficos; de ese total, veintiocho accedieron a ser entrevistados. El motivo no se pudo entrevistar al total se vincula a motivos de sobrecarga de trabajo en los Servicios, en ningún momento por negativa de los funcionarios. Cabe destacar, como se menciona en el capítulo de Metodología, que el trabajo de campo se realizó abarcando los cuatro turnos de trabajo, lo que implicó, en algunas situaciones, largas esperas para llevar adelante entrevistas que al final no pudieron concretarse por la sobrecarga de trabajo.

Según las edades se pudieron agrupar en 5 franjas etarias: 1) entre 20-29 años, 2) entre 30-39 años, 3) entre 40-49 años, 4) entre 50-59 años y 5) entre 60-60 años. En este sentido se destaca que 20% se ubica en la primera franja, 15% se encuentra en la segunda franja, 27% en la tercera franja, 35% en la cuarta franja y, por último, 2,5 % se encuentra en la quinta franja. Por lo tanto, se observa que más de la mitad de los profesionales son jóvenes y adultos comprendidos entre 20 y 59 años.

En relación al sexo, se destaca una franca mayoría de mujeres y apenas dos recursos humanos del sexo masculino, constituyendo 5% del total de profesionales; de ellos, uno estaba comprendido en el grupo de 20 a 29 años y el otro en el de 50 a 59 años. Estos datos se presentan en la tabla 1.



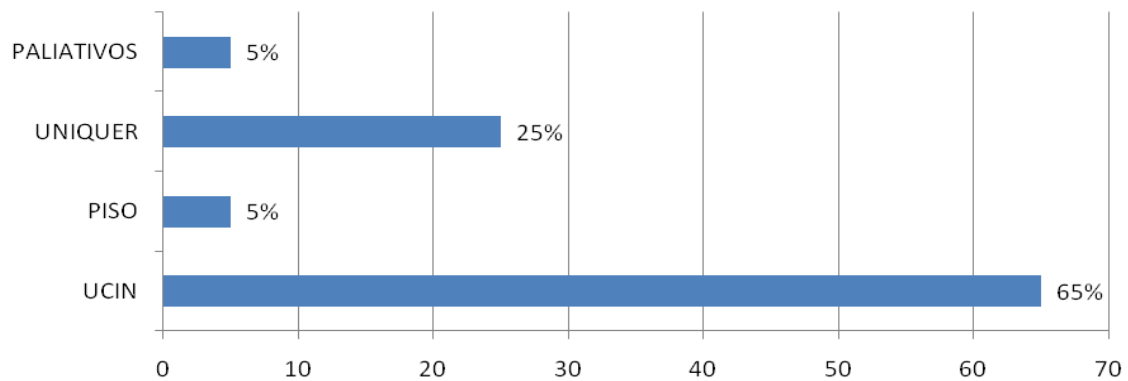
Tabla 1. Distribución general de la población estudiada por edad y por sexo.

Edades	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia Absoluta FA	Frecuencia Relativa FR (%)	Frecuencia Absoluta FA	Frecuencia Absoluta FR (%)	Frecuencia Absoluta FA	Frecuencia Absoluta FR (%)
20-29	1	2,5	7	17,5	8	20
30-39	0	0	6	15	6	15
40-49	0	0	11	27,5	11	35
50-59	1	0	2,5	13	1	2,5
60-69	0	0	1	2,5	1	2,5
TOTAL	2	5	38	95	40	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Las áreas donde desempeñaban sus funciones fueron: 65% en UCIN, 5% en Piso de Internación Pediátrica, 25% en UNQUER y 5% en CP (Cuidados Paliativos). Esta distribución muestra una clara predominancia de pertenencia a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Las frecuencias de dicha distribución se presentan en el grafico 1.

Gráfico 1: Distribución general por área de trabajo en CHPR



Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



En cuanto al nivel de estudios, se encontró que 10 % presentaba estudios de posgrado, grupo al que pertenecen los funcionarios del sexo masculino. Con respecto a la formación continua, se estudió tres grupos, el que había cursado hacía menos de un año, el que lo había efectuado hacía más de un año y el que no recordaba el último año en que había realizado algún curso. Al respecto se observó que 7,5% realizaron algún curso de formación permanente el último año previo al estudio, 42,5% habían realizado cursos hacía más de un año y 50% no recordaba cuando era el último año en que había realizado un curso de educación permanente.

Con respecto a la situación laboral se destaca que 87% del total de la población estudiada tenía más de un trabajo, siendo que un 90% cumplía un total de 72hs. de trabajo semanal incluyendo la población masculina. En cuanto a las certificaciones médicas, 53% de los profesionales estudiados tenían alguna enfermedad que requirió que se ausentaran de sus lugares de trabajo en los meses, en cuanto a la aparición de enfermedades nuevas en el último año previo al estudio, 47,5% declaró haberlas padecido.

En el área de familia se observó que 22,5% tiene hijos bajo su cuidado, no encontrándose los hombres en este grupo y 87,5% tiene familia de convivencia, constituida por pareja, hermanos, padres, hallándose el hombre de más edad en este grupo. Esto permite pensar que la totalidad de estos profesionales tiene además de las responsabilidades laborales otros compromisos que son de orden familiar.

En cuanto a la calidad de la alimentación como un factor de cuidado de la propia calidad de vida, 50% de los profesionales la describieron como regular, buena en un 30% y mala en un 20%. Por lo tanto, un 70% de estos profesionales no se alimenta adecuadamente. Se consideró también dentro de la Calidad de Vida, aspectos relacionados a la actividad física, en relación a ello, 40% declaró realizar alguna, incluye a uno de los hombres, mientras que 50% refiere hacer actividades de ocio, dentro de este grupo se encuentran las personas de sexo masculino.

En suma, los 40 profesionales estudiados se caracterizan por ser predominantemente jóvenes y adultos, presentando entre 20 y 49 años; el mayor nivel educativo alcanzado



fue de posgrado en apenas 10%, y la mayoría había realizado algún curso de formación en el año previo al estudio; casi la totalidad (87%) presentaba multiempleo llegando a realizar jornadas de 72 horas semanales; 52% padecía alguna enfermedad que había requerido ausentarse de su trabajo y 47,5% declaró haberlas padecido en los 12 meses previos a la investigación; una amplia mayoría (70%) declara no alimentarse adecuadamente; menos de la mitad (40%) declara realizar alguna actividad física y la mitad refiere realizar actividades de recreación u ocio.

Del análisis de los resultados del formulario sociodemográfico se observan dos grandes grupos que se conforman de acuerdo a la titulación que presentan sus integrantes, por un lado, un grupo conformado por los Licenciados en Enfermería (LE) y por otro, el conformado por los Auxiliares de Enfermería (AE).

El grupo de LE representan un 45% del total de la población estudiada y sus edades se encuentran comprendidas en un rango entre 26 años y 59 años, siendo mayoritariamente mujeres (16) y solamente dos hombres en este grupo. Desde el punto de vista de la distribución por franja etaria se observa una mayor concentración entre los 50 y 59 años, seguido por un grupo más joven comprendido entre 20 y 29 años (33%). En cuanto al grupo de los AE, se observa una agrupación similar en cuanto a las edades, hay una mayor concentración en la franja de 50 a 59 años, pero seguida de aquellos que se tienen entre 40 y 49 años en la misma proporción. Es importante destacar la presencia de un integrante de con 61 años en este grupo. La tabla 2 y 3 presentan los datos descritos hasta el momento.



Tabla 2. Distribución de los Licenciados en Enfermería según edad y sexo

LE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
20 - 29	1	5,5	5	28	6	33
30 - 39	0	0	1	5,5	1	5
40 - 49	0	0	4	22	4	22
50 - 59	1	5,5	6	33	7	39
TOTAL	2	11	16	89	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 3. Distribución de Auxiliares de Enfermería según edad

AE	EDADES	
EDADES	FA	FR (%)
20- 29	2	9
30 - 39	5	22
40 -49	7	32
50-59	7	32
60-69	1	5
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

El nivel de estudios surge como principal diferencia entre los dos grupos, es importante considerar la formación en Posgrado y Maestrías en el primer grupo (LE) y el tiempo dedicado a cursos de Educación continua en ambos grupos. En este sentido se observa



que los LE solamente han efectuado cursos hace menos de un año el 17% de esta población, perteneciendo a este grupo uno de los hombres. El resto se divide en: 35% que realizó cursos hace más de un año y 50% que no lo recuerda hace cuánto tiempo realizó el último curso. La tabla 3 presenta la formación del primer grupo (LE).

Tabla 4. Nivel de Posgrado en los Licenciados en Enfermería según sexo

POSGR	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
SI	2	12	10	55	12	67
NO	0	0	6	33	6	33
TOTAL	2	12	16	88	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Con respecto al área de trabajo, se destaca que mayoritariamente los integrantes de ambos grupos se desempeñan en el UCIN (67% de LE y 64% de AE). El resto de los LE se distribuyen de forma uniforme en las áreas: Piso de Internación, UNIQUER y Cuidados Paliativos; los restantes AE lo hacen solamente en UNIQUER, mostrándose una distribución más uniforme. En cuanto a la distribución por sexo se observa que: en el UCIN trabajan 11 mujeres y un hombre, en Piso una mujer y un hombre, en UNIQUER dos mujeres, esta última distribución se repite en CP. Las tablas 4 y 5 presentan la distribución descrita en ambos grupos.



Tabla 5. Distribución de los Licenciados en Enfermería según área de trabajo y sexo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

AREA LE	FA	Sexo		FR (%)
		Femenino	Masculino	
A) UCIN	12	11	1	67
B) PISO	2	1	1	11
C) UNQUER	2	2	0	11
D) CP	2	2	0	11
TOTAL	18	16	2	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

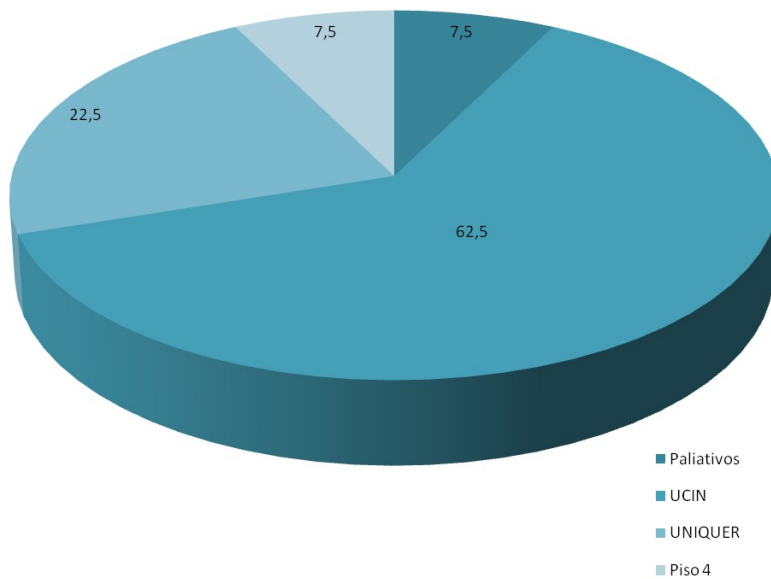
Tabla 6. Distribución de los Auxiliares de Enfermería según área de trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

AREA AE	FA	FR (%)
A) UCIN	14	64
C) UNQUER	8	36
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



Grafico2 - Distribución de Licenciados y Auxiliares según área de Trabajo



AREA DISTRIBUCION	FRECUENCIA RELATIVA %
CP	7.5
UCIN	62.5
UNIQUER	22.5
PISO	7.5
TOTAL	100

En cuanto a la inserción laboral que presentan los LE se observa que la gran mayoría (89%) tiene multiempleo, encontrándose incluida la población masculina, la carga horaria que desempeñan es de 72 hs semanales, mientras que el 11% restante cumple 36 hs de trabajo semanales. Si se observa el grupo de los AE, estos presentan cifras similares al grupo anterior (86%), tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la cantidad de horas de guardia. Es importante resaltar que los LE masculinos tienen multiempleo con un ejercicio de 72 hs. semanales. Los datos descritos se presentan en las tablas 6, 7, 8 y 9.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ENFERMERO FRENTE A LA MUERTE DEL INFANTE

Sophie Simon



Tabla 7. Distribución del Multiempleo en los Licenciados Enfermería

	Masculino		Femenino		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
SI	2	11	14	78	16	89
NO	0	0	2	11	2	11
Total	2	11	35	89	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 8. Distribución del Multiempleo en los Auxiliares de Enfermería

AE	FA	FR (%)
SI	19	86
NO	3	14
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 9. Distribución de la carga horaria semanal de los Licenciados en Enfermería

Tiempo	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Hs						
36	0	0	2	11	2	11
72	2	11	14	78	14	79
TOTAL	2	11	16	89	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



Tabla 10. Distribución de la carga horaria semanal de los Auxiliares de Enfermería

TIEMPO	TOTAL	
Hs Trabajo	FA	FR (%)
36	3	14
72	19	86
TOTAL	23	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

En relación a los ítems que indagaban acerca de la calidad de vida de los profesionales estudiados se sabe que: 67% de los LE presentaron certificaciones médicas, mientras que en el grupo de los AE lo hizo el 41%, dichas certificaciones se dieron en el año previo a la investigación. Las causas identificadas de dichas certificaciones médicas son en todos casos: Hipertensión Arterial, hipotiroidismo, enfermedades respiratorias, gastroenterocolitis, estrés y depresión. Estos antecedentes médicos son similares en los dos grupos, observándose un 5% más en el grupo de LE. Acerca de la alimentación, apenas 10% declara que es “buena” en los dos grupos, incluyendo a los dos hombres; de los que calificaron como “mala” , 11% fueron LE y 27% fueron AE. Las tablas 10, 11, 12, 13, 14 y 15 presentan estos datos.

Tabla 11. Certificaciones médicas en Licenciados en Enfermería.

CER	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
SI	0	0	12	67	12	67
NO	2	11	4	22	6	33
TOT	2	11	16	89	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

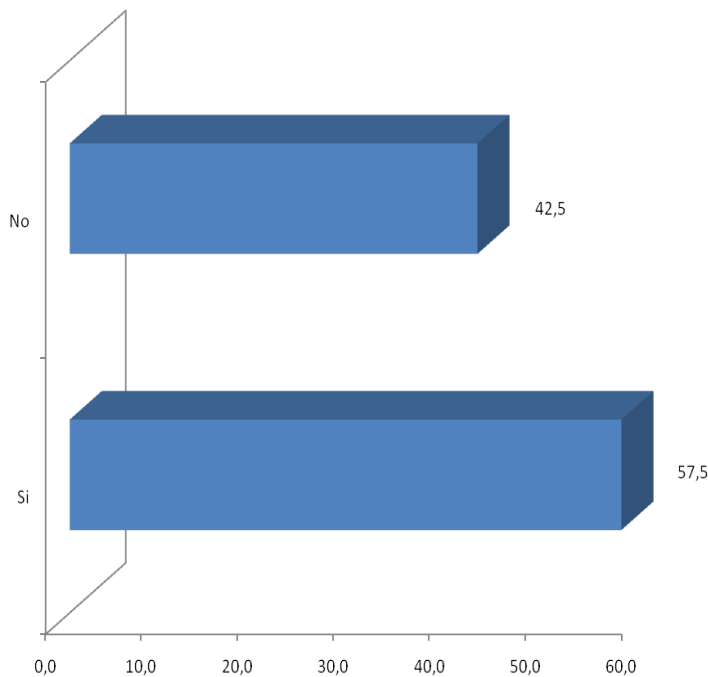


Tabla 12. Certificaciones médicas en Auxiliares. de Enfermería

	MUJERES	TOTAL
CERT	FA	FR%
SI	9	41
NO	13	59
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Gráfico3- Certificaciones médicas en los últimos 12 meses



GRUPOS ETARIOS (años)	FRECUENCIA (%)
21-30	18%
31-40	15%
41-50	28%
51-60	38%
61-70	3%



Tabla 13. Antecedentes médicos en este último año en Licenciado en Enfermería en los últimos doce meses

LE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
SI	1	5,5	8	44	9	50
NO	1	5,5	8	44	9	50
TOTAL	2	11	16	88	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 14. Antecedentes médicos en este último año en Auxiliares en Enfermería en los últimos doce meses

AP AE	FA	FR%
SI	10	45
NO	12	55
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



Tabla 15. Concepto en la Calidad de Alimentación en Licenciados en Enfermería

LE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
BUENA	2	11,5	4	22	6	33
REGULAR	0	0	10	55,5	10	55,5
MALA	0	0	2	11,5	2	11,5
TOTAL	2	11,5	16	88,5	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 16. Concepto en la Calidad de Alimentación en Auxiliares de Enfermería

AE	FA	FR%
BUENA	6	27,5
REGULAR	10	45
MALA	6	27,5
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Por último, vinculado a la calidad de vida, se indagó acerca de la actividad física y los momentos de ocio. En este sentido, 39% de los LE e incluye a uno de los hombres, declararon realizar: natación, caminatas, samba, pilates, se destaca que estas actividades son realizadas en grupos, apenas una persona declaró salir a correr de manera solitaria. En el grupo de AE, no hay diferencias a destacar, 41% efectúan: caminatas, corren,



hacen danza árabe y estiramiento. En las actividades de ocio se observa que 67% de los LE desarrollan este tipo de actividades, destacándose las salidas con amigos, tejer en una parroquia, ir al cine y al teatro. Sin embargo, en los AE, 36% de ellos las llevan a cabo, destacándose el jugar con sus hijos, mirar televisión, tener comidas con familiares, salir con amigos y hacer música.

