



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO O.D.
ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA S.S.A
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.



TESIS

“AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DE UN
PACIENTE PEDIATRICO HEMATO-ONCOLOGICO”

PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

P.S.S. Bautista Granados Lizbeth Mariana
P.S.S Ruiz Reséndiz Miriam Anayeli

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Ana Laura García Ramírez.

DIRECTOR:

Lic. José Manuel Maya Morales.



México. D.F. 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. RESUMEN.....	7
II. INTRODUCCIÓN.....	8
III. JUSTIFICACION.....	10
IV. OBJETIVOS.....	11
4.1 GENERAL	
4.2 ESPECIFICO	
V. MARCO TEORICO.....	12
5.1 Definición de Afrontamiento.....	12
5.2 Hildegard Peplau.....	17
5.3 Afrontamiento definición NANDA.....	20
5.3 Estrategias de afrontamiento.....	22
5.4 Estilos de afrontamiento.....	25
5.5 Callista Roy.....	27
5.6 El hombre frente a la muerte.....	33
5.7 Factores que intervienen en la muerte.....	35
5.8 Tanatología.....	36
5.9 El enfermo Terminal.....	37
5.9.1 La enfermera ante la muerte.....	39
VI. METODOLOGIA	
6.1 Tipo de estudio.....	45
6.2 Población.....	45
6.3 Variables.....	46
6.4 Hipótesis.....	47
6.5 Procedimientos.....	48
6.6 Recolección de datos.....	49

6.7 Aspectos Éticos.....	52
VII. RESULTADOS.....	54
VIII. DISCUSIÓN	85
IX. CONCLUSIONES.....	88
X. BIBLIOGRAFIA.....	89
XI. ANEXO	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....	93

AGRADECIMIENTOS DE LIZBETH BAUTISTA.

A mis padres...

Por darme esta vida maravillosa, por enseñarme a luchar por lo que quiero y no dejarme rendir ante nada ni ante nadie, a nunca dejar mis sueños para después, por enseñarme que todos tenemos el derecho a caernos pero que es una obligación levantarnos triunfadores y comenzar de nuevo, porque en todo momento recibí su apoyo incondicional, amor, comprensión y consejos y porque me dieron un regalo invaluable...la vida y mis hermanos. Papas sin ustedes este proyecto no se hubiese logrado.

A mis hermanos...

Edgardo, Manuel y Gaby por darme su apoyo incondicional, su cariño, por su paciencia y su tolerancia durante mis días malhumorados... simplemente gracias por ser mis hermanos y estar siempre a mi lado.

Miriam...

Mi compañera y amiga, gracias por esas largas jornadas de investigación, trabajo, desvelos ... Por haber compartido conmigo cada momento, por llorar juntas, por tenerme la confianza, por hacerme parte de tu vida, por creer en mí, por hacerme aceptar mis errores y así crecer juntas profesionalmente.

Gandhy Ponce...

Maestra no hay palabras para agradecerle su paciencia, su alegría, su entrega y esa fortaleza tan grande que tiene, fue un gusto enorme haberla conocido y espero esta amistad siga por muchos siglos, gracias por esas llamadas interminables y su paciencia para resolver cada una de las dudas que divagaron en mi cabeza...

Margarita Hernández...

Maestra fue una suerte enorme que nos hayamos conocido y que nos haya brindado su confianza, su paciencia y su amistad incondicional, gracias por sus palabras de aliento y por buscar la mejor manera de que este proyecto se hiciera realidad.

Maestra Ana Laura...Gracias por esa paciencia, sus consejos y por todo el apoyo que nos brindo para que este proyecto estuviera a tiempo y bien hecho.

AGRADECIMIENTOS DE MIRIAM RUIZ

Quiero expresar mi agradecimiento:

A mis padres y hermanos por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

A mi esposo por su cariño, apoyo, paciencia, comprensión y constante estímulo.

A mi hijo Yoltzin “El divito” por su paciencia, por permitirme alejarme de él por largas horas del día, por enseñarme a enfrentar los obstáculos y a enseñarme a luchar cada vez más, por ser el motor de vida y ser mi más grande alegría.

Gandhy Ponce... Porque sin usted esto no podría haberse logrado.

Margarita Hernández... Por su apoyo incondicional, amistad y confianza depositada en mí y en este proyecto.

Ana Laura... Por su ayuda y confianza

No hay palabras para agradecer a todos y cada una de las personas que contribuyeron con un granito de arena a esta tesis.

Trabajar con niños nunca será fácil,
cada uno de ellos desgarrará el corazón de la enfermera que se arriesga a quererles,
llegando a cuotas difícilmente alcanzadas por ninguna otra experiencia humana;
pero con cada agonía
nacerá una nueva faceta de sí misma:
La satisfacción de haber hecho algo bueno,
Una nueva clase de comprensión,
Una nueva capacidad para querer
Y un conocimiento más profundo
Sobre el significado de la vida.



INDICE

I. RESUMEN.....	7
II. INTRODUCCIÓN.....	8
III. JUSTIFICACION.....	10
IV. OBJETIVOS.....	11
4.1 GENERAL	
4.2 ESPECIFICO	
V.	
MARCO TEORICO.....	12
5.1 Definición de Afrontamiento.....	12
5.2 Hildegard Peplau.....	17
5.3Afrontamiento definición NANDA.....	20
5.3 Estrategias de afrontamiento.....	22
5.4 Estilos de afrontamiento.....	25
5.5Callista Roy.....	27
5.6 El hombre frente a la muerte.....	33
5.7 Factores que intervienen en la muerte.....	35
5.8 Tanatología.....	36
5.9El enfermo Terminal.....	37
5.9.1 La enfermera ante la Muerte.....	39

VI.	METODOLOGIA	
6.1	Tipo de estudio.....	45
6.2	Población.....	45
6.3	Variables.....	46
6.4	Hipótesis.....	47
6.5	Procedimientos.....	48
6.6	Recolección de datos.....	49
6.7	Aspectos Éticos.....	52
VII.	RESULTADOS.....	54
VIII.	DISCUSIÓN	85
IX.	CONCLUSIONES.....	88
X.	BIBLIOGRAFIA.....	89
XI.	ANEXO	
	INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....	93

I. RESUMEN

INTRODUCCION. Esta tesis se centra en las estrategias y estilos de afrontamiento que tienen los profesionales de enfermería para hacer frente a los problemas que se les presentan. **OBJETIVO:** Conocer los estilos de afrontamiento ante la muerte del profesional de enfermería en la atención al paciente pediátrico Hemato - Oncológico que experimentan en su vida cotidiana o su vida laboral, examinar entre el personal si aparecen diferencias en función a datos socio demográficos, así como identificar las estrategias y los estilos de afrontamiento más frecuentes ante la problemática de la atención a un paciente en fase terminal. **METODOLOGIA:** Estudio descriptivo transversal constituido por una población de 80 enfermeras de dos servicios críticos y de los tres turnos, aplicando un instrumento de valoración sobre el nivel de afrontamiento ante la muerte (Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh 1987). **RESULTADOS:** Los resultados indican que se lleva un afrontamiento inadecuado y esto es bastante uniforme tanto en estrategias y estilos, los cuales en casi general son de evitación y de tipo conductual predominantemente. **CONCLUSIÓN:** El personal de Enfermería toma un afrontamiento Inadecuado ante el cuidado de pacientes en fase Terminal y la muerte; además de la convivencia con el sufrimiento ajeno, esto es una de las experiencias mas temidas ya que las mujeres parecen ser el grupo más vulnerable. Se cree que es por la mayor carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea en el hogar.

II. INTRODUCCION

El término “afrontamiento” Es la respuesta a una situación estresante y depende de cada uno: de las experiencias anteriores, el auto apreciación de las propias capacidades y las motivaciones que influyen en este proceso activo de adaptación. Es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la enfermedad.

El propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación del estrés.

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que mas contacto tiene con el enfermo, es quien llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima en contacto físico y emocional. Con frecuencia poseen una empatía especial para con los más pequeños y pueden relacionarse con ellos más rápidamente que los médicos e incluso con los padres ya que requiere destreza en el arte del distanciamiento, ser cálida y entregada.

La presente tesis, surge de la necesidad de conocer los diferentes estilos que existen para llevar a cabo un adecuado afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente pediátrico dentro del área Hemato – Oncología.

Se llevo a cabo la recolección de diferentes fuentes bibliográficas, con la finalidad de conocer de manera específica a que se refiere el afrontamiento, los estilos de afrontamiento y como es que cada persona interpreta esto de diferente manera. Tomando como referencia de base las investigaciones realizadas por Lazarus y Folkman acerca de los estilos de afrontamiento.

Conociendo los estilos de afrontamiento, se pretende involucrarse en el ámbito laboral e investigar en un tiempo determinado, como es que el profesional de enfermería evade de manera consciente el enfrentar la muerte de su paciente, conllevando a esto, a pensar en su propia mortalidad.

Por lo anterior esta tesis se considera, que es una rama de interés en el campo de la enfermería, teniendo en cuenta que la enfermera cuenta con los conocimientos básicos e indispensables sobre la tanatología; que es una disciplina científica, al mismo tiempo que es una arte y una especialidad.

Es de esperarse, que al desarrollar esta investigación, se puede establecer o identificar los diferentes estilos de afrontamiento que tiene el profesional de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico en el instituto Nacional de Pediatría a fin de dar a conocer las estrategias de cómo sobrellevar un adecuado afrontamiento ante una muerte inminente.

III. JUSTIFICACION

Más de un 90 % de los fallecimientos se producen en una institución hospitalaria. Dentro de los servicios de Hemato - Oncología del Instituto Nacional de Pediatría; anualmente nos encontramos con una tasa de mortalidad de 32 defunciones, dando como resultado porcentual un 3%.

El personal medico es quien tiene el primer contacto con el paciente y es quien decide el tratamiento farmacológico dependiendo de su patología, sin embargo; el personal de enfermería es quien lleva una estrecha relación con los pacientes en un área hospitalaria, dentro de un área pediátrica; la relación es mas intima, ya que la enfermera no solo es quien brinda cuidados específicos, si no que además; brinda confianza, conocimientos, responsabilidad y es quien brinda ese ambiente de confort y respeto ante cualquier enfermedad y aun mas si se trata de una etapa terminal. Por tanto la enfermera se encuentra vulnerable a cualquier desenlace fatal de su paciente, ya que la relación con ese pequeño lo interactúa a un vínculo afectivo debido al rol de género.

Con la realización de esta tesis e investigación, se pretende crear un impacto en el profesional de enfermería, de cómo afrontar de la mejor manera la muerte de un Paciente Pediátrico. Dicha investigación se llevara a cabo en el Servicio de Hematología y Oncológica en el Instituto Nacional de Pediatría. Conociendo el estilo de afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico Hemato-oncológico se pueden implementar estrategias para disminuir la ansiedad, el estrés, y con ello proporcionar una mejor atención de calidad.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer los estilos del afrontamiento ante la muerte en el profesional de enfermería en la atención al paciente pediátrico Hemato - Oncológico en el Instituto Nacional de Pediatría

ESPECIFICOS

- Conocer las diferentes formas o estilos en que el profesional de enfermería afronta la muerte en un paciente pediátrico.
- Describir factores socios demográficos que intervienen en el estilo de afrontamiento ante la muerte de un paciente pediátrico Hemato-Oncológico.

V. MARCO TEORICO

El término “afrontamiento” Es la respuesta a una situación estresante y depende de cada uno: de las experiencias anteriores, el auto apreciación de las propias capacidades y las motivaciones que influyen en este proceso activo de adaptación. El afrontamiento es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la enfermedad. Su propósito es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación del estrés.

El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto, y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones también guardan, lógicamente, estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida. En el proceso salud–enfermedad se estudia en dos direcciones fundamentales: como papel de antecedente potencial de la enfermedad, y como mecanismo para responder de forma adaptativa a la enfermedad. En ambos casos su estudio resulta de interés para potenciar y valorar el ajuste y la calidad de vida ante afecciones de la salud.

El afrontamiento ha adquirido y desarrollado una variedad de significados, abarcando desde el enfoque del individuo hasta el enfoque en la relación entre el individuo y el medio ambiente y desde la defensa hasta la transacción. Afrontamiento es esfuerzo individual para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella. Ha sido tradicionalmente estudiado en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante.

Menaghan (1983), considera al afrontamiento en tres aspectos de orden superior: recursos, estrategias y estilos de afrontamiento; los recursos constituyen la línea de suministro de las estrategias; son las ventanas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación. Las estrategias se refieren a las actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el estrés y los estilos de afrontamiento son las formas habituales de enfrentarse a una crisis.

Lazarus y Folkman, (1984) en Vicente E. Caballo (1998), describen el afrontamiento o Coping, como aquellos procesos conductuales y cognitivos que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Sandin (1985), citado por Levano. (2004), define al afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos que hace el individuo para hacer frente al estrés

Lazarus y Folkman (1986). Plantean dos estrategias de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción.