Respecto a la composición familiar, no se aprecian diferencias significativas en relación a la convivencia con hijos (28 % en los LE y 22 % en los AE). Igual situación se presenta en relación a la familia de convivencia (9% la diferencia entre ambos grupos), estando compuesta por: parejas, padres, hermanos u otras personas. Los presentes datos se pueden observar en las tablas 14 y 15 respectivamente.

Tabla 17. Familia de convivencia en Licenciados en Enfermería

LE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR(%)
SI	1	5,5	14	78	15	83,5
NO	1	5,5	2	11	3	16,5
TOTAL	2	11	16	89	18	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Tabla 18. Familia de convivencia en Auxiliares de Enfermería

AE FAMILIA	FA	FR(%)
SI	20	91
NO	2	9
TOTAL	22	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



Resultados de la aplicación Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación de Cano, Rodríguez y García, 2006)

Como se describió inicialmente en el presente capítulo, el grupo de profesionales estudiado pudo dividirse en dos grupos según la titulación que presentaban. A partir de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, estos dos grupos quedaron subdivididos cada uno de ellos, a su vez, en otros dos. Por lo tanto, los datos que se presentan en esta parte hacen referencia a cuatro subgrupos a los que denominaremos:

- 1) Grupo de LE con Afrontamiento Adaptativo (LEAA),
- 2) Grupo de LE con Afrontamiento Desadaptativo (LEAD),
- 3) Grupo de AE con Afrontamiento Adaptativo (AEAA) y
- 4) Grupo de AE con Afrontamiento Desadaptativo (AEAD).

La tabla 19 presenta los subgrupos descritos anteriormente, las áreas hospitalarias en las cuales trabajan y a quienes se pudo entrevistar para la recolección de datos cualitativos, en el gráfico 2 se puede observar la frecuencia de cada subgrupo.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ENFERMERO FRENTE A LA MUERTE DEL INFANTE

Sophie Simon



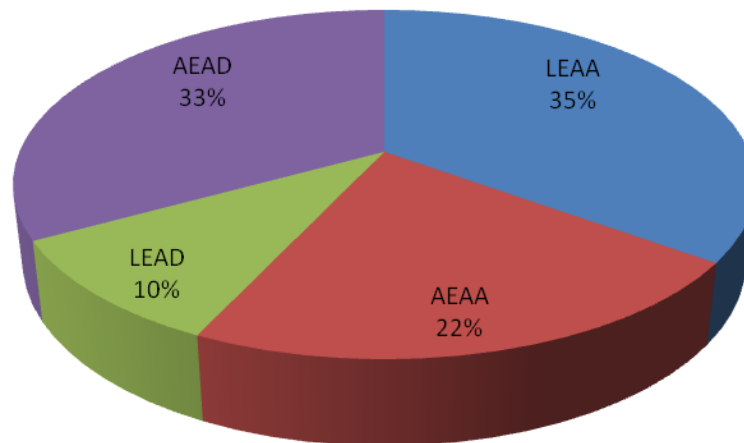
Tabla 19. Distribución de Licenciados y Auxiliares de Enfermería según área de trabajo, Estilos de Afrontamiento y realización de entrevista

Cargo	Test	Entrevista	Área Laboral	Frecuencia Absoluta Subgrupos	Frecuencia Relativa (%) Subgrupos
LE	Adaptativo	SI	PALIATIVOS		
LE	Adaptativo	SI	PISO		
LE	Adaptativo	SI	PISO		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	NO	UNIOUER		
LE	Adaptativo	NO	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UCIN		
LE	Adaptativo	SI	UNIOUER		
LE	Adaptativo	SI	UCIN	LEAA 14	LEAA 35
LE	Desadaptativo	SI	UCIN		
LE	Desadaptativo	SI	UCIN		
LE	Desadaptativo	SI	UCIN		
LE	Desadaptativo	SI	UCIN	LEAD 4	LEAD 10
AE	Adaptativo	SI	UCIN		
AE	Adaptativo	SI	UNIOUER		
AE	Adaptativo	SI	UCIN		
AE	Adaptativo	SI	UNIOUER		
AE	Adaptativo	NO	UNIOUER		
AE	Adaptativo	NO	UCIN		
AE	Adaptativo	NO	UCIN		
AE	Adaptativo	SI	UCIN		
AE	Adaptativo	SI	UCIN	AEAA 9	AEAA 22.50
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	NO	UCIN		
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	NO	UNIOUER		
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	NO	UNIOUER		
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	SI	UCIN		
AE	Desadaptativo	NO	UNIOUER		
AE	Desadaptativo	NO	UNIOUER		
AE	Desadaptativo	NO	UNIOUER	AEAD 13	AEAD 32.50
TOTAL		28		40	100

Fuente: Bitácora de campo



Grafico 4: Frecuencia de los Estilos de Afrontamiento según subgrupo profesional



Referencias

LEAA	AEAA	LEAD	AEAD	TOTAL
35%	22%	10%	33%	100%

Grupo 1.

Lic. en Enfermería con Afrontamiento Adaptativo (LEAA): representa el 35% de los profesionales (14 personas), de los cuales el menor tiene 26 años y el mayor 59 años. De acuerdo a las franjas etarias se distribuyen de la siguiente manera: 28% se concentran entre los 20 y 29 años, habiendo un hombre en este grupo; 7% en la que comprende los 30 a 39 años y 21% en la de 40 a 49 años. Se destaca que este subgrupo reúne el mayor porcentaje de personas entre 50 a 59 años. con respecto a los subgrupos con un 43% (no se entiende lo que viene luego de la coma).

En cuanto al sexo se destaca una minoría de profesionales masculinos (14%), mientras que hay una amplia mayoría (86%) de sexo femenino. Estos hombres se ubican uno en la franja etaria de 20 a 29 años y el otro en el mayor predominio de 50 a 59 años. El subgrupo LEAA es el único con población masculina. Si se observa la distribución,



58% trabaja en el UCIN y 14% se distribuyen respectivamente en Piso de Internación, UNIKUER y PALIATIVOS. Se destaca que todos tienen multiempleo y cumplen 72 hs semanales.

Este es el único grupo con estudios de posgrado, 86% de estos profesionales efectuaron o están cursando este nivel de formación académica, incluyendo la población masculina. En cuanto a la educación continua, 21% realizaron cursos hace menos de un año y 78% hace más de un año. Es el subgrupo que tiene mayor nivel de estudios efectuados, destacándose una parte de este con menos de un año en educación continua, en un 21% En la tabla 17 se presentan los datos descritos.

Tabla 20. Estudios de posgrado en Licenciados en Enfermería

LEAA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
POSGRADO	FA	FR (%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
SI	2	14	10	72	12	86
NO	0	0	2	14	2	14
TOTAL	2	14	12	86	14	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

El nivel de certificaciones que presenta este primer grupo asciende a 65% en estos últimos años y la aparición de enfermedades en los últimos doce meses corresponde al 43%. Las afecciones más comunes son: Hipertensión Arterial (2 casos), hipotiroidismo (1 caso), enfermedades respiratorias (2 casos) y un caso de gastroenterocolitis.

Con respecto a la presencia de hijos bajo su cuidado, encontramos una población femenina de 38% y con familia de convivencia un 77% incluyendo uno de los hombres.

Con respecto a la calidad su alimentación de califican de buena en un 36% y de regular un 57%., no encontrándose diferencias significativas salvo con el grupo AEAD



Tabla 21. Percepción de la alimentación subgrupo Licenciados en Enfermería Adaptativos (LEAA)

LEAA	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)
BUENA	2	14	3	21	5	36
REGULAR	0	0	8	57	8	57
MALA	0	0	1	7	1	7
TOTAL	2	14	12	85	14	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

En cuanto a la actividad física, 43%, realiza alguna y distribución es la siguiente: 2 profesionales salen a caminar con otras personas, 1 hace Pilates en grupo, 1 realiza natación tres veces por semana, 1 baila samba y 1 sale a correr cinco km diarios. Las actividades de ocio presentan mayor frecuencia (78%) en este grupo, siendo el grupo que más lo práctica (1 teje en una parroquia, 5 van al cine y teatro acompañados y 5 realizan salidas con amigos).

Los datos recogidos a través de las entrevistas permiten destacar que este subgrupo elijé y toma la profesión desde lo vocacional refiriéndolo a través de las siguientes expresiones: *“lo sentí de niño, yo siempre dije que iba a ser enfermero”*, *“fue de vocación, me encantan los niños”*, *“siempre quise hacer por los niños enfermos, me encanta porque me ayuda y me siendo útil”*, siendo la elección de la atención a los niños enfermos uno de las elecciones más nombradas. Es importante destacar también que la elección se hace con motivo de realizar estudios en menor tiempo posible, esto queda claro a través de la siguiente referencia *“quería hacer Medicina, elegí esto y me gustó”*.

Este subgrupo describe las situaciones estresantes por las que han pasado de una forma muy clara, donde en el contenido que se revela se describe una carga de violencia importante, las siguientes expresiones dan cuenta de ello: *“entró un familiar con un*



revólver”, “nosotros trabajamos mucho con las miserias humanas, tratas muchas veces niños muy graves afectados por maltrato. Más que angustia, te genera mucha rabia, y muchas veces mueren”, “Hace poco una enfermera recibió una patada en el cuello y todavía no se recuperó, (...) la violencia nos atraviesa”. También se hace referencia al sufrimiento de los niños y la familia de la siguiente forma “contactamos con esos pacientes que están pasando mal, que están sufriendo y una queda angustiada con el correr de los días hasta que el tratamiento se va haciendo efectivo (...) el ver sufrir y la angustia de la familia (...) No sé si lo puedo sobrellevar, pero me afecta hasta que lo puedo solucionar. Me afecta mucho el sufrimiento de la familia”

Con respecto a la muerte de los pacientes relatan: “*esos pacientes que la enfermería ve venir y salir, y se vuelve a repetir, vos te relacionas con ellos (...) cuando estás en una situación crítica, quedas atrapada con ellos, consternada, no podés salir, y no podés hacer nada. Solo decir lo lamento, el médico les dará las explicaciones y yo lo repito constantemente”, “y la muerte te lo arrebató de buenas a primeras”*

Otras situaciones se dan en la esfera de las relaciones de trabajo: “*me estresa trabajar con el personal, hay gente que no quiere trabajar, hay muchas quejas y es muy difícil satisfacer a todos. Los médicos vienen y te exigen quinientas cosas y de mala manera, se descontrolan. Hay que tratarse con respeto en una urgencia (...) le dije “el estrés que vos tenés me lo traspolaste a mí y a todos”, “me temblaban las piernas de la adrenalina y fui y dije (...) no quiero volver”, pero lo superé, lo hablamos y hoy somos amigos”. En otro caso aparece la comunicación: “(llora) me estresa la falta de comunicación, la real, está la de los libros, pero falta la otra, la que te hace razonar y esa es la que falta”, “La gente viene a hacer el horario y no quiere trabajar, ni pensar”, “Me molesta mucho que la gente solo cumpla órdenes y no razone, así es como se equivocan...”*

Desde lo discursivo “El hecho que marca” aparece descrito a través del sufrimiento de la siguiente manera: “*una niña con morfina subcutánea, una hidrocefalia, se murió luego de quince días de agonía. Le había tomado cariño, nos habíamos hecho amigos y me afectó mucho”, “la madre interpretó que lo hacíamos sufrir a su hijo a propósito, cuando era*



todo lo contrario, nos insultó (...) yo lo sentí como una situación violenta”, “Me ha tocado encontrar niños muertos (...) tomé la guardia y cuando paso la visita, la cuidadora del INAU me llama a la cama y me dice que no respira, estaba fría , no se había dado cuenta y yo recién llegando (...) de esa no me olvido...”, “vino un politraumatizado en moto, huesos partidos en una pierna y una tira de músculos colgando (hace el gesto) y lo primero que iban a hacerle al niño era cortarle la pierna y el niño se nos prendía y decía que sin pierna no iba a quedar. Le decíamos te va a quedar inmóvil, dura, te podés morir de una infección y él respondía “a mí no me importa, yo quiero mi pierna” y logramos que la tuviera. Y lo hicimos nosotros, lo que tenía que hacerse en el block, adrenalina terrible, una sale adelante y muertos de risa, bromeando todo así, y luego decís... paaa, si sale bien buenísimo, pero si no, si sale mal...”.

Aparecen varios casos marcados por lazos afectivos “Vos niños especiales tenes (...) no? y niños que han sido especiales para nosotros. Una niña de catorce años tuvo dos meses internada con nosotros en el UCIN, (...) recibió una herida de bala, fue un error que falleciera, la lloramos todos”. Además, se observa que los lazos afectivos se extienden a los padres de los niños “(...) que ves con enfermedades de mucho tiempo, politraumatizados, accidentes de tránsito, ¿gran quemado (...) que va a ser de ellos?

También surgen los problemas de las relaciones laborales: “ vino un niño grave de San José, un lactante con bronquiolitis, casi en paro el paciente y venía en brazos de la enfermera! ...(suspira)...con ningún tipo de apoyo respiratorio...el niño no traía vía, y me dice la médica: “hay que intubarlo ya!, ¡necesitamos ya una vía!” ...si fuese tan fácil...”si!, ¡ya! ¡Que te dije!, ...si doctora, no es fácil, vamos despacio, si usted exige no lo vamos a poder hacer, vamos a calmarnos ...”te dije que les pongas las periféricas! ...en eso tratando de ponerlas, se abre la vena...intenta un a compañera y no puede, ...” querés que llame a la supervisora?!, me vuelve a gritar...y me sale de adentro: Ud. quiere que hable con su jefe el Dr. en el sanatorio...y se calmó...pero pasó muy mal...estaba absolutamente descontrolada”.

En cuanto a las emociones frente al proceso muerte y el acto de morir aparecen las siguientes reflexiones: “Nosotros convivimos con la muerte, siempre hay algún fallecido



en algún piso. A veces los nuclean en el tercer piso, donde funciona el Equipo de Paliativos. Creo que en todos los sectores hay niños muriendo. Pienso que como te enfrentas a la muerte, te enfrentas a la vida ” y en otro caso: “vos decís: “porque le tocó pobrecito?” ...pero le tocó, como que me he acorazado más, lo vivís de la mejor manera posible, pero nunca te terminas de acostumbrar, aceptar que un niño muera”.

Se encuentra en la narrativa el sentimiento de tristeza en varios casos: “ *El sentimiento más común es de tristeza...tristeza... de que el niño muere. Obvio, ¿se muere y una queda pensando en la madre...no? el sentimiento de una mamá, para mí lo peor es que se le muera el hijo...es tristeza*”, “*Yo soy de poner en una balanza lo más beneficioso para los niños que atendemos. No es que sea lo más beneficioso para el niño morir, pero a veces morir es el fin de un sufrimiento. El sufrimiento en el sentido de que el paciente muera, pensamos que se murió, pero se hizo todo lo mejor* ”, “*Bueno, tratamos de recordar los mejores momentos con ese niño y lo que nos llevó a vivir esos mejores momentos*”. Otros afrontan la situación reconociendo sus propias emociones: “*en ese momento que se da, hay que dárselos a de los padres, se lo pones un ratito en los brazos, es muy duro, sea lo que sea, es muy duro, sentís como te desgarran por dentro...a veces son solo las madres solitas, a la que se le murió el hijo, un pedacito de su corazón, y vos sentís que se muere un poquito y sos el sostén y tratás de brindarle lo máximo, en atención y bienestar...pero es muy triste*”. También otros sentimientos afloran dejando en evidencia la religiosidad que parecería ayudar en alguna medida a aliviar pero que por momentos es contradictoria: “*Me angustia, me da rabia, aprendemos a estirar, estudiamos y estudiamos para saber más todos los días, pero hay cosas que escapan de la voluntad y humanamente no podemos hacer, Dios quiera que así sea como tienen que ser las cosas, ...pienso que tenemos una misión, pero yo no estoy contento y cuando llegue allá arriba se lo voy a decir a él ...no me hubiese gustado ser padre*”, “*...antes cuando no había visto nunca morir a un niño, tenía fobia a eso, y pensaba que feo va a ser ese día*” (...) *Hasta que me pasó, y la semana siguiente me volvió a pasar y al mes me volvió a pasar...siento tristeza (suspira), el problema es mío, de no llorar, calmar la furia que viene, miro para el costado para que no se den cuenta, siento rabia, rencor...luego pasa*”.



Otros relatos dejan en evidencia ciertos mecanismos de defensa ante las situaciones planteadas como no generar vínculos para no afectarse: “ *Creo que lo más difícil de afrontar son..., y me pasó muy pocas veces..., que tenés un contacto, un diálogo y a las cuarenta y ocho horas se murieron* ”, “*Cuando era enfermera (auxiliar), nunca fui de seguir un paciente. Tomaba uno distinto todos los días. Evitar el seguimiento era una forma de cuidarme yo, porque verlo a él y su familia, y generar un vínculo (...) Era la forma de encarar por si venía la muerte o algo más*”, “*...al trabajar en esto uno tiene que...en fin, no significa falta de humanidad, porque humanidad tengo, yo también tengo hijas, soy mujer, tengo corazón. Uno tiene que generar mecanismos para bloquear ciertas cosas, porque toda esa carga de acá no te la podes llevar a tu casa, ...mira lo que te voy a contar: yo tengo un mecanismo que no es consciente y lo hablaba con una compañera, cuando fallece un paciente hacemos sus tarjetas, pero yo no logro acordarme del orden, como se llevan , como se pasan...Y yo lo que hago es no generar vínculos*”, otros buscan el punto medio “*Y si, hubo momentos en que el tema te traspasa, para mí tiene que haber un término medio. Conozco personas que desde mi punto de vista se involucran demasiado, a tal punto que las afecta a sí mismas, conozco otras que ponen una barrera para que no les afecte nada. Trato de manejarme en un término medio*”.