Matheny (1986) citado por Vicente E. Caballo (1998), define al afrontamiento como “cualquier esfuerzo consciente o inconsciente, para evitar, eliminar, o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar los efectos de la manera menos perjudicial.”

Carver, Scheiner y Weintraub (1989) amplían el panorama presentando quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol y drogas y el compromiso conductual y cognitivo.

(Ceslowitz, 1989; Boyle y Cols, 1991; Leiter, 1991). Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también han presentado efectos moduladores ya que son de carácter activo o centradas en el problema, reflejan que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción

Halstead, Bennett, Cunningham (1993) el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés.

Gil-Monte y Cols, (1995) integran muchas variables, poniendo de manifiesto el papel que tienen las cualidades cognitivas del Yo relacionadas con el desempeño laboral (auto confianza), algunas variables del entorno organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), los estresores relacionados con la falta de apoyo social en el trabajo y las estrategias de afrontamiento (de carácter activo, de evitación).

Sommerfield y McCrae (1996) plantean que el afrontamiento es una categoría especial de adaptación. (Fierro, 1999). Pero Lazarus y Folkman (1986) expresan que existe confusión al respecto al no tenerse claro el significado del afrontamiento y su papel en el proceso de adaptación. El afrontamiento ha sido tradicionalmente estudiado en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante.

Campione (1980) asevera que además de ser ciencia es sabiduría y experiencia; y la define como un campo de reflexión, investigación y experiencia, que no se limita hacer una ciencia natural ni una ciencia humana.

Weissman definió: "muerte apropiada ": entendiéndose por esta en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad y actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas, todo esto enmarcado dentro del ideal de cada ego, argumenta que el afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presenta dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Carver y Scheiner (1994); Fernández – Abascal, Palmero, Choliz y Martínez (1997) manifiestan que los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por su parte las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

La mayoría de los teóricos del afrontamiento (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Moos & Billings, 1982; Páez Rovira, 1993) concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias, según estén dirigidas a:

1.- La valoración (afrontamiento cognitivo): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable.

2.- El problema (afrontamiento conductual): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.

3.- La emoción (afrontamiento emocional): es la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo.

Carver y colaboradores (1989), en concordancia con los planteos de Lazarus y Folkman (1986) y de Moos (1988), desarrollaron el inventario de afrontamiento multidimensional The Coping Inventory (COPE), el cual propone un modelo de estrategias de afrontamiento, sumando a las anteriores dos escalas conceptualmente diferentes:

- Afrontamiento evitativo: en la que se distinguen dos tipos de evasión, una es la evitación conductual (conductual disengagement) y la otra, es la evitación cognitiva (mental disengagement). La primera supone reducir los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, esto implica el desarrollo de actividades variadas para distraer a la persona de la situación crítica. La segunda incluye actividades alternativas que desligan el pensamiento del problema en cuestión, como una autodistracción, a través de mirar televisión, leer, pasear, estudiar, etc.

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre si que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictivo y explicativo. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

HILDEGARD PEPLAU. “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931.

Ha detentado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, investigación y docencia y practica privada en enfermería psiquiátrica.

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

- **Persona:** Peplau la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.
- **Entorno:** Peplau no lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.
- **Salud:** La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

- **Enfermería:** Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau. Tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fronun, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva definir los constructos propios de enfermería en su modelo.

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

1. - Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta Segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.

2.- Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.

3,- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.

4.- El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.

5.- Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

La asunción del modelo: se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de enfatizar con los problemas del paciente.

El afrontamiento es un concepto clave para la teoría e investigación en adaptación y salud y ocupa un lugar central en la ciencia de la enfermería (Definición y Clasificación NANDA, 2005-2006). Se define como el esfuerzo individual que la persona ante cualquier situación de estrés realiza para sobrellevar dicha situación y adaptarse a ella.

La NANDA identifica este concepto como un diagnóstico de enfermería y Carpenito lo define como manejo de los factores de estrés internos o externos dirigidos hacia la adaptación. De acuerdo a los dominios que se retoman en la NANDA existe el 9 dominio que habla sobre el Afrontamiento/Tolerancia al estrés el cual es una forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clases:

- Respuesta postraumática
- Reacciones ante un trauma físico o psicológico.
- Respuestas de afrontamiento
- Proceso para manejar el estrés ambiental
- Estrés neurocomportamental
- Respuesta conductual que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Objetivos:

- Control de la agresión.
- Control de impulsos.
- Superación de problemas y toma de decisiones.
- Ejecución del rol.
- Soporte social.
- Auto contención de suicidio

El afrontamiento ha sido un tema de gran interés para aquellos investigadores dedicados al estudio de cómo las personas manejan las situaciones vitales estresantes. Se considera un término genérico que engloba todos los pensamientos y conductas necesarios para responder a una situación estresante.

Al evaluar las estrategias y los estilos de afrontamiento, la selección de situaciones estresantes constituye un tema fundamental. Los estilos, modos, conductas o estrategias de afrontamiento pueden considerarse desde un punto de vista afectivo, cognitivo y conductual. Las estrategias o estilos de afrontamiento vienen a ser las maniobras que pone en marcha el sujeto para mantenerse estable ante la enfermedad.

Las valoraciones han sido genéricas, considerando más el afrontamiento disposición al que el situacional. Cuando se solicita a los sujetos que indiquen la forma en que afrontan sus problemas en general, cada uno de ellos puede responder pensando en un problema diferente, con lo cual los resultados pueden ser muy heterogéneos y confusos.

Con esta metodología se está ignorando que la adecuación del afrontamiento está en función de la persona y de las demandas situacionales y/o contextuales. Estamos de acuerdo con aquellos autores* que afirman que es preciso relacionar las estrategias y estilos de afrontamiento con los tipos concretos de problemas a los que hay que hacer frente y que hay que comparar los modelos de afrontamiento relacionados con diferentes aspectos de la vida, como la salud, la familia o la economía. La competencia de las personas de cada edad debe valorarse especialmente analizando en qué medida los modos de afrontamiento se adaptan a las necesidades, normas, oportunidades y riesgos que aparecen en los diferentes ámbitos de la vida.