Sin embargo, se encuentran otros estilos de afrontamiento: “*Ahh, cuando viene un ingreso, un politraumatizado! Hay que pelearla (...) pero puede pasar, no vas pensando que va a salir mal... siempre me aliento. Y otras veces cuando hay resultados más graves, se mueren y te enteras...muchas veces andamos atrás de la información, no dejamos que venga sola. Vamos persiguiéndola*”.

Actitud frente al equipo: Con respecto a los decesos infantiles, hay algunas estrategias ya implementadas: Por un lado, acuerdo de grupos: “*Se toman muchas medidas para apagar el sufrimiento de la familia y tratamos juntos de acordarnos los mejores momentos del niño y lo que nos llevó a vivir eso. Es una especie de Terapia* ”, en otro : “*Cuando pasa, hablamos en el equipo el mismo día de la guardia. Vos lo ves en el propio equipo de trabajo, Por un niño todos quedamos mal. Cambia la energía. Quedamos todos en este acuerdo y seguimos haciendo las cosas y atendiendo los otros niño s...quedamos todos cabizbajos hasta el final de la guardia y nos vamos tranquilos.*”



Y por otro lado en Cuidados Paliativos: *“un psiquiatra hace el cuidado al cuidador, todo el grupo un lunes cada quince días. Van todos. Es positivo. En CTI no tenemos nada”*

Finalmente, respecto al tema dicen: *“Tenemos esa vivencia en común, vivimos situaciones semejantes...entonces me entienden. Lo vemos y nos apoyamos...y mi experiencia la transmito a otro”*

Vuelven a surgir las dificultades en las relaciones laborales: *“Hay Aux de Enf que no les importa nada, hacen lo mínimo necesario y hay otras muy bien que se comprometen y te lo transmiten. Muchas veces detectan problemas en los pacientes Te dicen que ellos no hablan con los médicos, pero allá voy yo y hablo con ellos y me encuentro que ya fueron a decirles. Hay gente de todo tipo. Este servicio realmente es muy complejo, hay gente con sesenta y pico de años, gente más del servicio, entonces jubilate, capaz que necesitan la plata, hace otra cosa, pero que no se quejen de todo les molesta que un niño llore se crean problemas porque no colaboran en nada...”,* sin embargo, otros licenciados dicen *“como me gusta que me ayuden, colaboro en todo lo que puedo”* y *“trato de hacer todo lo mejor posible. Me importa mucho la asistencia directa, priorizando, haciendo los registros y demás...”*

Valoración del Rol Enfermero: Refieren: dos posiciones opuestas: por un lado *“Me siento bien, siento que hago las cosas lo mejor puedo, y creo que me hacen sentir que soy efectiva en lo que hago...efectiva y eficiente, digo yo. Pongo todo lo que está a mi alcance, y de la mayor manera posible. Siempre lo hago pensando que lo hago que me gustaría que se lo hicieran a un familiar mío y siempre trabajé de la misma manera. Siempre pensando que el que está del otro lado puede ser yo o un familiar. Me ha tocado estar del otro lado y la he pasado bien. Eso me ha servido para mejorar, quién soy yo al momento de la asistencia”* y agrega otra *“Trabajo en dos lugares donde estamos muy reconocidos y como que nos valoran mucho. En CTI, tanto los médicos, como la jefa nuestra, mis propios compañeros...me valoran en lo que hago, me ayudan muchísimo y mi Jefa también...la verdad no tengo palabras. Creo que sí, los trabajos que uno hace lo valoran incluso como trabajos de investigación, otros aportes que hemos hecho en Congresos, Seminarios, que hemos hecho como acá. Yo me siento valorada”*. Coincide que ambos casos son de Cuidados Paliativos.



Por otro lado, lo opuesto : *“El Enfermero Profesional está muy disminuido a lo que era antes, siento que no nos valoran, que hacemos pocos en el país, en relación con lo que he Ministerio dice que debemos ser. A veces estamos recontra sobrecargados de trabajo, acá se trata de respetar, pero a veces no se puede y así es como estamos desbordados. Hay muchos pacientes que demandan mucha atención Ahí si sentís que estamos desbordados. Siento que falta mucha más atención al licenciado, cuidarlo cuando lo tienen y sería lo ideal que le pudiéramos el cien por ciento al empleo”*

Propuestas a la Organización del Hospital Encontramos varias solicitudes de tener un Equipo de Salud Mental que trabaje con ellos en forma coordinada con sus actividades: *“Yo siempre digo que nosotros tenemos que tener un equipo de salud mental. ¡Por favor! ¡Es urgente!”*, *“...vinieron unos psicólogos a atender a los funcionarios de la Facultad de Psicología, hace dos o tres años atrás. Pero luego dejaron de venir y nunca más vinieron. ¡Venían a las siete de la tarde y nosotros con toda la medicación, con todo, los niños para atender...los niños se empiezan a descontrolar...y es la hora de mayor trabajo! ¡No podemos sentarnos con un psicólogo a conversar! no! ...porque tenemos que trabajar, hay que buscar otra forma!”*, *“estaría bueno que hubiese apoyo de algún equipo profesional, yo que sé, dos veces por mes y que de pronto pudiéramos juntarnos y expresar las cosas. El psicólogo que ha venido, viene a hablar de cuestiones de Salud Laboral, ¿pero no habla de cuestiones como las agresiones que hemos recibido, o de la muerte como vos...No te pregunta cómo estás? , se va...”*, *“Deberíamos tener apoyo psicológico, no obligarte, porque acá se ha probado y la gente se cierra, no habla, viste que la gente tiene diferentes maneras de enfrentar las cosas, pero sería fundamental que la gente tuviese apoyo psicológico. Una sola vinieron y se hablaron cosas generales, nos fuimos por la rama y no se habló de los temas que son importantes para volcar.”*

Otra solicitud es la participación de las Jefaturas *“ me gustaría que, del lado de la Jefatura, nos dieran un apoyo más, que se trabajase más con los licenciados, por ejemplo, que venga el Jefe de Servicio, junto con los supervisores y que digan cómo se sienten con esta situación, que problemas, porque no saben ni una cuarta parte de lo que pasa y que les pongan más el pecho a las balas ”* y *“ quizás una reunión cada quince días, en grupo o individual con las Jefaturas, los turnos alejados. En la noche no se ve la Jefa, supervisor*



no tenemos, nadie viene. Creo que puede ayudar para decir que tenemos un respaldo real”, “Tal vez si hubiese equipos más estables de trabajo, porque son necesarios los turnantes y los volantes, pero cuando turnas siempre no podés responsabilizarte, porque no los podés llegar a conocer..., entonces hago lo que puedo” , “Hoy lamentablemente estoy en este sector, pero luego de tomar la guardia en cuatro sectores. Llegué, tomé la guardia en el quinto, luego el segundo de lactante y seguí así. ¡Todavía no pude ver las historias...!”

Por momentos se hacen propuestas: *“Me parece que en todas las ramas de la medicina es importante que hagan una pasantía por Paliativos en Pediatría, para entender el concepto...Te enseñan a cuidar y curar, pero no a acompañar a la muerte cercana”* . Con respecto al UCIN: *“Siempre hay que mejorar obviamente...pero como que el CTI es muy sistematizado, no hay cosas..., si...hay un montón de cosas para hacer que se van viendo sobre la necesidad...”*.

Grupo 2.

Lic en Enfermería con Afrontamiento Desadaptativo (LEAD): Presenta cuatro integrantes los cuales representan el 10% del total. Sus edades son de un mínimo de 26 y el mayor de 59 Es interesante visualizar que un 50% del grupo etario es de 20 a 29 años y un 25% del de 40 a 49 y 50 a 59 años.

Todas pertenecen al género femenino.

Sus áreas de trabajo se distribuyen en 100% en UCIN.

En el área educativa no tiene estudios de posgrado y no recuerdan cuando hicieron la última actividad de educación continua.

Un 50% tiene multiempleo, trabajando, dos 36hs semanales y dos 72hs semanales.

Es el subgrupo con más certificaciones médicas, en un 75% y presentan la aparición de enfermedades en este último año un 75%, una por HTA y dos por estrés.

No tiene hijos a su cargo y todas tienen familia.



Tabla 22: Presencia de hijos en Licenciados en Enfermería

HIJOS	FA	FR%
SI	0	0
NO	4	100
	4	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Con respecto a su calidad de vida, la alimentación la perciben como regular en un 50% y en un 25% como buena y mala respectivamente. Solo un 25% hace actividad física, saliendo a caminar sola si el tiempo es agradable. Es el subgrupo con menos actividad física y la efectúa la única que la hace en solitario

También son quienes realizan menor cantidad de actividades de ocio, con un 25% siendo la actividad relatada mirar películas por internet. sola.

Desde lo cualitativo: Elección de Enfermería y Pediatría: Aparece en más de una ocasión la figura materna como modelo a seguir para la carrera *“mi madre es nurse y como que lo absorbí...” mi madre siempre me recuerda que hablaba con las nurses y les preguntaba...y ta, parece que siempre me gustó y me quedé. Además, siempre mi madre decía que si iba a ser comandante del ejército tenía que ser nurse...tengo un mambo ahí...pero después me gustó y me quede”*

Otro relato habla de lo vocacional *” Lo hice porque me gustaba... siempre me gustó, Pediatría fue de casualidad y me gustó también”*

Las situaciones estresantes: Surgen dos aspectos, por un lado, el sufrimiento *“no tolero que sufran encima verlos morir me afecta más”, y por otro la sobrecarga de trabajo:” ...y me “encuentro que vengo a trabajar, dos enfermeros, 16 niños y yo...Ta? ¡Eso genera un estrés muy grande, porque vos tenes en tus manos la responsabilidad de 16 niños! que muchos son bebés, ellos no hablan...ta? ¡Salí llorando porque quería hablar y no podía hacerlo, ¡Gritaba, gritaba, gritaba y gritaba...”*, a mí me supera nurse para aquí, nurse para allá, te enloquecen, los médicos, los supervisores, sentís que la



cabeza no te va a dar para todo, déjenme un poco tranquila! lo otro es el ingreso no sabes que va a venir.”

“El hecho que marca”: *Nuevamente aparece el sufrimiento: “El sufrimiento de las personas, sobre todo los niños y en riesgo de vida...cuanto más riesgo de vida, más me afectan...No sé, ... no me gusta ver sufrir a nadie, el hecho de que puedan sufrir y encima se mueran me afecta más (...)”*

Aparece en la narrativa vivencias muy intensas : *“era una diarrea, mi Tesis había sido sobre diarreas y que encima se muera un niño de diarrea en siglo XXI! ¡Pensé que me lo habían dado a propósito!... además, se había ido de alta hacia dos días, y que se muera...Mientras estás ahí con el chiquilín como que no lo ves, no piensas en la vía, en que tenés que aspirarlo, ¡pero cuando tenés que hacer pasar los padres y lo agarran y le dicen “despertate!” y ahí vos decís: “está frío” ...Es difícil, salí, di tres vueltas a la manzana, lloré y llamé a mi mamá. Me fumé como tres puchos en una manzana. Volví, y no me aguantaba de llorar, me daba vuelta y seguía...Para mí no estaba bien llorar porque se fue un niño, pero peor es que te vean los padres...”. En otro caso la situación le deja secuelas físicas (no especificadas para resguardar la identidad dl entrevistado): “así quedé... mira ...me ordenaron hidratar con una mariposa! ...imposible! ¡no tenía venas por la deshidratación...así quedé! ¡Mira!!!!”*

Actitud frente al equipo: Aparece el tema de las actividades en grupo como ayuda: *“Nosotros hacemos “terapias grupales”, lo conversamos y nos ayuda pila”*

En otro caso dice *“Yo pienso que todos estamos y esta es nuestra segunda casa, hablo de todos, ¿damos lo máximo que podemos y puede haber un error? ...si pos supuesto”*

Valoración del Rol Enfermero: Brevemente señala como se sienten desvalorizados: *“la culpa la tiene la nurse” y “...a la doctora que vino, le mostré casos anteriores para resolver uno que no sabía cómo, pero como que no me dio bolilla...”*

Otro caso se puntualiza *“esta área está estigmatizada, todo mundo dice del CTI...”*

Propuestas a la Organización del Hospital: Hablando de la Organización del Hospital: *“No pasa por ahí, yo creo Son cosas que les pasan a los niños y nosotros estamos para eso, para mejorar la situación, me ayuda bastante hablar con los compañeros...creo que en todas las instituciones debería haber un psicólogo que*



ayudara, yo no iría en forma regular a un psicólogo, solo si me afectara algo” y agrega otro caso “ No creo mucho en eso. En definitiva, te transformas un poco en anarca, Entre los mismos médicos hay una falta de respeto importante, hay un ambiente aquí muy feo”

Surgen críticas: “Se trabaja bien, pero se podría mejorar sacando la gente vieja, que no hacen nada, a los locos porque son locos, lo mismo”

Grupo 3.

Auxiliares de Enfermería con Afrontamiento Adaptativo (AEAA). Integrado por funcionarios que se distribuyen laboralmente en 67% en UCIN y 33% en UNIKUER, y que representan el 22,5% del total, todas de género femenino.

Con respecto a la edad, el menor es de 26 años y el mayor de 59. Se dividen en un 11% de 20 a 29 años, un 23% de 30 a 39 años, y un 33% en los grupos de 40 a 49 y 50 a 59 años respectivamente. Se observa patrón de edad parecido al grupo LEAA, con un predominio de mayor edad al igual que el multiempleo se da en un 100%, con 72 hs de trabajo semanal.

Estudios: Estas Auxiliares de Enfermería, relatan que el último curso de Educación Continua lo hizo hace más de un año en un 67% y un 33% no recuerda cuando fue. No hay casos de estudios efectuados en el último año.

Es el grupo que en el tema de las certificaciones médicas presenta un 33%, siendo el grupo que menos lo hace, refiriendo la aparición de enfermedades en los últimos doce meses como un caso de HTA, al igual que el resto y dos casos de enfermedades respiratorias y uno de gastroenterocolitis.

Tabla 23: Certificaciones Auxiliares Enfermería Adaptativos (AEAA)

CERTIF AE	FA	FR
SI	3	33
NO	6	97
TOTAL	9	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico



Un 22% tiene hijos a su cargo y todas tiene familia de convivencia.

En cuanto a Calidad de Vida describen un 44% de buena alimentación, dato que califica la buena alimentación con mejor puntaje

Practican actividad física un 55%, mostrando el valor más alto de los cuatro subgrupos, haciendo dos caminatas con otros, una danza árabe y dos corren el día libre. También se destaca que las hacen estas actividades en grupo

Sus actividades de ocio también tienen el valor más alto, con un 55%, tres salen con amigos, una prepara comidas familiares y otra hace música

Desde lo cualitativo: **Elección de Enfermería y Pediatría** Surge nuevamente el despertar vocacional a partir del cuidado a otros “ desde chica fui la que cuidó a mi abuela, de mayor a mis padres, el reuma la gotita en los ojos...siempre me gustó, me encantan los niños. Me puedo encariñar y tratarlos”

Esta suerte de mandato familiar reaparece firme “en si no lo elegí, mi hermana es nurse y me orientó a tener una salida laboral

Las situaciones estresantes: Aparece la necesidad de enfrentar situaciones con los padres:” ... *el niño tiene la contención de los padres y a ellos quién ?*” y *contener las emociones que les generan estos “el desapego de la madre con el que sentir que están con alguien porque son chiquitos... “*

¡También la sobrecarga de trabajo” una Auxiliar sola para tres sectores! , es mucho!” Y aparece otra percepción es “ *la negligencia, eso me estresa o me enfada, ver un niño que pasa por el dolor y sufre por procedimientos invasivos, ...me genera estrés... , porque muchas veces se podría haber evitado”*

El tema de la muerte y el equipo de trabajo “ *no me estresa el trabajo, pero si los compañeros, algún desborde que te hacen hacer, cuando pasan cosas como la semana pasada que todos los compañeros se afectaron mucho con una paciente que estaba hacia un mes y medio. Nos afectó mucho porque no creamos que iba fallecer y falleció. ¿Esto te deja pensando estaré haciendo las cosas bien?”*



“El hecho que marca” Los relatos se enmarcan en un fallecimiento contemporáneo a las entrevistas: *“Como en el caso de E, yo tuve la sensación de que había sufrido todo lo que tenía para sufrir, Muchas cosas se complicaron y siempre estaba “al borde de” ...La última semana se reía, jugaba, se formó un gran vínculo, de verla todos días y a todas nos afectó. Teníamos un cariño, No es que no nos deje trabajar, pero la realidad, es que fue muy de golpe, no lo esperábamos. Por eso pienso que nos encontró muy vulnerables. Yo trabajé con ella un día antes y le decía “qué tal?”. Tenía un libro para ella que no se lo regalé porque al otro día de mi libre me entero que falleció. Esa nena no estaba para morir” y el otro: “yo venía a la guardia y cuando me entero de toda la situación...quedó todo el personal muy afectado y ...ta coincide que tengo una nena de la misma edad, un montón de factores ...pasé tres días mal, al otro día era mi libre, traté de salir con mis hijos, mi marido...”*

Emociones frente al proceso muerte y el acto de morir:

También hay reflexiones: *“Nos afectó mucho porque no creíamos que iba a fallecer y falleció. Eso te deja pensando, ¿estaré haciendo las cosas bien?*

Se muestran los sentimientos: “Manejas muchas emociones en momentos como ese. como en el caso de “H” yo sentí que había sufrido todo lo que tenía para sufrir. Muchas cosas se complicaron ...me sentí frustrada, pero yo no soy Dios...”

Y las vivencias: *“ Lo que te decís es que ya pasé , que pase...” y se agrega “ Soy muy calma, luego estallo, la gente que trabaja conmigo me ve tranquila y me lo dicen que eso es bueno y trabajan conmigo porque no pierdo el control. Después que paso la situación de estrés, me siento y si quiero llorar, lloro No llevo cosas a mi casa no se los llevo a mis hijos, no...aparte si tengo que llorar lo hago escondida”*

Actitud frente al equipo:

Hablan de las reuniones grupales: *“Se hablaba y cada una hacia su catarsis, sobre todo cuando ha habido situaciones de estrés, ante la muerte inminente, yo soy una de las que digo que hay que sentarse con el equipo y hablar...y una porque es madre y tiene varios chiquilines y otro porque es abuela, te afecta sentimentalmente, por más que digas que los problemas los dejó de lado, te los llevas y te los llevas interiormente”*



Surge nuevamente el duelo de algunos pacientes: *“Seguimos hablando de “H”, el ambiente cambió. Hay compañeras que lloraron...yo también si hubiese estado allí” y dicen también “No me estresa el trabajo, pero si los compañeros, algún desborde que te hacen hacer, cuando pasan cosas que afectan a todos como la muerte de “E”, que hacía dos meses que estaba. Nos afectó mucho porque no creíamos que iba a fallecer y falleció”.*

Valoración del Rol Enfermero: Este grupo menciona: *“Si, mis compañeros y la Jefatura nos tiene nos valoran, porque les pedimos algo, no es el “no”. Ellos saben que nosotros cumplimos y si pedimos algo tratan de conseguirlo. Me siento bien”*

Propuestas a la Organización del Hospital: La contención psicológica reaparece como una necesidad: *“pienso que necesitamos ayuda psicológica, absolutamente todos la precisamos, porque las situaciones de stress a medida que pasan los años, van afectando a las personas y no tenemos acá un equipo, y en ningún lado...”*, se agrega: *“más contención. Es como que todo el mundo se acostumbra a eso “y bueno, falleció” ...es como que nadie lo habla (la muerte), te das media vuelta y es otro tema..., está bueno desahogarse como ahora, hablarlo, tendría que hacerse esto cuando pasa la situación, así debería ser (llora), no sé si recomendarlo en grupo o, así como ahora desahogándote”* y nuevamente: *“nos hace falta alguna atención psicológica. Algunos dicen que no, yo, es mi parecer, uno es humano, no hay como ... capaz que un paciente no te toca tanto, pero otro sí...incluso hablar, algunos compañeros tienen ese sentimiento, pero le dicen “no llores” pero es algo que no podés evitarlo. No sos de madera...”*

Hay otro tipo de propuestas: *“Es bajo el sueldo... más gente, apoyo a los padres, los sueldos, creo que esta es motivación para que la gente venga.”*

Grupo 4.

Auxiliar en Enfermería con Afrontamiento Desadaptativo (AEAD)

Este grupo de 13 funcionarias, constituyen el 32,5% del total.



La menor en edad tiene 26 años y la mayor 61, por grupos etarios un 8% corresponde al grupo de 20 a 29 y al 60 a 69 años, el 22% pertenece al de 30 a 39 años y un 31% al 40 a 49 y 50 a 59 respectivamente. Aquí se encontró a la funcionaria de mayor edad.

Sus áreas de trabajo son en 62% en UCIN y un 38% en UNIKUER.

Actividades de Educación continua no recuerdan

Multiempleo, lo desarrollan un 85% con 72hs por semana, el resto trabaja 36 Hs semanales.

Certificaciones médicas tiene un 46% y un 54% presenta en dos casos HTA al igual que en todos los subgrupos, uno estrés y una depresión en este último año.

Tienen hijos a su cargo un 15% y convive con familiares un 84%.

La calidad de vida en relación a la percepción de su alimentación, la califican de mala en un 46%, siendo quienes la califican peor. De regular 39% y buena en un 15%.

Tabla 24: Percepción de la calidad de alimentación en los Auxiliares en Enfermería Desadaptativos

ALIMENTACION AEAD	FA	FR%
BUENA	2	15
REGULAR	5	39
MALA	6	46
TOTAL	13	100

Fuente: Datos obtenidos del formulario sociodemográfico

Un 31% hace actividad física, una hace ejercicios sola de estiramiento, tres caminan entre los trabajos. Las actividades de ocio son en un 30% y las describen dos jugando con sus hijos y una mirando TV



Desde lo discursivo: 1: Tema: Elección de Enfermería y Pediatría

Se repite la elección a través del mandato familiar:” Ahora *me encanta...pero fue mi mamá, a ella le gustaba* “y “...en realidad va por mi madre, siempre la vi trabajar tantas horas, traer a casa lo que se necesitaba, ¡no faltaba nada...seguí la tradición y mi madre contenta! ¡Trabajo acá! Y estoy recontenta...”

Sin embargo, persiste la vocación infantil “ *desde chiquita quería ser enfermera, los niños me encantan...* ”.

Sigue presente la salida laboral “*decidí que quería ayudar a los demás y tener una salida laboral rápida*”

El aspecto de abordar Pediatría aparece a veces con dudas iniciales “ *cuando me ofrecieron pasar al servicio de pediatría me costó un poco, pensé que no iba a sobrellevar el dolor en el niño, pero me adapté bien*”; “*pediatría fue de casualidad, pero después me gustó*”

Las situaciones estresantes En este grupo la convivencia con el sufrimiento se vuelve una constante que los afecta” no me gusta ver sufrir a nadie, tampoco morir” ,”*siempre uno quiere verlos bien, corriendo, felices...*”No solo están a riesgo de vida, sino que tampoco tiene sus facultades a flor de piel...mhhh, eso me preocupa”, “Los baños de los quemados son agresivos para ellos, son situaciones bien complicadas, los niños no quieren que los bañes y es la única manera de curarlos y ves que los niños sufren por más analgesia que les des porque tienen miedo, porque ya saben,...y los padres se ponen complicados”

Surge también el temor a equivocarse o quedarse paralizado ante situaciones críticas: “*los pacientes intubados, son cuidados tan especiales y tiene que ser perfectos, no puedes equivocarte en nada, tienes que estar allí, viendo y pensando, Porque si cometes un error, le arruinas la vida a un niño. Eso me estresa*”, “*me estresa la situación de paciente crítico. Tengo miedo a bloquearme y no saber qué hacer*”.



“El hecho que marca” Se describen emociones frente a situaciones de violencia:

“...pero me afecta, me afecta ver los niños en las condiciones en que están, y no solo verlos llegar a la muerte, sino verlos lastimados de esa forma, con las lesiones que van a quedar...me afecta muchísimo, me pone mal...porque pienso que se podría haber evitado...tenía dos años y el pene mordido, quedó en coma por los golpes que recibió...”

La muerte desencadena diferentes reacciones: *“me ha pasado una situación de stress con un politraumatizado...no terminó como hubiésemos deseado...se fue. En ese momento de adrenalina no me di cuenta, pero cuando la bajé, y me puse a pensar y contarle a mis compañeros, me derrumbé. Me sentía mareada, angustiada, quería llamar a mi mamá...”*, no son pocos los casos en que se expresan otras reacciones :

“atendimos una nena que le falta el estómago, que está viviendo una situación muy dura, los primeros días fueron difíciles, yo me fui un poco tocada, con pesadillas”

Aparece la de huida ante la muerte: *“cuando vi que estaba por morir, pobrecito...cuando lo tuve medio c erca de morir decidí huir, me fui de donde trabajaba y hasta entonces no me ha tocado. Pero aquí en UNIQUER, estás frente al dolor, el sufren muchísimo”*, exponiendo otra vez el sufrimiento, que se refleja en otro caso :”
(llora), ...pero la tenemos acá, la pobrecita da lástima, sabemos que si se recupera no va a tener una vida normal, pobrecita, es una situación muy fea, el padre está en el CENAQUE, está mal, ...vemos a la madre solita...”

Emociones frente al proceso muerte y el acto de morir

Se describen emociones frente a situaciones de violencia: *“...pero me afecta, me afecta ver los niños en las condiciones en que están, y no solo verlos llegar a la muerte, sino verlos lastimados de esa forma, con las lesiones que van a quedar ...me afecta muchísimo, me pone mal...porque pienso que se podría haber evitado...tenía dos años y el pene mordido, quedó en coma por los golpes que recibió...”*

La muerte desencadena diferentes reacciones: *“me ha pasado una situación de stress con un politraumatizadio ...no terminó como hubiésemos deseado...se fue. En ese momento de adrenalina no me di cuenta, pero cuando la bajé, y me puse a pensar y*



contarle a mis compañeros, me derrumbé. Me sentía mareada, angustiada, quería llamar a mi mamá...”, no son pocos los casos en que se expresan otras reacciones: “atendimos una nena que le falta el estómago, que está viviendo una situación muy dura, los primeros días fueron difíciles, yo me fui un poco tocada, con pesadillas”

Aparece la de huida ante la muerte: *“cuando vi que estaba por morir, pobrecito...cuando lo tuve medio cerca de morir decidí huir, me fui de donde trabajaba y hasta entonces no me ha tocado. Pero aquí en UNQUER, estás frente al dolor, el sufren muchísimo”, exponiendo otra vez el sufrimiento, que se refleja en otro caso:” (llora), ...pero la tenemos acá, la pobrecita da lástima, sabemos que si se recupera no va a tener una vida normal, pobrecita, es una situación muy fea, el padre está en el CENAUQUE, está mal, ...vemos a la madre solita...”*

Emociones frente al proceso muerte y el acto de morir:

Surge la dificultad para realizar los procesos en esta etapa: *“No podés hacer un proceso en sí, porque tenés que pensar en los otros niños y si te bajoneas o deprimís, no podés atender a los otros. Me pongo a llorar dos por tres...son niños que vos los conoces, fallecen y lloro”, en otro caso “pero cuando querés acordar, vuelve lo que pasó...”* y en este relato llama la atención las acciones tomadas frente al hecho *“cuando murió “H”, la nurse dio una clase sobre paciente pronado antes de irnos y me hizo bien, estábamos saliendo de eso... llegó el otro turno, empezamos a hablar de lo que había pasado y empezó todo de nuevo...”*

Explica una de ellas: *““ es muy duro, a mí me cuesta mucho estar con el padre cuando están en el punto de muerte de su hijo...lo peor de este trabajo No en sí trabajar con el niño, o hacer el posmortem, me molesta me duele, me llega al corazón el dolor de los padres y familiares. Uno tiene que cuidarse mucho de lo que dice, tener cuidado con las palabras que utiliza, porque soy madre también”*

Agregando otra: *“También ellos generan vínculo junto con nosotros, entonces depositan muchas cosas en nosotros, Entonces tienes que hacer frente a todo y a veces te genera un poco de angustia, de estrés...”*



Actitud frente al equipo:

No podemos escapar de esta descripción de un área de trabajo de internación pediátrica crítica: *“Hay altibajos, que dependen del trabajo y de la demanda que requieren, Entre ayer y hoy fue un loquero. Fue horrible...todo el mundo estresado...y empiezan a discutir entre uno y otro porque...; es cosa de momento, como que nos estresa todo, El tipo de paciente, las patologías, lo que tienes que hacer, lo que tienes que hacer, a donde tienes que ir...porque en los tres sectores fue horrible. ¿Hasta hubo compañeras que lloraban deprimidas, entiendes? yo tengo una compañera que ayer salió llorando y hoy no vino, dijo que no quería venir, aunque no sé si era su día libre, pero ella dijo eso luego de que explotó...”*

Persisten testimonios con conductas que nos llaman la atención: *“Bueno, con mis compañeros de trabajo también, tengo mucho apoyo y yo soy medio sensible, medio llorona cuando hay cosas duras y me retiro si lo siento así y me ha llegado a tocar. Es algo que se aprende con el tiempo, al principio fue muy difícil trabajar acá, cuando viví mi primera baja...este...una trata se acostumbra”, al que se agrega “al equipo a veces lo demuestro, a veces no, es como que traigo recuerdos y trato de que no me afecte. Pero si lo hago del todo..., lo siento...Mi mamá, solo ella me tranquiliza”.*

En relación a las reuniones entre ellos relata: *“y después pudimos hablar...me sentí mejor, pero cuando quieres acordar, vuelve lo que pasó...”*, junto con *“ lo hablamos entre nosotros, a veces se nos caen las lágrimas (llora), pero lo aguantamos”*

La aplicación de estrategias con apoyo profesional se percibe positiva por una de ellas: *“Después que terminó todo eso, tuvimos una reunión y tomé conciencia de que había sido para mí una situación de estrés, porque tomé conciencia de que el niño podía haber parado y se terminaba la historia. Después lo conversé con la psicóloga, tuvimos entrevista con el psiquiatra que nos apoya y ta..., paso, pero en realidad el problema es el CTI, somos un grupo grande, somos muchos y estos problemas se solucionan de otra manera.”*



Valoración del Rol Enfermero

A diferencia del grupo de Licenciados e Enfermería Des adaptativos este grupo no alude dificultades de valoración: *“este trabajo tiene cosas muy reconfortantes, la gente viene y te lo agradece. Que pudiste hacer algo más por el paciente empeore o mejore, eso llena mucho el corazón”* y agrega otro *“Me sentí bien con las compañeras de acá, del turno, el lugar, me sentí a gusto con un grupo que es como un equipo que va todo para el mismo lado. Yo tenía conocimientos del quemado y fui adquiriéndolos...”*

Propuestas a la Organización del Hospital

Solicitan más atención: *“deberían ocuparse del personal que tienen...darnos apoyo psicológico. .no sé...algo para no explotar entre nosotros y decir todo lo que nos pasa con las situaciones que vivimos acá dentro...en alguien que tenga experiencia y que nos de tips para salir de la situación.”* Y añade otro caso: *“ me parece que falta apoyo de los jefes, y lo otro tener gente que, si bien no está en el Servicio, cuando uno los llame o p[lan]tee una situación que respondan adecuadamente”* y se complementan con comentarios *““... Hay gente que no tiene respaldo y no quiere preguntar, no quiere decir que no sabe, por no perder el trabajo...”*

Salen relatos vinculados a sus vivencias: *“No si cambiara a alguna cosa, estamos muy cansados, las cargas horarias del multiempleo, te estresan mucho más, se empieza por caer el pelo, por el cansancio y el estrés, pero si estuviera mejor remunerada y no tener que utilizar el multiempleo, podríamos dar mucho ”*, continúa otra *“ Durante muchos años me sentí útil, bien en el sentido de ayudar, fuerte, me parecía que el trabajo de enfermería era muy noble”*.

Vuelve a aparecer la necesidad de apoyo psicológico: *“creo que a la jefatura le afectó también, era un solo dolor. Porque la conocían las nurses jefas, Creo que cada uno tiene que hacer su duelo, pero hay gente que necesitaría una ayuda psicológica, porque no todo en la vida lo podemos superar...”*



Capítulo VI: Discusión

Como fue presentado en el capítulo de Resultados, los profesionales estudiados pudieron dividirse en 4 grupos claramente diferenciados según los Estilos de Afrontamiento que presentaban, donde se destaca que tanto los Licenciados de Enfermería como Auxiliares de Enfermería presentan Estilos de Afrontamiento Adaptativo y Desadaptativo.

Los cuatro grupos presentan perfiles específicos a saber:

1) Licenciados con Afrontamiento Adaptativo (LEAA):

Constituye el grupo más numeroso, tienen el mayor nivel educativo, incluyendo nivel de posgrado y participación en actividades de educación continua, además presentan mayor expresividad lingüística, lo que podría estar vinculado a la mayor formación académica. Estos resultados coincidirían, en parte, con los estudios de Marchán (2016) y Kims (2014), que sostienen que el afrontamiento de la muerte estaría vinculado a las categorías profesionales, donde los Licenciados mostrarían mejores grados de afrontamiento que los Auxiliares, es decir que el grado de conocimiento se relaciona con las actitudes y el afrontamiento. En el presente trabajo si bien se encontraron Estilos de Afrontamiento Adaptativo tanto en Licenciados como en Auxiliares de Enfermería, predomina mayor número de Licenciados con respuestas adaptativas.

Este grupo presenta un alto grado de feminización, y es el único en el que se encuentran los dos profesionales de sexo masculino. Este predominio de profesionales femeninas se correspondería con lo indicado en la bibliografía internacional consultada. Es decir, es concordante con los planteos realizados por García, Sainz y Botello (2004), Sampedro de la Torre (2004); Nava (2012); Hernández, Del Gallego, Alcaraz, Gonzalez (1997), donde se destaca que en sociedad es con predominio de estructuración patriarcal, el ejercicio de la Enfermería es practicado mayoritariamente por mujeres en tanto la concepción que predomina es que estas deben darse y servir al prójimo, a pesar de ser mayormente invisibilizado su trabajo. Es importante destacar que los profesionales de sexo masculino, a pesar del multiempleo no presentan certificaciones médicas. Estas características podrían pensarse a partir de las apreciaciones publicadas por Moss,



Kanter y Williams (1995), en las que se destaca que el género otorga ciertos privilegios, por ser minoría, estos privilegios los puede haber favorecido en tener mejores oportunidades en sociedades de tipo patriarcal.

En cuanto a las certificaciones médicas, aparecen en este grupo enfermedades que atraviesan a todos los subgrupos como es la Hipertensión Arterial. Esta, si bien puede ser atribuida a la edad, es el grupo que concentra más profesionales en la franja etaria entre 50 a 59 años, junto con la aparición de las enfermedades crónicas no trasmisibles, también se la vincula con el estrés. Este, a su vez, tiene un impacto negativo en la salud ya que disminuye la capacidad inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes (Escriba-Aguirra, Muñoz, 2002). Aparecen en este grupo otras enfermedades incidentales como las respiratorias y gastrointestinales, estas últimas, en común en las Auxiliares con Estilos Adaptativos, pueden tener, más allá de los elementos infecciosos, un componente psicosomático importante relacionado a esta temática.