Las estrategias de afrontamiento identificadas mediante la escala son las siguientes:

1. **Reevaluación positiva.** Se refiere a las estrategias de afrontamiento activo orientadas a crear un nuevo significado de la situación problema, intentando extraer todo lo positivo que tenga la situación.
2. **Reacción depresiva,** por la que la persona se siente desbordada por la situación y es pesimista sobre los resultados que espera de ella.
3. **Negación.** Significa la no aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración valorarlo.
4. **Planificación.** Se refiere a la movilización de estrategias de afrontamiento para alterar la situación realizando una aproximación analítica y racional al problema.

5. **Conformismo.** Significa la tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y la aceptación de las consecuencias que puedan producirse.

6. **Desconexión cognitiva.** Se utilizan pensamientos distractores para evitar pensar en la situación problema.

7. **Desarrollo personal.** Incluye elementos sobre la consideración del problema de una manera relativa, de auto estímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal. Incluye los.

8. **Control emocional.** Se refiere a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos.

9. **Distanciamiento.** Implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.

10. **Supresión de actividades distractoras.** Significa el esfuerzo en paralizar todo tipo de actividades para centrarse activamente en la búsqueda de información para valorar el problema.

11. **Refrenar el afrontamiento.** Se aplaza todo tipo de afrontamiento hasta que se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.

12. **Evitar el afrontamiento.** Implica no hacer nada en previsión de que cualquier tipo de actuación puede empeorar la situación o por valorar el problema como irresoluble.

13. **Resolver el problema.** Supone decidir una acción directa y racional para solucionar las situaciones problema.

14. **Apoyo social al problema.** Tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en los demás información y consejos sobre cómo resolver el problema.

15. **Desconexión comportamental.** Se evita cualquier tipo de respuesta o solución del problema.

16. **Expresión emocional.** Se canaliza el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema. Incluye los ítems

17. **Apoyo social emocional.** Se busca en los demás el apoyo y la comprensión para la situación emocional en la que se halla inmerso.

18. **Respuesta paliativa.** Se caracteriza por incluir en su afrontamiento elementos que buscan la evitación de la situación estresante, por ejemplo, buscando sentirse mejor con la religión, viendo la televisión o comiendo.

Los **estilos de afrontamiento** se definen en relación con tres dimensiones básicas, que son:

I. **El método** empleado en el afrontamiento, dentro del que se diferencian los estilos de afrontamiento.

- **Activo** —que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación,

- **Pasivo**—se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, sino simplemente esperar a que cambien las condiciones,

- **Evitación** —se intenta evitar o huir de la situación y/o sus consecuencias

II. La **focalización** del afrontamiento, dentro de la que se distinguen el estilo de afrontamiento dirigido al **problema** manipula o altera las condiciones responsables de la amenaza,

El dirigido a la respuesta **emocional** a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación y el orientado a modificar la **evaluación** inicial de la situación reevalúa el problema.

III. La **actividad** movilizada en el afrontamiento, según la cual se diferencia el estilo de afrontamiento **cognitivo** aquel cuyos principales esfuerzos son de tipo cognitivo, y el **conductual** cuyos principales esfuerzos están formados por comportamiento manifiesto.

La interpretación personal que el paciente hace de su enfermedad respecto a las consecuencias que esta tenga sobre si mismo, su familia, actividades, rol social, metas etc., condiciona respuestas emocionales que pueden incluir: ansiedad, depresión, rabia, resentimiento, vergüenza, culpa, indefinición, desesperanza, euforia, excitación o manía. La cualidad de la respuesta emocional frecuentemente refleja la amenaza que experimenta el individuo de acuerdo con su personalidad e historia vital.

La transformación súbita de una persona sana y funcional en un invalido dependiente de los demás supone una combinación de retos de afrontamiento en los que la perdida catastrófica es el estresante central que anula el sentido de un futuro abierto, en estos casos es fundamental la pérdida de poder, autonomía, autoestima, potencia sexual o del sentimiento de poder ser amado.

En cuanto a los estilo cognitivos, cada individuo posee unos patrones más o menos estables, determinados por la influencia que ejercen en él sus percepciones, interpretaciones y actitudes, modelando así su determinada conducta.

Existen dos mecanismos cognitivos básicos, que traducen dos tipo diferentes de actitud: el mecanismo de minimización, asociado a una actitud negativa y el mecanismo de híper vigilancia que se traduce en una actitud hipocondríaca.

La minimización es la tendencia a la falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad y sus consecuencias.

La híper vigilancia localizada en los detalles o puntos más importantes para el propio individuo, se acompaña de rigidez de opinión y de inflexibilidad para adaptarse a lo inesperado. Es el mecanismo opuesto al anterior y se da típicamente en el carácter obsesivo, manifestándose como antes señalábamos, en una actitud hipocondríaca. Es cuando la persona se muestran compulsivamente atento a los detalles, son muy críticos a veces también se muestran dudosos o escépticos.

Refiriéndonos al estilo conductual, hay que decir que la evaluación cognitiva de la amenaza ante cualquier estímulo, incluida la percepción de la enfermedad, genera una reacción adaptativa hacia el propio reto que se basa en raíces biológicas elementales. Podemos distinguir tres tipos de estilo conductual:

1)-Lucha activa: abarca desde el esfuerzo por minimizar los posibles efectos del problema sobre la capacidad funcional, hasta la hiperactividad imprudente que frecuentemente refleja el estrés generado por la debilidad o indefinición que lleva implícita la aceptación del problema.

2)-Capitulación: se caracteriza por actitudes de pasividad, inactividad y dependencia de los demás.

3)-Evitación: se caracteriza por ser una estrategia orientada a liberarse de la obligación implícita de aceptar la enfermedad. Casi siempre se acompaña del tipo cognitivo de minimización, sobre todo como forma de negación. El miedo suele negarse y a veces llega a ser casi imperceptible

Las enfermeras, al paso del tiempo se han preocupado por definir la naturaleza del cuidado y precisar en esta evolución su campo de investigación y de práctica.

Callista Roy ha extraído de la teoría de los niveles de adaptación de Nelson (1964) y de la teoría de los sistemas de Von Bertalanffy (1968) para elaborar un modelo conceptual. Igualmente ha examinado otros escritos del ámbito de la adaptación, del estrés y del coping; los principios filosóficos de Roy son los del **humanismo** y de la **véritivite**.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM."Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

Según el principio del humanismo, inspirado por Maslow, las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización; la veritativit , es un termino creado por Roy que lo define como un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común a la experiencia humana.

Roy postula así que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante. La persona se adapta a lo cambios del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos, los cuales son biológicos, psicológicos y sedales.