Todo el grupo presenta multiempleo y una carga horaria que ronda aproximadamente las 72 hs semanales. Estos hechos junto con la edad de los profesionales se podrían pensar como aspectos que favorecerían o dotarían de herramientas más adecuadas para afrontar los aspectos emocionales de este tipo de trabajo. Ello estaría en concordancia con los estudios de la década de los años 1990 (Neimeyer y Ross, 1994; Clements y Jordan, 1999) donde se planteaba que los adultos mayores tienden a aceptar más la muerte que los jóvenes y de mediana edad.

En cuanto a la Calidad de Vida, la mitad de los profesionales de este grupo declaran alimentarse con una calidad definida por ellos mismos como “regular”. Sin embargo, serian quienes efectúan más actividades de ocio y lo hacen en compañía de otros, además, son los que tienen menor cantidad de familia de convivencia. Tal vez este último elemento pueda explicar la mayor disponibilidad de tiempo para las actividades recreativas en tanto no presentarían mayores responsabilidades o exigencias extra laborales. En la elección de la Enfermería como profesión, y en particular en áreas de pediatría, surgieron aspectos vinculados a la tendencia y/o gusto por los cuidados, la ayuda y la afinidad con los niños. Probablemente estas vocaciones estén relacionadas



con los roles y lugares que la sociedad y algunas familias les asignan a las mujeres, como se destaca en la bibliografía.

En relación a las situaciones que les producen estrés, surge en primera instancia la presencia de la violencia, ya sea que está vinculada a los pacientes o hacia el propio personal. En los relatos se observa el impacto de la vivencia de estas situaciones a través de expresiones como *“miserias humanas”, “niños muy graves afectados por maltrato”,* que despiertan sentimientos tales como *“angustia”, “mucha rabia”, “tristeza”*. Surgen además vivencias ligadas a la ansiedad vinculada a situaciones con los pacientes *“(…) cuando estás en una situación crítica, quedas atrapada con ellos, consternada, no puedes salir, y no puedes hacer nada (…)”*, e inseguridad laboral por las condiciones en las que se trabaja *“(…) Hace poco una enfermera recibió una patada en el cuello y todavía no se recuperó, (….) la violencia nos atraviesa”, “(…) entró un familiar con un revólver (…)”*. Los relatos, a pesar de estas descripciones, también dejarían traslucir otros recursos que permiten sobrellevar estas situaciones y sentimientos para continuar con la tarea, *“(…) contactamos con esos pacientes que están pasando mal, (….) con el correr de los días (….) el tratamiento se va haciendo efectivo”*, *“(…) me afecta hasta que lo puedo solucionar (…)”*. Todos estos relatos de emociones y conductas estarían en consonancia con los planteos de Limonero (1997, 1990), Feifel (1990), Neimeyer, (1997) y Dobler (1974), quienes manifiestan que la ansiedad que se genera ante la muerte hace referencia a la posibilidad de dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte sería al proceso de morir, agonizar, sentir dolor, etc. También coincide con lo manifestado por Sudnow (1971) en relación a que el sistema de actitudes tiene formas de interactuar con este tipo de pacientes, cuando los profesionales relatan situaciones como las siguientes *“(…) Nosotros convivimos con la muerte, siempre hay algún fallecido en algún piso. Creo que en todos los sectores hay niños muriendo (…)”*, *“Pienso que como te enfrentas a la muerte, te enfrentas a la vida”, “vos decís: “¿...porque te tocó pobrecito? ...pero le tocó, como que me he acorazado más, lo vivís de la mejor manera posible, pero nunca te terminas de acostumbrar, de aceptar que un niño muera (….)”*, *“Yo soy de poner en una balanza lo más beneficioso para los niños que atendemos. No es que sea lo más beneficioso para el niño morirse, pero a veces morirse es el fin de un*



sufrimiento”, “(...) pensamos que se murió, pero se hizo todo lo mejor. Bueno, tratamos de recordar los mejores momentos con ese niño y lo que nos llevó a vivir esos mejores momentos...”, “se lo pones un ratito en brazos, es muy duro, (...) y sos el sostén y tratas de brindarle lo máximo, en atención y bienestar...pero es muy triste (...)”. Estos relatos pondrían de manifiesto la búsqueda de mecanismos racionales para mitigar las sensaciones negativas a través del rescate de lo mejor que han vivido con sus pacientes, lo cual coincide con las reflexiones propuestas por Vega-Vega (2013), donde el enfrentamiento del duelo de estos profesionales estaría mediado por la aplicación de su autoconocimiento, al reconocer sus limitaciones personales y la necesidad que tienen de ser honestas consigo misma y con sus pacientes, al compartir abiertamente sus pensamientos y sentimientos con el equipo de salud, pero sobre todo con el niño. Por esto la importancia de que una de las estrategias descritas es estar abierto a la expresión del propio duelo y la expresión de la tristeza, ello las torna más humanas. Las siguientes expresiones serían ejemplificadoras de las formas de aceptación a la muerte y su afrontamiento planteadas por Alizalde (1996): 1) en cuanto a la forma neutral, con la ambivalencia entre temor de la muerte y la aceptación de su llegada “...antes cuando no había visto nunca morir a un niño, tenía fobia a eso, pensaba ¡que feo va a ser ese día! (...) Hasta que me pasó, y la semana siguiente me volvió a pasar y al mes me volvió a pasar (...) siento tristeza (suspira), el problema es mío, de no llorar, calmar la furia que viene, miro para el costado para que no se den cuenta, siento rabia, rencor (...) luego pasa (...); 2) acercamiento ligado a creencias religiosas “(...) Me angustia, me da rabia, aprendemos a estirar, estudiamos y estudiamos para saber más todos los días pero hay cosas que escapan de la voluntad y humanamente no podemos hacer nada. Dios quiera que así sea como tienen que ser las cosas, (...) pienso que tenemos una misión, pero yo no estoy contento y cuando llegue allá arriba se lo voy a decir a él (...)”. ¡Otros relatos estarían en concordancia con lo planteado por Jodelet (1986) en el análisis de las representaciones sociales, donde lo que se expresa trasciende las contradicciones que da la subjetividad, convirtiendo el acto técnico en acto social “(...) cuando viene un ingreso, un poli traumatizado! (...) Hay que pelearla (...) pero puede pasar, (...) no vas pensando que va a salir mal, (...) siempre me aliento. Y otras veces se



mueren y te enteras, (...) muchas veces andamos atrás de la información, no dejamos que venga sola, vamos. Persiguiéndola (...)”. En este grupo de profesionales se encuentran mayores mecanismos de adaptación y afrontamiento que en aquellos profesionales que siguen un mandato familiar y contextual para tomar este camino. Se observa una riqueza de expresiones en las emociones de los relatos, en los que se formulan diferentes inquietudes teniendo un cierre de estas de manera adaptativa hacia el afrontamiento del proceso muerte y el acto morir.

2) Licenciados con Afrontamiento Desadaptativo (LEAD):

Este es el grupo con menor número de integrantes, constituyendo una décima parte del total de los profesionales. La mitad del mismo se encuentra entre los 20 y 29 años, por lo cual se podría plantear, que la edad estaría incidiendo en el Afrontamiento a la muerte, como indican los estudios que afirman que existe una relación inversa entre la ansiedad ante la muerte y la edad (Neimeyer y Ross, 1994; Clements y Jordan, 1999). Se observa en este subgrupo además, la falta de estudios de posgrado y de educación continua, con lo cual también se corresponde con lo que menciona Kims (2014) en cuanto a que el grado de conocimiento se relaciona con las actitudes y el afrontamiento. Este elemento junto con las edades que presentan, permitiría pensar en otro elemento vinculante que hace referencia a la poca experiencia que pueden tener, reforzándose esto con el hecho que solamente la mitad presentan multiempleo y no tienen hijos, todos se desempeñan en el UCIN. Es importante destacar que es el grupo con más certificaciones médicas, en tres cuartas partes del grupo, encontrándose causas como la hipertensión arterial como los otros, pero aparecen también diagnósticos de estrés, lo que nos hablaría de afectación en temáticas vinculadas a la salud mental. Su calidad de vida, en relación a la percepción de su alimentación es declarada como “regular”, y solo una cuarta parte práctica actividad física saliendo a caminar sola si el tiempo es agradable y cuando lo hace lo realiza en solitario. También son quienes realizan menor cantidad de actividades de ocio, siendo un cuarto los profesionales que las practican. En cuanto a la variedad lingüística utilizada, se destaca que no fueron muy expresivas, lo



cual podría atribuirse a cierta dificultad en poner en palabras las emociones. Se observó una carga emotiva importante, que se tradujo en mucha angustia en las entrevistas. Esto nos lleva a reflexionar en como la emoción ganaría espacio a la posibilidad de la expresividad verbal, tal como plantea Piero (1992). En este sentido la ausencia de palabras significaría que no hay ninguna regulación verbal disponible, que acompaña a momentos y acciones bajo una amenaza catastrófica o de tensa espera en el desenlace de una situación sin garantía de control mediante la acción y la muerte.

Es un grupo en el que la elección de la pediatría y enfermería está directamente vinculada con la figura materna como referente, “(...) *mi madre es nurse y como que lo absorbí (...)*”, “(...) *mi madre siempre me recuerda que hablaba con las nurses y les preguntaba (...), parece que siempre me gustó y me quedé (...)*”. Aparece el sufrimiento como elemento de afectación, según Bayes (1999), este es percibido como una sensación de amenaza y sentimiento de impotencia, los dos de carácter subjetivo, pero que se caracteriza por la falta de control en su intensidad o prolongación. Refiere una de las profesionales “(...) *El sufrimiento de las personas, sobre todo los niños y en riesgo de vida (...) cuanto más riesgo de vida, más me afectan (...) no me gusta ver sufrir a nadie, el hecho de que puedan sufrir y encima se mueran me afecta más (...)*”. Aparece en las narrativas vivencias muy intensas, con un componente de angustia y de ansiedad muy importantes “(...) *¡era una diarrea, mi Tesis había sido sobre diarreas y que encima se muera un niño de diarrea en siglo XXI! ¡Pensé que me lo habían dado a propósito! (...) además se había ido de alta hacia dos días, (...) y que se muera (...) Es difícil, salí, di tres vueltas a la manzana, lloré y llamé a mi mamá. Me fumé como tres puchos en una manzana. Volví, y no me aguantaba de llorar, me daba vuelta y seguía (...) Para mí no estaba bien llorar porque se fue un niño, pero peor es que te vean los padres...*”. Esto estaría en consonancia con lo que Vega-Vega (2013) plantea, en el sentido que, a través de la ansiedad de enfrentarse al momento crítico, el profesional va creando múltiples vivencias donde emergen sentimientos de distinto tipo que pasan por la frustración, el dolor y la pena. Todo ello, en su complejidad, va creando situaciones por las cuales se prefiere no estar en el momento del fallecimiento, hasta la evasión ante la situación dada.



3) Auxiliares de Enfermería con Afrontamiento Adaptativo (AEAA):

Este grupo representa un cuarto del total de profesionales estudiados. La mayoría de sus integrantes tienen entre 50 y 59 años, correspondiéndose también a los estudios de Neimeyer y Ross (1994) y Clements y Jordan (1999) en cuanto a que hay mejor afrontamiento a mayor edad. Todas las Auxiliares presentan multiempleo, igual que las con 72 horas semanales. Este subgrupo es el que presenta menos certificaciones médicas de los cuatro, y tienen antecedentes médicos por enfermedades respiratorias y gastrointestinales, igual que en los LEAA, habiendo un caso de hipotiroidismo y de Hipertensión Arterial.

Desde el punto de vista formativo, todas las integrantes participan en actividades de educación continua, dos tercios lo hacen desde hace más de un año y el resto no lo recuerda, pero lo hizo. Esto permitiría plantear, tomando nuevamente a Kim (2014), que, aunque el nivel educativo sea básico, las actividades de educación continua serían de mucha importancia para reforzar la salud mental. En estas profesionales, al igual que el subgrupo de LEAA tienen mayor cantidad de hijos, y en cuanto a la Calidad de Vida se destaca que describieron su alimentación como “muy buena” y “buena”, siendo las mejores calificaciones de los otros subgrupos. También la actividad física y de ocio la practican la mitad de las participantes y las que las realizan lo hacen acompañadas o en grupos. Esto, junto con la formación continua, la edad (experiencia de vida) e hijos, permitiría afirmar que los estilos adaptativos pueden ser facilitados por la mayor interacción con otras personas tanto a nivel académico, como social y familiar.

En estas profesionales surge el despertar vocacional a partir del cuidado a otros “(...) desde chica fui la que cuidó a mi abuela, de mayor a mis padres, (...) siempre me gustó, (...) me encantan los niños.”, aunque también aparece la opción como salida laboral rápida y el mandato familiar firme “... en si no lo elegí, mi hermana es nurse y me orientó a tener una salida laboral...” .Las situaciones que mas estrés y ansiedad les genera es enfrentarse los padres “(...) el niño tiene la contención de los padres y ¿a ellos quién? (...)”, “(...) el desapego de la madre (...)”. Los relatos son descriptivos de los mecanismos adaptativos a los cuales apelan para poder afrontar las situaciones “(...) tuve la sensación de que había sufrido todo lo que tenía para sufrir, muchas cosas se



complicaron y siempre estaba al borde de ..., (...) la última semana se reía, jugaba, se formó un gran vínculo. Teníamos un gran cariño, no es que no nos deje trabajar, pero la realidad es que fue muy de golpe, no lo esperábamos. Esa nena no estaba para morir (...)", "(...) quedó todo el personal muy afectado y...ta coincide que tengo una nena de la misma edad, (...) pasé tres días mal, al otro día era mi libre, traté de salir con mis hijos, mi marido (...)". Se muestran los sentimientos y las formas en que se compensan las frustraciones *"Manejas muchas emociones en momentos como ese (...) me sentí frustrada, pero yo no soy Dios (...)", "Soy muy calma, la gente que trabaja conmigo me ve tranquila y me lo dicen, eso es bueno, y trabajan conmigo porque no pierdo el control. Después que paso la situación de estrés, me siento y si quiero llorar, lloro. No llevo cosas a mi casa (...)"*.

4) Auxiliar en Enfermería con Afrontamiento Desadaptativo (AEAD):

Estos son un porcentaje importante del total de profesionales con respecto a la edad no es tan diferente a la generalidad, aquí se encontró la funcionaria de mayor edad, pero no se encuentra una población joven como en los otros sub grupos. Estos son los que tienen menor nivel educativo, no haciendo cursos de educación continua. Desarrollan sus actividades en UCIN y UNIQUER. Más de las tres cuartas partes no tiene multiempleo y las cifras de las certificaciones médicas, son más bajas que en los Licenciados tanto Adaptativos como Desadaptativos, aunque mayores en comparación con los Auxiliares de Enfermería Adaptativos. Las causas de las certificaciones son estrés y depresión, consideradas afecciones mentales, como elemento común con el grupo de Licenciados Desadaptativos. Con respecto a la Calidad de Vida, son los que califican la alimentación como "mala" en más de la mitad de los casos . Con respecto a la actividad física, como los LEAD, lo hacen en menor porcentaje y lo practican también en solitario. Esta situación podría estar reforzando el mantenimiento de las situaciones de estrés y depresión mencionadas anteriormente, ya que las actividades físicas y recreativas son consideradas factores protectores de la salud mental. En cuanto a la elección de la Enfermería y Pediatría, vuelve a repetirse la elección a través del mandato familiar *"(...)* Ahora me encanta, pero fue mi mamá, a ella le gustaba (...)", *"(...)* en realidad va por



mi madre, siempre la vi trabajar tantas horas, seguí la tradición y ¡mi madre contenta! (...)”. A ello se suma el hecho de haber buscado una salida laboral fácil “(*...*) decidí que quería tener una salida laboral rápida (...)”, temática que se encuentra frecuentemente en el país.

En este grupo la convivencia con el sufrimiento se vuelve una constante que los afecta al no encontrar salida de una situación “(*...*) no me gusta ver sufrir a nadie, tampoco morirse (...)”, “(*...*) los baños de los quemados son agresivos para ellos, son situaciones bien complicadas, los niños no quieren que los bañen y es la única manera de curarlos y ves que los niños sufren por más analgesia que les des porque tienen miedo, porque ya saben, ... y los padres se ponen complicados...”. Surge también el temor a equivocarse o quedarse paralizado ante situaciones críticas “(*...*) los pacientes intubados, son cuidados tan especiales y tiene que ser perfectos, no podés equivocarte en nada, tienes que estar allí, viendo y pensando (...)”, “(*...*) me estresa la situación de paciente crítico. Tengo miedo a bloquearme y no saber qué hacer (...)”, “(*...*) Porque si cometes un error, le arruinas la vida a un niño. Eso me estresa ...”, “(*...*) muchas no preguntan cómo hacer las cosas por miedo a perder el trabajo (...)”. La muerte desencadena diferentes reacciones, que no se pueden controlar y transversaliza su vida personal “(*...*) me ha pasado una situación (... no terminó como hubiésemos deseado (... se fue. En ese momento de adrenalina no me di cuenta, pero cuando la bajé, y me puse a pensar y contarle a mis compañeros, me derrumbé. Me sentía mareada, angustiada, quería llamar a mi mamá...”, “ (*...*) atendimos una nena que le falta el estómago, que está viviendo una situación muy dura, los primeros días fueron difíciles, yo me fui un poco tocada, con pesadillas”. Se describen emociones frente a situaciones de violencia y sufrimiento vividos “(*...*) me afecta ver los niños en las condiciones en que están, y no solo verlos llegar a la muerte, sino verlos lastimados de esa forma, con las lesiones que van a quedar (... me afecta muchísimo (... porque pienso que se podría haber evitado...tenía dos años y quedó en coma por los golpes que recibió (...)”. Estos relatos coincidirían con lo planteado por Vega- Vega (2013) en relación a que enfrentar la muerte de un paciente, si es un niño, se genera un proceso dinámico y continuo de múltiples vivencias entre lo profesional, a través de su cuidado, y lo



personal, en la manera como encaran la muerte. Esto hace que emerjan sentimientos de impotencia, frustración, dolor y pena. Sentimientos complejos que nacen al sentir que la muerte de un niño era injusta y evitable, y que se agudiza cuando piensan que no se brindó atención o cuidado de calidad, generando en el niño una muerte dolorosa y traumática. En respuesta a estos sentimientos, los participantes reconocen que en ocasiones prefieren evadir el momento de la muerte de los niños, por lo que buscan diferentes excusas para huir del servicio o no estar presentes en el instante del fallecimiento. Tal como expresan Gonzalez (2008). los contextos de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en donde la muerte infantil deja de ser un fenómeno aislado y pasa a ser un elemento cotidiano que está presente de forma continua, crea situaciones de difícil afrontamiento en los cuidadores. En cierta medida, los profesionales reconocen no tener conocimientos para abordar este tipo de situaciones, no tener capacidad o «fuerza suficiente» para hacerles frente, y no contar con recursos de apoyo.

En líneas generales, y como elemento común en gran parte de los entrevistados se destacan como actitudes frente al equipo, la importancia de compartir entre todos, lo que Lazarus y Folkman(1991) denominan reevaluación positiva *“Se toman muchas medidas para apagar el sufrimiento de la familia y tratamos juntos de acordarnos los mejores momentos del niño y lo que nos llevó a vivir eso. Es una especie de Terapia”*, en otro: se encuentra; búsqueda de apoyo social *“Cuando pasa, hablamos en el equipo el mismo día de la guardia. Por un niño todos quedamos mal. Cambia la energía. Quedamos todos en este acuerdo y seguimos haciendo las cosas y atendiendo los otros niños. Quedamos todos cabizbajos hasta el final de la guardia y nos vamos tranquilos (...)”*, *“Nosotros hacemos terapias grupales, lo conversamos y nos ayuda pila”* , *“(…) cada una hacia su catarsis, sobre todo cuando ha habido situaciones de estrés, ante la muerte inminente, yo soy una de las que digo que hay que sentarse con el equipo y hablar...y una porque es madre y tiene varios chiquilines y otro porque es abuela (...)”*. El compartir los sentimientos se vuelve un denominador común en todos los grupos. Es importante destacar que el Equipo de Cuidados Paliativos, donde sus representantes en el estudio son LEAA, tienen un sistema de trabajo para “cuidar al cuidador”, se reúnen



periódicamente todos con la presencia de un psiquiatra y expresan como se sienten en la atención de los pacientes. Pero es importante destacar que en los lugares en donde no se cuenta con este recurso, el compartir con el equipo de trabajo, darle lugar a la palabra y esta como vehículo de la emoción, favorece estilos de afrontamiento adaptativo como se pudo observar en los subgrupos de LEAA y AEAA.

Sin embargo, en otros surgen casos surgen las dificultades en las relaciones laborales *“Hay Auxiliares de Enfermería que no les importa nada, hacen lo mínimo necesario y hay otras muy bien que se comprometen y te lo transmiten. Muchas veces detectan problemas en los pacientes. Hay gente de todo tipo. Este servicio realmente es muy complejo, hay gente con sesenta y pico de años, gente más del servicio, entonces jubilate, capaz que necesitan la plata, hace otra cosa, pero que no se quejen de todo.”*, *“me estresa la falta de comunicación, la real, está la de los libros, pero falta la otra, la que te hace razonar y esa es la que falta. La gente viene a hacer el horario y no quiere trabajar, ni pensar. Me molesta mucho que la gente solo cumpla órdenes y no razone, así es como se equivocan...”*, *“(…) no me estresa el trabajo, pero si los compañeros, algún desborde que te hacen hacer, cuando pasan cosas como la semana pasada que todos los compañeros se afectaron mucho con una paciente que estaba hacia un mes y medio. Nos afectó mucho porque no creímos que iba fallecer y falleció. Esto te deja pensando: ¿estaré haciendo las cosas bien? ...”*, *“Hay alti bajos, que dependen del trabajo. Entre ayer y hoy fue un loquero. (…) y empiezan a discutir entre unos y otros, (….) una compañera que ayer salió llorando, hoy no vino, dijo que no quería venir, aunque no sé si era su día libre, pero ella dijo eso luego de que explotó...”*, también la sobrecarga de trabajo *“(…) ¡una Auxiliar sola para tres sectores!, ¡es mucho! (….)”*.

Estas situaciones fueron características en los grupos de LEAD y AEAD.

En cuanto a la valoración del Rol los únicos que se sintieron valorados fueron los LEAA que trabajan en Cuidados Paliativos *“(…) Me siento bien, siento que hago las cosas lo mejor que puedo, y creo que me hacen sentir que soy efectiva en lo que hago y eficiente, digo yo. Pongo todo lo que está a mi alcance, y de la mayor manera posible. Siempre lo hago pensando que lo hago que me gustaría que se lo hicieran a un familiar mío y siempre trabajé de la misma manera. Siempre pensando que el que está del otro*



lado puedo ser yo o un familiar. ”, “(...) Trabajo en dos lugares donde estamos muy reconocidos y como que nos valoran mucho. En CTI, tanto los médicos, como la jefa nuestra, mis propios compañeros...me valoran en lo que hago, me ayudan muchísimo y mi Jefa también...la verdad no tengo palabras.

Por otro lado, la percepción opuesta “El Enfermero Profesional está muy disminuido a lo que era antes, siento que no nos valoran, que somos pocos en el país, en relación con lo que el Ministerio dice que debemos ser. A veces estamos recontra sobrecargados de trabajo, acá se trata de respetar, pero a veces no se puede y así es como estamos desbordados. Hay muchos pacientes que demandan mucha atención.”, “(...) la culpa la tiene la nurse (...)”, “...me estresa trabajar con el personal, hay gente que no quiere trabajar, hay muchas quejas y es muy difícil satisfacer a todos, Los médicos vienen y te exigen quinientas cosas y de mala manera, se descontrolan. Hay que tratarse con respeto (...)”.

En cuanto a las ~~propuestas a la Organización del Hospital~~, se identificó la necesidad de apoyo psicológico y de la Dirección del Centro Hospitalario “(...) Yo siempre digo que nosotros tenemos que tener un equipo de salud mental. ¡Por favor! ¡Es urgente! ... ”, “...vinieron unos psicólogos de la Facultad de Psicología a atender a los funcionarios, hace dos o tres años atrás. ¡Pero luego dejaron de venir y nunca más vinieron, hay que buscar otra forma! (...) ”, “(...) estaría bueno que hubiese apoyo de algún equipo profesional, yo que sé, dos veces por mes y que de pronto pudiéramos juntarnos y expresar las cosas. El psicólogo que ha venido, viene a hablar de cuestiones de Salud Laboral, pero no habla de cuestiones como las agresiones que hemos recibido, o de la muerte (...).

Otra solicitud es la participación de las Jefaturas “me gustaría que, del lado de la Jefatura, nos dieran un apoyo más, que se trabajase más con los Licenciados, por ejemplo, que venga el Jefe de Servicio, junto con los supervisores y que digan cómo se sienten con esta situación, que problemas, porque no saben ni una cuarta parte de lo que pasa y que les pongan más el pecho a las balas”, “En la noche no se ve la Jefa, supervisor no tenemos, nadie viene. Creo que puede ayudar para decir que tenemos un respaldo real ...”, “Tal vez si hubi ese equipos más estables de trabajo, porque son



necesarios los turnantes y los volantes, pero cuando turnas siempre, no puedes responsabilizarte, porque no los puedes llegar a conocer..., entonces aparece “hago lo que puedo”, “Me parece que en todas las ramas de la medicina es importante que hagan una pasantía por Paliativos en Pediatría para entender el concepto (...) Te enseñan a cuidar y curar, pero no a acompañar a la muerte cercana (...)”.

Lo expuesto hasta el momento coincide con lo planteado en la bibliografía internacional en relación a definir medidas preventivas de cuidado, la estructura de funcionamiento basada en equipos interdisciplinarios contempla la posibilidad real de disminuir el grado de estrés, fomentando los espacios reflexivos, sistemáticamente programadas con el objetivo de prevenir, identificar y tratar las consecuencias de la tarea sobre la salud mental de los miembros del equipo.



Capítulo VII: Conclusiones

A) Estilos de Afrontamiento a la muerte

A) Estilos de Afrontamiento a la muerte

Como ya se mencionó anteriormente el personal de la salud se enfrenta a situaciones difíciles o negativas de manera cotidiana, las enfermedades terminales y el proceso de morir son consideradas altamente estresoras. En general, son descritas como movilizadoras de malestar, ansiedad, incertidumbre y desprotección. El afrontamiento es la forma en que se hace frente a una situación que se vive como peligrosa o negativa, en otras palabras, es el proceso a través del cual se enfrenta una situación estresante y se la resuelve, poniéndose en juego recursos cognitivos y conductuales.

Aquellos profesionales que se sienten o perciben a sí mismos con mayores herramientas o competencias, resultan ser más eficientes o contar con mayores destrezas para sobrellevarlas.

A la luz de estas consideraciones y de los resultados obtenidos, se identificaron dos

Estilos de Afrontamiento a la muerte en los profesionales estudiados: Adaptativo y Desadaptativos. Los mismos están presentes tanto en el grupo de Licenciados en Enfermería como en de Auxiliares de Enfermería habiéndose observado perfiles específicos en cada grupo.

1) Licenciados en Enfermería con Afrontamiento Adaptativo (LEAA):

Las formas de enfrentar las situaciones estresantes, incluida la muerte de los pacientes, según el marco referencial utilizado, fueron:

Confrontación: cuando aparece una situación los profesionales se enfrentan a ella, tratando de resolverla.

Autocontrol: frente a las reacciones de ansiedad que surgen ante la muerte y de percepción de la violencia las emociones pueden ser controladas adecuadamente. La



canalización de las mismas se realiza de diferentes formas entre las que se destacan la racionalización o a través de sus creencias religiosas.

Búsqueda de apoyo social: se ponen en marcha ciertos mecanismos de protección como ser compartir su tristeza con los demás (compañeros de trabajo, equipo de trabajo, amigos, familiares, etc.), formando redes grupales que oficiarán de medios de canalización de las emociones que movilizan la cercanía o el hecho de la muerte de un paciente.

Aceptación de la responsabilidad: los mecanismos anteriormente descritos permiten o habilitan la búsqueda de herramientas o formas para seguir sosteniendo de los Servicios y la funcionalidad de estos. Esto también se da en la medida que se presenta un interés en el progreso formativo como profesionales, es decir, contar con más herramientas que permitan una mejora del manejo de estas situaciones para ser más eficientes y efectivos en las respuestas.

Escape/evitación: los factores mencionados anteriormente explican el adecuado manejo de las emociones y sus conductas.

Planificación de la solución del problema: el intercambio de sus vivencias con otros, les permite ser más precavidos y asertivos en tanto se pueden establecer y protocolizar procedimientos y soluciones, esto lo pueden hacer a través de buscar información de sus pacientes en los otros sectores donde se encuentre.

Reevaluación positiva: aunque la situación de enfrentar la muerte es muy estresante, los profesionales rescatan lo mejor de lo vivido y consiguen, de esa forma, darle un cierre positivo a las situaciones, que le permite seguir adelante.

2) Licenciados con Afrontamiento Desadaptativo (LEAD):

Las formas de enfrentar las situaciones estresantes, incluida la muerte de los pacientes, según el marco referencial utilizado, fueron:



Confrontación: Los profesionales cuando se enfrentan a una situación estresante por sufrimiento o proximidad de muerte de un paciente en general no consiguen enfrentarla de manera adecuada.

Autocontrol: no encuentran formas eficaces de control de las emociones y las conductas, a veces la intensidad de las vivencias es muy movilizadora.

Búsqueda de apoyo social: Los mecanismos de defensa puestos en juego no favorecen adecuados relacionamientos que permitan canalizar las emociones. Son profesionales con poca capacidad de diálogo y expresión verbal de lo que sienten.

Aceptación de la responsabilidad: las situaciones son vividas con un alto grado de exigencia consigo mismo, al punto de la quedar por momentos paralizados en la situación de ansiedad frente a la muerte y la aparición posterior de alguna somatización para expresar lo que siente.

Escape/evitación: evitan la proximidad emocional de aquellos pacientes muy graves o próximos a su muerte por temor a exponerse al sufrimiento, tristeza y ansiedad ante la situación. El distanciamiento no solo es a nivel afectivo sino también de proximidad corporal. Aparece una hipersensibilidad a la evaluación negativa de la situación que predispone a esta conducta.

Planificación de la solución: las características descritas anteriormente no permiten planificar soluciones a las situaciones estresantes en la medida que los mecanismos de defensa que se ponen en marcha no son adecuados. Priman los aspectos emocionales y las reacciones conductuales.

Reevaluación positiva: al no encontrarse soluciones efectivas a los sentimientos y vivencias percibidas, no hay modificación ni posibilidades de cambiar la situación y lo que se siente frente a la misma.

3) Auxiliares de Enfermería con Afrontamiento Adaptativo (AEAA)

Las formas de enfrentar las situaciones estresantes, incluida la muerte de los pacientes, según el marco referencial utilizado, fueron:



Confrontación: Cuando estos profesionales se enfrentan a una situación estresante generalmente consiguen afrontarla de manera adecuada.

Autocontrol: pueden regular las emociones y sentimientos que despiertan las situaciones estresantes, y expresan su ansiedad y angustia cuando la situación pasa a otro ámbito donde pueden intercambiarlo con sus pares.

Búsqueda de apoyo social: Comparten su tristeza con otras personas fuera de su ámbito laboral. Presentan relacionamientos en distintos espacios, aunque no llegan a conformar redes grupales como los Licenciados con Afrontamiento Adaptativo. Buscan la simpatía y la contención en el equipo, principalmente entre sus pares. Estas instancias permiten poner en palabras los sentimientos que se movilizan y las dificultades que se encuentran.

Aceptación de la responsabilidad: Los mecanismos descritos anteriormente permiten reconocer responsabilidades en los problemas que se presentan y las dificultades personales en el manejo de los mismos. A pesar de la formación profesional básica que tienen, buscan actualizarse de manera continua lo que les permite contar con mejores herramientas que apunten a solucionar los problemas futuros.

Escape/evitación: en la medida que en las instancias previas las reacciones son manejadas de forma adecuada, las emociones y la conducta se controlan de igual forma.

Planificación de la solución del problema: presentan capacidad de reflexión sobre las situaciones vividas, si bien se estresan buscan una solución a cómo salir adelante. Esto en general lo hacen junto a la familia en momentos de ocio y distensión.

Reevaluación positiva: consiguen encontrar una solución positiva a la situación estresante y de esta forma modificar la forma de vivirla para poder seguir adelante.

4) Auxiliares de Enfermería con Afrontamiento Desadaptativo (AEAD), Las formas de enfrentar las situaciones estresantes, incluida la muerte de los pacientes, según el marco referencial utilizado, fueron:



Confrontación: Son profesionales que no cuentan con herramientas para afrontar adecuadamente situaciones estresantes o de muerte de pacientes.

Autocontrol: en general no tienen ni la capacidad ni la formación necesaria para poder controlar los sentimientos y los comportamientos que estos provocan. Las situaciones se viven de forma muy intensa, difícil de manejar por momentos.

Búsqueda de apoyo social: no cuentan con redes vinculares que ayuden a contener las emociones o canalizar las mismas. Esto reduce el círculo de personas con quienes verbalizar los sentimientos e intercambiar opiniones tanto en el ámbito laboral como familiar y social.

Aceptación de la responsabilidad: la falta de mecanismos de defensa adecuados hace que muchas veces se sientan responsables o culpables de lo que sucede con los pacientes y los procedimientos.

Escape/Evitación: Presentan comportamientos de huida, por un lado, o de las emociones, a través de la toma de distancia con los pacientes y presentan salidas en forma abrupta de los lugares de trabajo sin mayor explicación. Hay un escaso control de las emociones y las conductas.

Planificación de la solución de problemas: esta instancia es difícil que se alcance en tanto fallaron los mecanismos que permiten una reflexión de las situaciones y emociones puestas en juego. Esto se ve reflejado en la repetición de la misma respuesta cada vez que aparece un paciente nuevo.

Reevaluación positiva: el proceso de afrontamiento de la situación estresante no encuentra resolución positiva alguna en tanto no se cuenta con herramientas ni personales ni de formación que lo posibiliten.

B) A nivel de expresividad lingüística : El grupo con mayor expresividad fue el de los Licenciados en Enfermería Adaptativos (LEAA), situación que puede relacionarse a la mayor formación académica, experiencia laboral por los momentos vitales en los que se encontraban y los núcleos familiares de convivencia, por consiguiente, mayor plasticidad y riqueza lingüística.



Las Licenciadas en Enfermería Desadaptativas (LEAD) no fueron tan expresivas en las entrevistas sobre la muerte como las Auxiliares en Enfermería Desadaptativas (AEAD), lo que puede atribuirse al nivel de ansiedad y angustia que manifiestan en los relatos de las entrevistas lo que reflejaría cierto grado de dificultad en el manejo del control de las emociones y conductas.