La adaptación de la persona depende de los estímulos a lo cuales esta expuesta y de su nivel de adaptación. Que es un punto que cambia constantemente y esta compuesto por estímulos que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

Los estímulos del entorno son de tres órdenes:

- E. Focal: es el estimulo interno o externo mas inmediato al que se enfrenta el sistema humano.
- E. Contextual: son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estimulo focal, es decir, los estímulos contextuales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía.
- E. Residuales: son factores del entorno de dentro o fuera del sistema que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM."Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

Según Roy:

- Cuidado: el objetivo es el promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, ya sea el modo fisiológico, el modo de auto imagen, el modo de función según los roles y el modo interdependencia con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y a una muerte digna (Roy 1986; Andrews, 1991). La enfermera evalúa los comportamientos de la persona, es decir, sus respuestas de adaptación en cada uno de los modos y determina los estímulos que influyen sobre la adaptación de esta persona.

- Persona: es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo. Estos dos procesos engloban dos categorías esenciales de mecanismos de adaptación:

- Mecanismos reguladores funcionan por mediación de procesos fisiológicos, químicos, neurológicos y endocrinos que preparan al organismo a los cambios del entorno.

- Mecanismos Cognitivos utilizan los procesos psicológicos y sociales, permitiendo a la persona adaptarse emocionalmente y cognitivamente a los cambios del entorno según cuatro modos:

- Modo fisiológico, a las funciones neurológicas y endocrinas, a los sentidos.
- Modo de autoimagen, tanto el yo físico como el yo personal
- Modo de función según los roles, primarios, secundarios y terciarios representados en la sociedad.
- Modo de interdependencia que incluye los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor y respeto.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM."Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.

- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

El termino adaptarse significa que la persona, en tanto que sistema, tienen la capacidad de alistarse eficazmente a los cambios de entorno y a su vez de influenciar sobre este.

- Salud: es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser integro y unificado. El estado de salud es la adaptación según los cuatro modos que refleja esta integración y el proceso de salud es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación
- Entorno: es conceptualizado como un conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que pueden modificar o influenciar la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos. El entorno proporciona los estímulos o los datos de entrada en la persona como sistema adaptativo.

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base, la persona busca continuamente estímulos en su entorno, como paso último se da la reacción y se da paso a la adaptación.

Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona conseguir el objetivo de adaptarse: a saber, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno.

Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM. "Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona.

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de si misma. El nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que le conduce a tener una buena salud, las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona.

El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control esta compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos esta compuesto por cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia.

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento que son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno.

Los mecanismos innatos de afrontamiento se determinan generalmente o son comunes para las especies y se suelen ver como procesos automáticos, los seres humanos no piensan siquiera en ellos.

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje, la experiencia s vividas a lo largo de la vida contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares.

El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronal, químico y endocrino.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM."Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

El subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones.

El auto concepto de grupo se centra en la necesidad de saber quien es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad.

Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de si mismo en un momento determinado.

El auto concepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia de uno mismo y de la identidad moral, ética y espiritual).

El modelo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad; el rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuara un individuo frente a otro, el modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad.

Los componentes mas importantes del modo de adaptación de la interdependencia a son las personas mas allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

Roy basa su modelo en el trabajo de Harry Helson en psicofísica, además aplica los conocimientos de otras ciencias como la fisiología. Estuvo influida por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos, hecho que observó cuando trabajaba en enfermería pediátrica.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM."Antología Base Teórica para las especializaciones" Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. La terminología proviene de otras disciplinas distintas a la enfermería, por lo que dificulta su aplicación en el campo “cuidado enfermero” y pierde el objeto de estudio.

El modelo partiendo de lo deductivo –es decir de otras ciencias- se queda en definiciones, no diciendo como aplicarlo a los cuidados de enfermería, no demostrando lo que define. La finalidad de “el por qué y para qué” del modelo en el proceso de cuidar, no lo explica.

Se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

- CARDENAS J.M. Teorías y Modelos de enfermería UNAM.”Antología Base Teórica para las especializaciones” Ed. Grupo Imagen Empresarial pp.181.
- MARRINER T.A. Modelos y teorías de enfermería 6ª ed. Ed. Mosby España 1996 pp. 271-279.

EL HOMBRE FRENTE A LA MUERTE

Muchos definen la muerte como un misterio; otros como la separación del cuerpo y el alma; también es frecuente puntualizarla como el fin de la vida. Sin embargo, no se tiene una definición clara de lo que es la muerte y de lo que ella abarca en todos los ámbitos de la persona

En el caso del mexicano la muerte es un tabú, un tema al que se le huye y no es invitado a la mesa, sin embargo se habla de ella todo el tiempo, sin relación con lo que significa, como cuando se quiere expresar cansancio y se dice “estoy muerto” o cuando se quiere reclamar el olvido; o cuando el mexicano recurre a la frase “te mato”, para expresar su disgusto.

En todas las culturas de México (Mayas ,Olmecas; Mexicas etc.) la muerte ocupaba un lugar importante : Los antiguos Mexicanos, igual que en las culturas europeas y orientales , pensaban que el espíritu de los hombres era inmortal , esto es, que existía un lugar a donde iban las almas de los muertos, Los Nahuas o Mexicas llamaron Mictlán a ese lugar(Vázquez ,M.1999), Para el hombre, la muerte siempre ha representado una incógnita a la que respeta y teme.

Cuando la muerte acontece entre los humanos, el hombre, independientemente del grupo, color o credo al que pertenezca, se niega a creer que en ese momento finaliza todo. El fenómeno lo subleva. Ególatramente cree que, si bien nuestro cuerpo cesa de funcionar alguna parte de nosotros permanece existiendo. Supone que somos en la naturaleza algo especial y hasta, en cierta medida, poseemos algo “sobre natural”, que nos autoriza a preservarnos al dejar de existir como organismos vivientes que somos. En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad (Freud .1915).

La muerte se encuentra presente en las tradiciones mexicanas del día de muertos; y a pesar de su presencia en nuestra sociedad tampoco se tiene un concepto real y global de lo que ella envuelve. Para definir la muerte, es necesario partir de que; vida y muerte son un binomio inseparable y que una no se puede explicar sin la existencia de la otra y viceversa. En el caso de la muerte del ser humano, a diferencia de la muerte de los demás seres vivos, hay que recordar que el hombre es un ser biológico, psicológico social y espiritual.

Se hace referencia a las características propias de la muerte con el fin de comprender mejor por que esta es tan difícil de entender y aceptar y por que es justo ante ella cuando nos cuestionamos el sentido de la vida, siendo que parecieran ser totalmente opuestas. Dichas características son las siguientes:

- Universal: todos los seres vivos mueren
- Natural: es un suceso vinculado en la vida, por tanto los seres vivos morirán por su naturaleza. Es normal que la muerte suceda ya que los seres vivos son limitados, en tiempo y espacio.
- Necesaria: contribuye al equilibrio de las especies y es parte del ciclo de la vida.
- Cotidiana: sucede diariamente.
- Indeterminable: a pesar de la certeza de morir se tiene incertidumbre respecto del momento en que la muerte ocurrirá; no hay tiempo, ni edad determinada para ello.
- Única: todo ser vivo tendrá una sola muerte, nadie puede tomar el lugar de quien esta muriendo.
- Definitiva: no es posible volver a la vida después de la muerte.
- Radical: muere toda la persona, es el fin de todas las capacidades del ser humano.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MUERTE

- Genero
- Edad
- Estado civil
- Nivel y estado socio económico
- Cultura
- Umbral del dolor
- Concepto personal de la muerte
- Tipo de enfermedad y cambios físicos
- Tolerancia a la frustración
- Perdida de la autonomía.

El aprendizaje en las ciencias de la salud consta de tres apartados fundamentales. Conocimientos, habilidades y actitudes. Estos interaccionan dinámicamente para dar como resultado un correcto asistencial las habilidades y las actitudes constituyen lamerte artística de la acción sanitaria en cuanto a conjunto de elementos personales que mejoran con el ejercicio profesional y que al actuar fundida con los conocimientos, aportan calidad y diferenciación. El acto asistencial tiene tres vertientes principales. Curar, aliviar y consolar.

Es importante precisar el concepto de enfermo terminal ya que, pese a parecer intuitivo, la práctica demuestra una gran disparidad de criterios. El diagnostico de síndrome terminal de enfermedad se produce cuando concurre las siguientes circunstancias:

- Enfermedad de evolución progresiva
- Pronostico de supervivencia inferior a un mes
- Ineficacia comprobada de los tratamientos
- Perdida de la esperanza de recuperación

Tanatología es una verdadera ciencia en la filosofía escolástica, “El conocimiento de las cosas por sus causas”; y descubrir las causas de la muerte y el significado de morir, es una ciencia humana no exacta. La tanatología se encarga del estudio integral e interdisciplinario del proceso de la muerte y de la muerte misma. La tanatología concibe al hombre como un todo, en sus necesidades y en sus realidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, involucrando al enfermo terminal así como también a los familiares que lo rodean.

Quien trabaja al cuidado del enfermo Terminal y del enfermo en fase termina, pronto sentirá todas las emociones de la inmensa gama de los sentimientos humanos:

- confusión
- dolor
- pérdida de esperanza
- miedo
- rabia
- agotamiento
- soledad
- impotencia
- ambivalencia
- sentimientos sin nombre
- amor
- piedad
- intimidad
- culpa
- necesidad de un reconocimiento
- necesidad de escapar
- fuerte compromiso
- necesidad de intimidad
- sentimiento de superioridad
- conciencia clara de ignorar muchas cosas importantes
- sensación de ser intruso
- deseos de evitar al enfermo y a la familia
- vulnerabilidad
- susceptibilidad
- fuertes deseos que el enfermo se alivie Falta de autenticidad
- Intolerancia
- Deseos de proteger y muchas más cosas.

El enfermo terminal es ante todo una persona, según la definición de Boecio (1999); una sustancia individual de naturaleza racional. Es la persona que sufre un enfermedad irreversible, cuya muerte se espera ocurra a pesar de todos los esfuerzos a nuestro alcance, esta en el proceso final de su vida.

La atención del enfermo Terminal hospitalizado es responsabilidad del personal de enfermería, la enfermera precisa de una formación y capacitación sólida, conocimientos de las ciencias medica y sociales para el cumplimiento de la misión y propósito en la administración de la atención integral al enfermo y su familia. La muerte que antes se hacia en casa hoy cada vez más frecuente se hace en el hospital, calle, oficina, campo deportivo, laboratorio, escuela, etc. Casi siempre bajo el pensamiento médico de no dejar en el intento de la curación a cualquier costo, emocional y económico. El personal de salud no sabe a veces, o prefiere otras, no abordar este tema. Pero para el profesional de enfermería por ser una de sus características la asistencia holística, siempre esta pendiente de todas sus necesidades y le es difícil mantenerse al margen del sufrimiento del paciente así como de los familiares y comparten, los momentos, las horas y los días de dolor, sufrimiento y aflicción que causa la enfermedad grave y la muerte de un ser querido.

El profesional de enfermería que atiende a un enfermo terminal ha de tener muy en cuenta, que tanto éste como su familia se encuentran en una situación de aceptación de la terminalidad, de asimilar que los tratamientos curativos ya no son efectivos y de comprender en qué consisten los cuidados paliativos, por lo que tiene un trabajo muy amplio para realizar. Por la naturaleza intrínseca de su trabajo, la enfermera se encuentra con la muerte con frecuencia, esto no facilita afrontarla, ya que el cuidado del enfermo terminal y la atención de sus familiares es una de las situaciones mas difíciles de la practica de enfermería. En consecuencia, la preparación de la enfermera debe también estar dirigida al manejo del enfermo en la fase terminal, para la comprensión de la aflicción de las reacciones, sentimientos y emociones que se dan en esas situaciones.

En México hace aproximadamente 95 años que se constituyó como profesión enfermería, aun cuando se reconoce su existencia desde los tiempos más remotos de la vida humana. Por ello enfermería ha tenido que transitar por lo menos cuatro momentos históricos:

- Religioso-vocacional: Etapa que durante la práctica de enfermería estaba centrada en el dolor y el sufrimiento, situación que generaba una práctica de enfermería moral-religiosa derivado de la tradición de servir y de la salvación eterna a través del cuidado de los más necesitados.
- Laico-laboral: en este momento histórico el cuidado se centraba en el auxilio social, la enfermedad y la técnica; producto de la ampliación el rol de trabajo del rol de la mujer.
- Auxiliar de medicina: esta surgió a partir del incremento de la tecnología y de las tareas delegadas de la medicina, naciendo pues una práctica de enfermería centrada en la enfermedad y la técnica

Prestación de un servicio enfermero-científico-social apropiado: momento en que la práctica enfermera realiza planteamientos teóricos. Científicos de su objeto científico: el cuidado generando un concepto más integrador sobre la salud y la enfermedad del hombre y crea proposiciones que comprueba en su área de competencia. De este modo la práctica del cuidado ha evolucionado a lo largo de los tiempos a partir de un marco histórico, su madurez teórico-científica y la integración de modelos y teorías universales para explicar la salud de las personas con criterios universales atendiendo también a la determinación socio-histórica del hombre.

LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE

Actualmente enfermería sin lugar a duda esta presentando un acelerado proceso donde pretende dar respuestas satisfactorias a la demanda de salud de la persona, la familia y la comunidad. En cuanto a educación en enfermería basta considerar los planes de estudios de las universidades que tienden a contemplar elementos disciplinares como la persona, el entorno, el cuidado y la salud misma. Los planteamientos actuales sustentan una formación disciplinaria a partir de retomar teorías disciplinares como el estrés, adaptación, así como de conocimientos universales del hombre: anatomía, fisiología, ecología, etc.

Hay razones generales para ofrecer programas de educación sobre la muerte, la primera es de naturaleza académica o pedagógica y se basa en el desarrollo de la tanatología como una iniciativa científica legitima. Se han desarrollado teorías, conceptos e información relacionados con la muerte en muchas disciplinas incluidas medicina, psicología, sociología, filosofía y religión, y estos programas de educación muchas veces hacen un estudio de estas disciplinas intentando transmitir lo que se sabe actualmente sobre los fenómenos relacionados con la muerte.

Existe también un objetivo individualizado o personal en muchos de estos programas que se basan en la premisa de que la sociedad actual no asume muy bien la muerte. Por ejemplo: hay muchos aspectos de negación y evitación. Muchos valores culturales destacados como la juventud, los logros, la salud, el individualismo y el control personal no ayudan a las personas afrontarla. Como consecuencia, rara vez se le trata como un acontecimiento natural, y en su lugar, su aparición eventualidad se trata de manera sensacionalista o se distorsiona.

Por esta razón generalmente se cree que muchos sujetos poseen una información inexacta o errónea sobre cuestiones relacionadas con la muerte que podrían dar a lugar a algunas inseguridades. Además, muchos de ellas no tienen suficientes oportunidades para examinar sus sentimientos sobre la muerte de manera que les permita adaptarse a cualquier malestar o preocupación que puedan tener. Por otro lado, a nivel profesional que el tratamiento de enfermos terminales y personas en proceso de duelo no es tan humano y confortante y humano como debería de ser. Por distintas razones, muchos cuidadores no están preparados adecuadamente para tratar estos asuntos, así, además de los objetivos académicos estos programas de educación se ofrecen también para ayudar a los participantes a afrontar la muerte de manera mas efectiva a nivel personal y profesional

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que mas contacto tiene con el enfermo, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima en contacto físico y emocional. El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete en un vínculo enfermera – paciente.

La enfermera también es mortal, por lo que su conducta y actitudes acerca de la agonía y la muerte pueden estar influenciadas por factores como la preparación en el pregrado y las influencias de personas importantes en su desarrollo profesional, pueden existir factores de tipo socioculturales (antropológicos) o relacionados con la organización de la unidad clínica de la atención de enfermería, sin dejar de lado la propia personalidad.

Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con una persona que sabe morirá sin ninguna esperanza de recuperarse, la enfermera tiende a considerar su propia mortalidad aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar esos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abandono para el aporte humano que le brinda al paciente terminal. La relación enfermera – paciente seguirá siendo un vínculo, los unirán lazos de comprensión humana, que contribuyen a apaciguar los aspectos dolorosos de un cuerpo en desintegración por una enfermedad irreversible.

Solo así podemos asegurar que la agonía con sus crueldades implícitas, podrá ser más soportable si la enfermera asume su íntima relación de comprensión.

Los roles de género, definen un conjunto de funciones sociales diferentes para hombres y mujeres, así como marcan la posición que ocupan en una estructura social dada, y de la que se derivan unos derechos y unas obligaciones.

Por tanto, la mujer que en este caso es el sexo predominante dentro de la profesión de enfermería juega un rol importante como mujer; sentimientos, actitudes, entre muchas más.

La mayoría afrontamos la muerte como los niños, especialmente los países desarrollados, educados como estamos en una atmósfera que presenta la muerte por doquier en las noticias y entretenimientos empaña nuestra propia muerte con fantasías de omnipotencia e inmortalidad. Las enfermeras que trabajan con niños moribundos pueden mejorar su eficacia y paz interior meditando sobre esta herencia cultural. Pocos de los profesionales de la salud muestran una actitud madura y equilibrada hacia los niños moribundos.

Admitir el infantilismo de nuestras actitudes en relación con la muerte requiere una humildad poco habitual. A fin de cuenta nuestras actitudes yacen enterradas bajo múltiples capas de “tendría que” y “debería “adquiridas en casa y en nuestra formación como profesionales. Nuestros antecedentes culturales dificultan el trabajo con los niños moribundos, pues infunden en al palabra “niño” una fuerza mágica. Los cuidados de enfermería para los niños moribundos requieren una perspectiva más equilibrada. Los niños no son mini dioses; simplemente son personas pequeñas. No pertenecen a un género distinto; son seres humanos. Tenemos que ver a los niños como nos vemos a nosotros mismos, la muerte se sus herencia, como lo es la nuestra, meditar sobre esta idea tal vez no derribe nuestra barreras culturales, pero empezara a eliminar un obstáculo para el tratamiento mas humano y efectivo de los niños moribundos.

Por desgracia, las imágenes de “santidad” con que se ha pintado a las enfermeras cuidando a los moribundos- y las presiones para estar a la altura de las mismas- representan el perjuicio real para el trabajo de la enfermera. Cada enfermera tiene su propia personalidad, su forma única y especial de relacionarse con los niños, que naturalmente atraerá a algunos y distanciara a otros. La personalidad no puede descubrirse ni desarrollarse intentando imitar alguien a quien se admira. Ya que de acuerdo al rol de genero que se lleva en la mujer transponla el sentimiento innato de la maternidad ; es la conexión íntima y estrecha de los hijos hacia la madre, dentro de la profesión de enfermería, el lazo fraternal que tiene ante su paciente es igual al de una madre, ya que ella por naturaleza al encontrarse frente a un niño indefenso; en este caso enfermo, tendrá la necesidad de protegerlo y darle amor, demostrándole su apoyo y cariño para enfrentar la enfermedad. No tener la necesidad de convertirse en una súper enfermera permite que surja la conciencia, gradualmente empezara a comprender sus propios problemas con la muerte y con los niños moribundos, empezara a discernir la conexión y la distinción, entre estos problemas personales y los problemas del niño que agoniza.