C) En los aspectos socio-demográficos:

Conclusión a nivel cualitativo de los cuatro grupos

Llama la atención que, si bien hay un predominio de las LEAA en un 35%, y las AEAD cuantifican un 32%.

Los otros grupos de exponen con un 10% de LEAD y un 22% de AEAA

Nivel educativo

- Entre Licenciados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería, la diferencia más destacada es el nivel de estudios, sumado a que la mayoría de los Licenciados mayormente siguen haciendo actividades formativas.
- Los grupos con Afrontamiento Adaptativos son los que hacen actividades de Educación Continua.
- A mayor nivel educativo, mejor nivel de Afrontamiento a situaciones estresantes y la muerte de pacientes.

Género

- Los profesionales varones (5% del total) son Licenciados en Enfermería Adaptativos, presentan niveles educativos altos (nivel de posgrado), multiempleo y con 72 horas semanales de jornada laboral, se destaca que son los únicos que no tienen certificaciones médicas.

Edades

- Los Licenciados en Enfermería Desadaptativos son los más jóvenes, la mitad de este grupo lo conforman profesionales con edades entre de 26 y 28 años.



- Los grupos de Afrontamiento Adaptativos, tanto de Licenciados como Auxiliare, se encuentran conformados mayoritariamente por profesionales entre 50 y 59 años, seguido de aquellos entre 40 y 49 años.
- Podría plantearse la relación de: a mayor edad (más experiencia de vida y laboral), más herramientas para el afrontamiento a la muerte.

Presencia de familia de convivencia e hijos

- En cuanto a la familia de convivencia no se encontraron diferencias significativas en los grupos con Afrontamiento Adaptativo y Desadaptativo.
- En cuanto a hijos a su cuidado, es mayor la cantidad en el grupo de Licenciados con Afrontamiento adaptativo.

Certificaciones médicas

- Los Licenciados tienen mayor cantidad de certificaciones médicas que los Auxiliares de Enfermería. Esto podría deberse a mayores responsabilidades por los cargos que ocupan sumado al multiempleo en muchos casos.

Aparición de enfermedades en el último año previo al estudio

- Todas las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería presentan Hipertensión Arterial, pero en los grupos Desadaptativos surgen patologías vinculadas con la salud mental (estrés y depresión).
- En los Licenciados y Auxiliares con Afrontamiento Adaptativos aparecen además como motivos de las certificaciones enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Estas podrían pensarse con un componente psicosomático enlazado a su etiología.

Calidad de vida

a) Alimentación.

- Los Licenciados en Enfermería Adaptativos refieren alimentarse mejor que los Licenciados Desadaptativos.



- Los Auxiliares de Enfermería Adaptativas perciben su alimentación como buena (porcentaje más alto de todos los grupos).
- La situación inversa se da en las Auxiliares Desadaptativos, siendo las que presentan la referencia menor.

B) Actividad física

- Hay diferencias significativas entre los grupos con Afrontamiento Adaptativos (se ejercitan prácticamente el doble) y los Desadaptativos.
- Los grupos con Afrontamiento Adaptativo lo hacen en grupo y los Desadaptativos buscan hacerlo en solitario.

C) Actividades de ocio

- Los Licenciados con Afrontamiento Adaptativo realizan mayor cantidad de actividades de ocio comparado a los otros grupos y son actividades grupales. Son seguidos por los Auxiliares de Enfermería con Afrontamiento Adaptativo.

D) Multiempleo

- En los grupos de Afrontamiento Adaptativo, se observa un 100% de multiempleo, con jornadas laborales que llegan a las 72 horas semanales a diferencia de los grupos de Afrontamiento Desadaptativo.

E) Aspectos relacionados a la Enfermería

Lo vocacional hacia la Enfermería y la Pediatría:

- En la LEAD y AEAD, hay una fuerte influencia en la elección de la profesión por parte de una figura referente materna mayoritariamente.
- En la AEAA la elección pasa por la búsqueda de una salida laboral rápida.
- En la LEAA, el elegir la profesión estaría fundamentada en recuerdos y experiencias de cuidado a personas allegadas o familiares.



F) Actitud frente al equipo

- En los grupos de Afrontamiento Adaptativo el intercambio de experiencias a nivel grupal favorece el manejo de futuras situaciones y búsqueda de solución de problemas.
- En los grupos de Afrontamiento Desadaptativo la falta de espacios de intercambio grupal no permiten mayores compromisos con la tarea y un adecuado relacionamiento con el equipo.

G) Valoración de su Rol profesional

- En el grupo de Licenciados se observaron dos posturas:
 1. percepción de valorización positiva, específicamente dentro del grupo de Cuidados Paliativos,
 2. percepción de valorización nula que produce muchas veces angustia.
- Las Auxiliares de Enfermería no manifestaron esta problemática y se mostraron satisfechas con el reconocimiento percibido.

H) Propuestas a la Dirección del Hospital

- El Cuidado al Cuidador aparece como una consigna, que se reafirma con el ejemplo de la experiencia positiva del trabajo del Equipo de Cuidados Paliativos, donde un profesional de la Salud Mental se reúne cada quince días con todo el equipo, que está integrado entre otros por Licenciados en Enfermería que participan plena y activamente con los otros profesionales.
- Los Licenciados principalmente hacen hincapié en la necesidad de apoyo Psicológico sobre todo el personal del Centro Hospitalario como una necesidad insatisfecha.
- Solicitan más apoyatura desde las Jefaturas de los Servicios desde los turnos alejados: Vespertino y Nocturno.



- Manifiestan la necesidad de mayor estabilidad en la formación de los equipos de trabajo, con menos rotaciones en los propios turnos para cubrir las carencias de personal.

Una buena adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental. En este sentido, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarse de forma efectiva con los demás (Felipe, E y León del Barco, 2010)

I) Recomendaciones

- Se sugiere generar actividades de prevención con el personal de enfermería.
- Vigilancia Epidemiológica.

J) Reflexión final

El ser humano tiene la necesidad intrínseca de encontrar, sino una explicación a la muerte, sí una manera de adaptarse a ella. El hombre, como ser sociocultural, participa de una realidad compartida, creada a partir de valores, creencias, normas y formas de hacer. La sola pertenencia a un grupo y el compartir y participar de todo lo anterior permite al individuo adaptarse de manera adecuada a la realidad cotidiana. De igual modo, la capacidad simbólica del hombre le permite adaptarse a situaciones difíciles de la cotidianidad de forma eficiente a través del uso de símbolos, metáforas y rituales. Los profesionales abordados son un ejemplo de esta capacidad de adaptación. Detrás de los aspectos indiferentes de nuestra cotidianidad como profesionales de la salud se esconden complejas elaboraciones socioculturales que dan soporte a nuestra tarea de trabajar cada día en contacto con la enfermedad, la vida y la muerte.



Reflexionar e investigar sobre la enfermería y sobre el desarrollo de la actividad profesional nos hace ser conscientes de nuestras limitaciones y nuestras capacidades. Nos permite conocernos mejor, lo que, al final, se traduce en un mejor desarrollo de la actividad asistencial y en una mayor calidad en nuestros cuidados.

Identificar las limitaciones y estrategias para enfrentarnos a la enfermedad y la muerte, como elementos de nuestro trabajo, nos hace ser conscientes de nuestra naturaleza humana, y nos aporta recursos para crecer como personas y profesionales de los cuidados.

La identificación de estrategias de las que, como en este caso, no somos conscientes, permite reforzar las mismas de forma consciente ayudándonos en el afrontamiento de las situaciones adversas y estresantes, como la muerte del paciente crítico. A partir de la evidencia cualitativa que aporta este estudio, se plantea la necesidad de desarrollar nuevos modelos de intervención más humanizados y adaptados a las necesidades, en este caso de los profesionales, modelos que, a su vez, repercutirán en la calidad de los cuidados prestados. En esta misma línea se recomienda, de cara a futuras investigaciones, el realizar estudios de evaluación de dichas intervenciones que justifiquen su eficiencia.

La investigación sobre cómo los Licenciados y Auxiliares de Enfermería lidian con la muerte del paciente, es cada vez mayor y se ha desarrollado en estos últimos cinco años, a pesar de ello, sigue siendo escasa en Uruguay. Los estudios que sugieren que las enfermeras/os pasan por un proceso único de duelo cuando los pacientes mueren, y la forma en que manejan este proceso es importante para su bienestar.



Referencias Bibliográficas:

Alberti, M, Lores, R, Menchaca, A. Modos de morir en la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell Rev Med Urug 2008; 24: 175-184

Alonso, L E (1998) - La Mirada Cualitativa en Sociología. Una Aproximación Interpretativa. Editorial Fundamentos, Madrid. Pág. 54)

Alves, A. Santos, A, Susskind G, M. Coelho de Souza Padilha, M. (2006) A escolha professional no imaginario social- enfermeiras brasileiras y peruanas. Revista de Enfermería Revista de Enfermería

Alizalde, M “Clínica de la Muerte” Editorial: Amorrortu 1996

Amaro Cano “Problemas éticos y bioéticos en Enfermería” Editorial Ecimed La Habana, 2005 http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/problemas_eticos_y_bioeticos_en_enfermeria.pdf

Amaro Cano Md, González Rivera A, Leyva Salermo B, Jiménez Hernández JM, Sánchez Santa Cruz E, Formental Hidalgo B, Galano Ferrer C, Fernández Hernández A, Toledo del Rey A, et al.” Percepción de valores y antivalores coexistentes en el sector salud”. Educación Médica Superior [Internet]. 2018 [citado 2018 Sep 22];32(1): en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1255>

Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping.: London: Jossey Bass Book. Bibliotecas de Australia

Ariès, P Western attitudes toward death. The Johns Hopkins University Press. Baltimore 1974

Ariès, P Essai sur l’histoire de la mort en Occident. Ed. Senil. París, 1975

Ariès, P LAMUERTE EN OCCIDENTE Barcelona Ed Argos Vergara 1982

Ariès, P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus. Madrid, 1987

Ariès, P, *Historia de la muerte en Occidente*, trad. Francisco Carbajo y Richard Perrin, Barcelona: El Acantilado, 2000. (en español) https://monoskop.org/File:Ari%C3%A8s_Philippe_Historia_de_la_muerte_en_Occidente_2000.pdf

Barran, J; Caetano, G; Porzecanski; HISTORIA DE LA VIDA PRIVADA EN EL URUGUAY Taurus Editorial Santillana Montevideo 1996



Bernadá, M, Dall'Orso, P, Fernández, G, Le, Pera, V, González, E, Bellora, R; Dallo, M, Capercione, F, Giordano, A, Guillén, S, Fierro, G, Lores, R, Ferreira, E, Carrerou, R. Abordaje del niño con una enfermedad pasible de cuidados paliativos. Arch Pediatr Urug 2010; 81(4)203-210

Balderas, K.E. (2013). Elementos que constituyen la identidad profesional de la enfermera. Atlante, Cuadernos de Educación y Desarrollo. <http://atlante.eumed.net/wpcontent/uploads/profesion.pdf>

Bayes, R; Borrás FX PSICONEUROINMUNOLOGIA Y SALUD En Simón MA Manual e Psicología de las Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones Madrid: Biblioteca Nueva; 1999 p 77-114

Bayés, R. Psicología del sufrimiento y la muerte, Barcelona, Martínez-Roca, 2006

Benbunan-Bentata, Bibinha; Cruz-Quintana, Francisco; Roa-Venegas, José María; VillaverdeGutiérrez, Carmen; Benbunan-Bentata, Bettina Raquel Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 7, núm. 1, enero, 2007, pp. 197-205 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España

Cano, F; Rodríguez, L, Martínez, J “Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) “en la VII European Conference on Psychological Assessment (Benalmádena, España). Actas Esp Psiquiatr 2007;35(1):29-39

Carlotto, M; Gobbi, M “Desempleo y Síndrome de Burnout” Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. X, N° 1, 2001 <file:///C:/Users/Samsin/Downloads/18558-1-55806-1-10-20120326.pdf>

Chapman, C.R. & Gavrín, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. Journal of Palliative Care, 9 (2), 5-13.

Clements y Jordan, Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients Oncology nursing forum 26(10):1683-7 · November 1999

Carretero Pasín, Á” La noción de imaginario social en Michel Maffesoli” Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 104, 2003, pp. 199-209 Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid, España <https://www.redalyc.org/html/3050/305026646004/>

Clerc, J.M. Introducción a las Condiciones y Medioambiente de Trabajo. OIT 2004ES.pdf <http://www.new.ops.org.bo/idex2.php> 7 de abril 2006



Coelho de Souza, M. (2006). A ESCOLHA PROFISIONAL NO IMAGINARIO SOCIAL-ENFERMEIRAS BRASILERIAS Y PERUANAS. Revista de Enfermería

Collett, L. y Lester, D. (1969) The fear of death and fear of dying. Journal of Psychology, 72, 179-181.

Clore, G.L; Schnall, S. (2005) - The influences of Affect on Attitude. En: Albarracín, B. T Johnson, y M.P Zanna (Eds.), The Handbook of Attitudes (pp: 437-493).

Claxton-Oldfield, S., Crain, M. y Claxton-Oldfield, J. (2007) Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. American Journal Hospital Palliative Care, 23 (6): 464-468.

Cruz Quintana, F. y Garcia Caro, M.P 2007. Dejarme morir. Ayudando a aceptar la muerte, Ed. Pirámide, Madrid

Cruz Quintana et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal International Journal of Clinic and Psychology 2010-10-1 M.P 2007

Chuaqui-Kettlun, Jorge Renán; Bettancourt-Ortega, Lorena Paola; Leal-Román, Valentina Javiera; Aguirre-González, Carlos Alberto La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010) Aquichan, vol. 14, núm. 1, marzo, 2014, pp. 53-66 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia

David JP y Suls J (1999). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. Journal of Personality, 67, 265-294.

Dobler, H. (1974) - La muerte y el morir: función del miedo a la muerte en las relaciones interpersonales con el paciente desahuciado. Trabajo de Investigación de Tercer ciclo. Ballaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

Escribà-Agüir, Bernabé-Muñoz, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y FUENTES DE RECOMPENSA PROFESIONAL EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. UN ESTUDIO CON ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Escuela Valenciana de Estudios para la



Salud (EVES). Consejera de Sanitat. Generalitat Valenciana.RevEsp Salud Pública 2002; 76: 595-604 N.º 5 - Septiembre-Octubre 2002

Eslava, Daniel-Punteal de Alucide; LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD: INVESTIGANDO EL ESTADO DEL ARTE Ciencia y Enfermería Versión on-line ISSN 0717-9553 Ciencia y Enfermería V n° 2 Concepción Argentina dic 2002 www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-955220020002000078&script=sci_arttext

Feifel, H. (1990) - Psychology and death. American Psychologist, 45 (4), 537-543. Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention

Felipe Castaño y Ávila Espada Un análisis interpersonal de la ansiedad y la depresión: parecidos y diferencias en el circumplex interpersonal Ansiedad y estrés 2007, 13(1), 1-129 (77-87)

Felipe, E y León del Barco Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal Universidad de Extremadura, España International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 2010, 10, 2010 <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Fernández, J.A.; García Martínez, L.; García García-Bueno, M.L.; Fernández Grande, A.I.; Lozano González, T. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de Enfermería. Tiempos de enfermería y salud. 2017 2(1):27-33 [https://www.researchgate.net/publication/317268122_ACTITUDES_Y_AFRONTAMIENTO_ANTE_LA_MUERTE_EN_EL_PERSONAL_DE_ENFERMERIA\(PDF\)](https://www.researchgate.net/publication/317268122_ACTITUDES_Y_AFRONTAMIENTO_ANTE_LA_MUERTE_EN_EL_PERSONAL_DE_ENFERMERIA(PDF)) *ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317268122_ACTITUDES_Y_AFRONTAMIENTO_ANTE_LA_MUERTE_EN_EL_PERSONAL_DE_ENFERMERIA [accessed Sep 22 2018].

Folkman, S. Y Lazarus, R. S. (1985.). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, H. J. Delongis, A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology, 50 p. 571-579. 1986



Foucault. M, Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber. Lavolontè de savoir, gallimard, capitulo, droit de mort et pouvoir sur la vie Siglo XXI Editores. México 1976

Foucault; MEL NACIMIENTO DE LA CLINICA: UNA ARQUEOLOGIA DE LA MIRADA (EINaissance de la clinique. Une archèologie du regardmédica) Editores. Siglo XXI Editores México 1966

Foucault; M VIGILAR Y CASTIGAR nacimiento de la prisión Editores Siglo XXI Editores Argentina S.A. 2006

Gala, F., Lupiani, M. y Díaz, M. (1991). Sobre las concepciones de la muerte. Rol,159,63-66

García S V, Rivas Riveros E. EXPERIENCIA DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS PEDIÁTRICAS EN LA MUERTE DE UN NIÑO: VIVENCIAS, DUELO, ASPECTOS BIOÉTICOS. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2018 Sep 20]; 19(2): 111-124. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>

Gil-Monte, P; Salanova, M; Aragón, J; Schaufeli “El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes” Universitat de València Dpto. Psicología Social 2005 <https://www.dival.es/bienestar-social/sites/default/files/sindrome-quemarse-por-el-trabajo-en-servicios-sociales.pdf>

Grau J, Llantá MJ, Massip C, Chacón M, Reyes MC, Infante O, Romero T, Barroso I, Morales D. (2008) - Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos, Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°10, pp. 27-58

Grimberg, M. VIH / Sida y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía. In: SEMINARIO TALLER DE CAPACITACIÓN DE FORMADORES. Buenos Aires: Lusida, 1992. p. 24-31.

Gomez Sancho, M. 2005 “Morir con dignidad”. Madrid: Aran ediciones S.A.

Gómez Sancho, R. (1999) - El médico ante la muerte de su enfermo. En: M. Gómez Sancho (Ed.), Medicina Paliativa en la cultura latina (pp. 57-68). Madrid: Arán

González Gil, T “Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos”. Enferm Intensiva. 2008;19(3):113-22



Hernández Rodríguez, Alfonso. (2011). Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(33), 210-241. Recuperado en 20 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009&lng=es&tlng=es.

Jodelet, D. (1986): "La representación social: fenómenos, concepto y teoría"(1986,142). <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>

Jodelet, Denise (2007a) "Hacia una psicología del sentido. Una integración de las ciencias sociales y la hermenéutica a partir del imaginario", conferencia presentada en el marco de la entrega del Doctorado Honoris Causa a Denise Jodelet en la Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 9 de marzo de

Jodelet, Denise (2007b) Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención, en *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, coordinado por Tania Rodríguez y María de Lourdes García. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Hernández Cabrera Gisela, González García Verónica Marlene, Fernández Machín Luis, Infante Pereira Olga. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 Feb [citado 2018 Sep 22]; 18(1): 22-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100004&lng=es.

Hernandez, H; Del Gallego; R; Alcaraz, S; Gonzalez, J 1997 □ LA ENFERMERÍA EN LA HISTORIA. UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL *Revista Cultura de los Cuidados* 2 o Semestre 1997 • Año I - Ns 2 pag22-35

Hernandez Rodriguez Alfonso. Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros. *La ventana* [online]. 2011, vol.4, n.33 [citado 2018-12-01], pp.210-241. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1405-9436

Hooper, T. y Spilka, B. (1970) some meanings and correlates of future time and death among college students. *Omega*, 1:49-56.
Hunger, B. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA SALUD, 5ªED. español, Ed MacGraw-Hill Interamericana México DF 1997

Irigaray; L Enfermería: ¿Profesión de riesgo? TRABAJO FINAL DE GRADO FACULTAD DE PSICOLOGÍA UDELAR 2014

Gálvez González M, del Aguila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Inv* [Internet].



May-jun 2013 [citado día mes año]; 10(64): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf

Kiecolt-Glaser, J.K, Glaser, R. (1988) Behavioural influences on immune function: Evidence for the interplay between stress and health. En T. M. Field, P.M. McCabe y N. Schneiderman, (Eds) Stress and coping across development (pp 189-206). Hillsdale, NJ: LEA.

Kim S, Hwang WJ. Palliative care for those with heart failure: nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014 Apr;13(2):124-33

Kvale, J.; Berg, Ll., Groff, J. y Lange, G. (1999) Factors Associated with resident's attitudes towards dying patients. Family Medicine, 31 (10):691-696.

Kruglanski, A.W.; Stroebe, W. (2005) - The influence of beliefs and goals on attitudes: Issues of structure, function and dynamics. En: D. Albarracín, B. T Johnson, y M.P. Zanna (Eds.), The Handbook of Attitudes (pp: 323-369). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lamberth,,J 1982 Psicología social Publicado por Pirámide. Madrid. 1982.

Larbán, Juan "Ser Cuidador; el ejercicio de cuidar" CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, 2010; 50, 55-99
<http://www.seypna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process, McGraw Hill, New York.1966

Lazarus, R. S. Thoughts on the relations between emotion and cognition. American Psychologist, 37, 1019-1024.1982

Lazarus, R. S. On the primacy of cognition. American Psychologist, 39, 124-129.1984<http://ucha.blogia.com/2007/022804-richard-stanley-lazarus.php>

Lazarus RS. Coping Strategies. En: McHugh S, Vallis TM (eds.). Illness behavior. A multidisciplinary model. New York: Plenum Press, 1986; 303-308.

Lazarus, R. S. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.1991

Lazarus, R. S. Chapter 2. Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion. In Yuri Hanin. Editor Emotions in sport. Human Kinetics. USA. P. 39-63.2000

Lazarus, R. S. How Emotions Influence Performance in Competitive Sports. The Sport Psychologist, 14 (3).2000



Lazarus, R., y Folkman, S. Estrés y Proceso Cognitivos. Ed. Martinez Roca, Barcelona.1986

Larrobla, C.; Botega, N.J. -Antecedentes de la psiquiatría latinoamericana: la colonización y la independencia de las metrópolis. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 2017 v.: 45 2, p.: 165 - 172, 1999

Larrobla, C, Hein,, P; Novoa,G, Canetti,A; Heugerot, C; Gonzalez,V; Torterolo,J; Rodriguez, L “70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros” CSIC 2017

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>

Laus, F Clínica, Salud y Biopolítica Una lectura foucaultiana sobre la psicología de la salud. Universidad de Paris VIII. Francia 2004

Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002

Limonero, J.T. (1997) - Ansiedad ante la muerte, Ansiedad y Estrés, 3(1): 37-46.

Limonero, J.T. (1990) - El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. Revista de Psicología General Aplicada, 49, (2), 249-265.

Marchán, S Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología Nure Inv. 13(82) España Mayo - Junio 2016

Martínez Gil, F “Muerte y sociedad en la España de las Asturias” Ediciones de la Universidad. La Mancha Castilla Cuenca 2000

Marshall, V.W (1982) Death and Dying. En D. Mngen y W. Peterson (comps.), Research instruments in social gerontology) PP. 303-381), Minneápolis, University of Minnesota Press.

McGuire, W.J (1985) Attitudes and attitudes change, in G. Lindzey u E. Aronson (ed.). The handbook of social psychology: Vol. II Special fields and applications (3a. ed.), (pp. 233-346). Hillsdale, NJ, L. Erlbaum Assoc.

Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2005). Estrés y Trabajo.

In J. L. Arco Tirado (Ed.), Estrés y Trabajo: Cómo hacerlos compatibles (pp. 11-28). Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública.

https://www.researchgate.net/publication/230577111_Estres_y_Trabajo

Moreira, A. y Lisboa, M.T. (2006) La muerte entre lo público y el privado: reflexiones para la práctica profesional de enfermería. Revista Enfermagem UERJ, 14(3), 447-454

Morgan, J.D. (1999). Basic Resources in Death and Bereavement. International Journal of Group Tensions-Springer.

Moos RH y Holahan CJ (2003). Disposicional and contextual perspectivas on doping: toward an integrative framework. Journal of Clinical Psychology, 59, 1387-1403.



- Moscoviçi, S “El psicoanálisis su imagen y su público” TIULO ORIGINAL FRANCÉS” La psychanalyse son image et son public” 1979 , Editorial Huemul S. A (pág. 17-18) <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- Mora, M,”La teoría de la representaciones socueles de Serge Moscovi!”Universidad de Guadalajara , Mexico,Editorial Ahtenea Digital,2002
file:///C:/Users/Samsin/Downloads/34106-34037-1-PB.pdf
- Murillo, F. J. y Martínez-Garrido, C. (2010). Investigación etnográfica. Madrid: UAM.
- Nava Galvan, M Profesionalización, vocación y ética de enfermería *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 2: 62, 2012 ©INNN, 2010
- Neimeyer, R.A; Wittkowski, J. y Moser, R.P. (2004) Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28: 309-340.
- Neimeyer, R.A; Moser, R.P y Wittkowski, J. (2002). Assessing attitudes towards dying and death: psychometric considerations. *Omega*, 47(1): 45-76.
- Neimeyer, A. (1997) - Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Paidós: Barcelona
- Neimeyer, Ross, *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concepts, and Applications* editado por Adrian Tomer., Pensilvania. USA 1994
- Oliva P., Lupiani M. Gala FJ., Suárez G” La Comunicación Personal Sanitario-Enfermo (PS-E) como clave de toda la praxis e interacción sanitaria”. Available from: https://www.researchgate.net/publication/300110493_La_Comunicacion_Personal_Sanitario_Enfermo_PS-E_como_clave_de_toda_la_praxis_e_interaccion_sanitaria [accessed Sep 22 2018].
- Olson, J.M.; Stone, J. (2005) - The influence of behavior on attitudes. En: D. Albarracín, B. T Johnson, y M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp: 223-271). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Osakamp, S. (1991) *Attitudes and opinions* (2da ed.) Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Pacheco Borella, Germán. *Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo*. *Cultura de los cuidados*, [S.l.], n. 14, p. 27-43, jun. 2012. ISSN 16996003. Disponible en: <<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2003-n14-perspectiva-antropologica-y-psicosocial-de-la-muerte-y-el-duelo>>. Fecha de acceso: 23 sep. 2018 doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.05>.
- Perdigon, A y Strasser, G “El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte” *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 485-500, 2015
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00485.pdf>



Piero; A “La conducta del silencio” en “EL SILENCIO”, compilado por Castilla del Pino. Alianza Universidad Madrid

Pitta, A “HOSPITAL: DOR E MUERTE COMO OFICIO” UCITEC San Pablo Brasil 1990

Ptacek, Smith y Zanas, 1992 Journal Of Personality Género, evaluación y afrontamiento: un análisis longitudinal Volumen 60 , Número 4 Diciembre de 1992

Páginas 747-770 <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00272.x>

Kims, S; Hwang , W, Cuidados paliativos para personas con insuficiencia cardíaca :conocimiento , actitud y preparación para la práctica de las enfermeras Eur J Cardiovasc Nurs. Abril 2014; 13 (2): 124-33. Epub 2014 6 de enero.

Quian J. El pediatra frente a la muerte de un niño. Introducción a los cuidados paliativos pediátricos. Clin Pediatr Sur 2007; 1(1): 77-88

Sandin B, Chorot P, Santed MA y Jiménez MP (1995). Trastornos psicossomáticos. En A Belloch, B, Sandín y F Ramos (Eds.). Manual de psicopatología (pp. 401-469). Madrid: Interamericana

Sandin B (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3, 141-157

Salón, M.L (1995) Pain management instructions in nursing curricula. Journal of Nursing Education, 34: 2622-2627.

Sampedro de la Torre Rosa María. Enfermería y vocación. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2018 Sep 24]; 13(47): 69-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300016&lng=es.

Schmidt Rio-Valle, J., Schmidt Rio-Valle, R., Montoya Juárez, R., Cruz Quintana, F. y García Caro, M.P. (2006) El intérprete para la comunidad: un nuevo miembro del equipo de salud. Libro de Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Concias de la salud. Granada.

Schwartz, C.E; Mazor, K., Rogers, J y Reed, M.Y (2003). Validation of a new measure of concept of a good death. Journal of Paliative Medicine, 6 (4): 575-584.

Sposati, A. –“Cidadania ou filantropia: um dilema para o CNAS”, Núcleo de Seguridade e assistencia Social da PUC/SP. Relatório de Pesquisa, agosto 1994



- Sontag, 1981 LA ENFERMEDAD Y SUS METÁFORAS Traducción de Mario Muchnik Ed TAURUS PENSAMIENTO
<http://bioenergeticalatam.com.ar/docus/laenfermedadysusmetaforas.pdf>
- Sudnow, La organización social de la muerte Editorial Tiempo Contemporaneo 1971
- Tomás- Sábado, J. Gomez, B. 2002 La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Tomás- Sábado, J. y Ardilla Herrero, A. 2001 Educacion sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experimental. *Enfermería Científica*, (234-235), 65-72.
- Tomás- Sábado, J.Gomez, B. 2002 b Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, ISSN 0373-2002, Vol. 56, Nº. 3, 2003, págs. 257-279
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
- Tomasina, F, Carrasco, C, Delfino, M, Gonzalez, P, Geysler, MPi, M El cuidado humano Reflexiones (inter)disciplinarias Ed. AAMontevideo Uruguay 2011
- Twelker, P.A. (2004) The relationship between death anxiety, sex, and age. URL:
<http://www.tiu.edu/psychology/deathanxiety.htm>
- Valles, M TECNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACUION SOCIAL: Reflexión metodológica y práctica profesional Ed Sintesis Madrid 1999
- Vasquez, C “Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos” FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA,2012 <http://www.bdigital.unal.edu.co/7002/1/539512.2012.pdf>
- Vega-Vega,P; González-Rodríguez,R, Palma-Torres,C; Ahumada-Jarufe,E, Mandiola-Bonilla,J; Oyarzún-Díaz,C; Rivera Martínez,S” 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” *Revista Aquichan Universidad de la Sabana Colombia* 2013
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2400/3058>
- Vega-Vega P, González Rodríguez R, Santibáñez Galdamez N, Ferrada Molina C, Spicto Orellana J, Sateler Villanueva A, et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;51: e03289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004303289>
- Vila, G.M y Escayola, M.M. Visión del estudiante de Enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de Enfermería*, 4 (40): 25-31.2001
- Walpole, R. E. & Myers, R. H. *Probabilidad y Estadística*. 4ª. ed. Ciudad de México, McGraw-Hill, 1996



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Wessel, E.M., & Rutledge, D.N (2005) Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(4): 212-218.

Wittgenstein, L" Conferencia sobre la ética" Ed Paidós. Buenos Aires 1990

<http://ucha.blogia.com/2007/022804-richard-stanley-lazarus.php>

<http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres->

Wong, P.T., Reker, G.T. y Gesser, G. (1997) Perfil revisado de actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida multidimensional. En R.A. Neimeyer (Ed.) *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte*, Paidós, Barcelona.



Anexo 1: Consentimiento Informado

1. Información

Este trabajo se enmarca en el Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, dentro de la Maestría en Salud Mental. Tiene como finalidad obtener información sobre el Profesional Enfermero para promover mejoras como Trabajadores de Salud.

El objetivo de la investigación es saber acerca de los mecanismos de Afrontamiento ante el proceso muerte de los pacientes pediátricos.

La responsable de la investigación es la Lic. Esp. Sophie Simon (sophiesimon77@gmail.com) alumna de la Maestría mencionada anteriormente.

Su participación en esta investigación significa:

- 1) Marcar las opciones que le parezcan correctas, relatando por escrito un episodio vivido en una escalas psicométricas (CSI), esto deberá durar cerca de 20 minutos.**
- 2) Responder los ítems de un formulario/encuesta, confeccionado por la investigadora que apuntan a obtener datos sociodemográficos y estilo de vida (esto deberá durar cerca de 15 minutos).**
- 3) Una entrevista de aproximadamente 30 minutos de duración, que será gravada.**
- 4) En caso de ser necesario, estar de acuerdo en que pueda contactarse nuevamente con usted o contactarse en una nueva instancia con usted, a través de los datos que proporciona.**



2. Certificado de Consentimiento

La información mencionada arriba me fue leída. Tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas que consideré necesarias, y me fueron respondidas satisfactoriamente. También se me informó que en el caso de participar en el trabajo mi identidad será preservada (no se identificará nombre ni apellido) y los datos recabados serán confidenciales, es decir, solo los investigadores responsables tendrán acceso a ellos, nadie más. En caso que sea necesario un segundo contacto, la información del mismo mantendrá las características mencionadas (privacidad y confidencialidad) anteriormente.

Estoy consciente que no recibiré dinero o cualquier otra gratificación por participar de este estudio. Yo, voluntariamente, estoy de acuerdo en participar del mismo, y comprendí que tengo el derecho de no hacerlo.

Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____



Anexo 2 Instrumento: Datos Socio demográficos y Estilo de Vida

1. Nombre.....2.Fecha

Nacimiento.....

3. Género..... 4. Lugar de Residencia: Montevideo Barrio.....
Interior

5. Teléfonos de contacto.....

6. Estado civil: soltero casado unión libre divorciado viudo

7. Familia de convivencia No si → 7.1 Grado de parentesco : Hijos

¿Cuántos?



Edades:.....

¿Cuántos? si → 7.2: Otros tipos parentesco



Describe.....

si → 7.3 Con discapacidades ¿Cuántos?

Describe.....

8. Inserción laboral:

8.1Lugar de Trabajo (para el estudio).....

8.2Area.....

8.3Cargo.....



8.4 Multiempleo si no Características:

Público si

Privado

Cant. hs. por semana

Cant. hs por semana

Cargo en el área:

.....

9: Formación

9.1 Años de egreso universitario de la carrera que ejerce.

9.2 Otros Estudios de Grado si no ¿cuáles?.....

9.3 Estudios de Posgrados si no ¿cuáles?.....

9.4 Estudios de Maestría si no ¿cuáles?.....

9.5 Idiomas no si ¿Cuál? Lee habla
escribe

Idiomas no si ¿Cuál? Lee habla
escribe

Idiomas no si ¿Cuál? Lee habla
escribe

¿Asiste a actividades de Educación continua? Si No

En Facultad de Enfermería UDELAR Otro

Donde?.....

Ultimo curso..... fecha.....



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY



Otros.....

.....Fecha.....

9: Antecedentes médicos personales.

Enfermedades en este último año no si

Certificaciones médicas en este último año.: no si

Motivo de la misma

.....
.....

Cant de tiempo de alta? en tto?.....> si desde cuando ,

En tto>no : abandonó? ¿Está de alta?

10. Estilo de vida: Actividades ocio /recreación. ¿Efectúa? No si

¿Cuál?¿Cuántas veces por semana?

11: Estilo de vida: Alimentación:

Como consideras tu alimentación: Buena Regular Mala

11: Estilo de vida. Actividad Física

Realiza actividad física tres veces por semana como mínimo, donde siente que transpire y se

prolongue por 45 minutos? No si

¿Cuál?.....



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Anexo 3 Instrumento CSI: Inventario estrategias de Afrontamiento



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Anexo 1

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



Anexo 1

Inventario de Estrategias de Afrontamiento
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me crítiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ENFERMERO FRENTE A LA MUERTE DEL INFANTE

Sophie Simon



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Anexo 1		Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)							
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)									
Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33								
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34								
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35								
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36								
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37								
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38								
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39								
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40								
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (baremo)									
Pe	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pe
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19,28	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N