No importa cuantas veces haya cuidado a un niño agónico: no hay formula universal que siempre resulte efectiva. Y nunca encontrara un a respuesta satisfactoria ala pregunta subyacente que nos desorienta a todos: ¿Por qué? ¿Por qué tiene que sufrir y morir los niños pequeños? Las enfermeras pediátricas con frecuencia poseen una empatía especial para con los más pequeños y pueden relacionarse con ellos más rápidamente que los médicos e incluso con los padres.

El cuidado de los niños moribundos requiere destreza en el arte del distanciamiento, ser todo abierta, cálida y entregada posible; estar limitada tan solo por sus deberes profesionales, sus responsabilidades para con otros pacientes y las realidades de su vida personal. El arte del distanciamiento puede parecerle egoísta, pero se basa en un a realidad ineludible: el respeto propio y el amor por los demás, como seres humanos, las enfermeras se sienten extrañas., sobrecargadas o deprimidas. No tenemos que sentirnos culpables por dar solo un poco cuando dar mucho parece lo justificado ; sintiéndonos culpables corremos a representar el papel de súper enfermeras a expensas de nosotras mismas , nuestra familia , nuestros compañeros y quizá nuestro futuro profesional, algo que hace que las enfermeras buenas y sensibles se aparten de las áreas traumáticas eso es la sobrecarga emocional.

Todo mundo experimentara el proceso de duelo de acuerdo con su propia forma individual de afrontar las situaciones y con el grado de implicaciones. Donde existen equipos para el cuidado de la salud , el compañerismo surge espontáneamente, si es que el rígido profesionalismo no impide el duelo, cuando no existen equipo o el profesionalismo domina la situación, las enfermeras necesitan buscar a otra enfermera, una auxiliar, un sacerdote, un asistente social o cualquiera lo suficientemente preocupado como para escuchar. No encontrar a nadie significa verse abrumado por una dolorosa carga que puede llegar a incapacitar profesionalmente. Para mantener una buena salud mental, el duelo necesita escape libre. Unos sentimientos ocultos podrían acarrear una amplia depresión y trastornos psicossomáticos.

Tras el fallecimiento del paciente a menudo se sienten aliviados y dispuestos a dejar atrás el duelo. Debido a sus sentimientos de culpabilidad y lealtad, las devotas enfermeras pediátricas con frecuencia se resisten a los traslados o descansos. La implacable exposición a los moribundos puede producir una especie de excentricidad u obsesión; los profesionales necesitan equilibrio y podrían conseguirlo si son capaces de ver la muerte y la agonía dentro de la perspectiva más amplia de la vida y el vivir.

Trabajar con niños moribundos nunca será fácil, cada uno de ellos desgarrará el corazón de la enfermera que se arriesga a querer a sus pacientes, llegando a cuotas difícilmente alcanzadas por ninguna otra experiencia humana, pero con cada agonía nacerán una nueva faceta de sí misma: la satisfacción de haber hecho algo bueno, una nueva clase de comprensión, una nueva capacidad para querer y un conocimiento más profundo sobre el significado de la vida. En la formación de los profesionales de la salud existe una desproporción entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión.

VI. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptiva, Transversal y Cuantitativa

6.2 POBLACION

- Universo: 820 enfermeras del Instituto Nacional de Enfermería
- Población: 80 enfermeras de los tres turnos de los servicios Hematología y Oncología del Instituto Nacional de Enfermería.

Para este estudio, se tomará en cuenta a la población como sujetos de investigación; por lo tanto no se tendrá muestra, ya que será aplicado a la población

6.3 VARIABLES DE ESTUDIO

Dependientes:

- edad
- estado civil
- numero de hijos
- grado de estudios
- tiempo laborando en el servicio

Independientes:

- estilos de afrontamiento:

6.4 HIPOTESIS

- DE TRABAJO

EL Profesional de enfermería lleva a cabo un estilo de afrontamiento de evasión ante la muerte en la atención del paciente pediátrico Hemato – oncológico.

- NULA

El profesional de enfermería no lleva acabo un estilo de afrontamiento de evasión ante la muerte en la atención al paciente pediátrico Hemato – oncológico.

6.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION

6.5.1 Estudio piloto: con el Cuestionario de Afrontamiento al SIDA de Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh (1987) (Adaptación española, Remor, 2001) para medir el “grado de afrontamiento del paciente ante el diagnostico de SIDA” adaptado por Bautista G. Ruiz R. Méndez (2008) “Escalas de afrontamiento de Lazarus y Folkman” se llevo a cabo una prueba piloto en el área de pediatría del Hospital Juárez de México.

Para la recolección de datos: el proceso de recolección de datos se llevo a cabo por parte de las pasantes de enfermería, previo consentimiento informado y la conservación del anonimato, a través de una encuesta de tipo likert, a las enfermeras del servicio de pediatría del Hospital Juárez de México.

6.5.2 Se realizó en primer lugar, un análisis descriptivo de la población para plantear sus actitudes ante el cuidado integral de un paciente pediátrico en fase Terminal y su proceso de su muerte tomando en cuenta los diferentes estilos y estrategias que se utilizan en el Afrontamiento.

Para integración del instrumento: El instrumento de recolección fue tomado del instrumento de Namir y Wolcott (1987) para medir el “grado de afrontamiento del paciente ante el diagnostico de SIDA” el cual fue adaptado por Bautista G. Ruiz R. Méndez (2008) “Escalas de afrontamiento de Lazarus y Folkman”. Con el objeto de evaluar el afrontamiento que tiene la enfermera ante la muerte de su paciente.

6.5.3 Llegando a la integración de un cuestionario conformado por dos secciones, donde la primera sección comprendió datos de tipo socio demográficos y la segunda sección conformado por 55 ítems donde se hace referencia a los estilos y estrategias del Afrontamiento, dicho instrumento fue recopilado del instrumento original sobre las Escalas de Afrontamiento de Lazarus y Folkman del cual fue modificado par lograra el objetivo de esta Investigación haciéndolo referente hacia el Afrontamiento ante la Muerte.

El instrumento esta basado en las estrategias y estilos que comprende el Afrontamiento de igual forma el instrumento se evaluó en base a la tabla de las diferentes dimensiones que abarcan las estrategias y estilos que a continuación se muestra:

TIPO DE ESTRATEGIA:

	ITEM No.
Reevaluación positiva	1,4,16,19,20,23,34,35,36,43
Reacción depresiva	6,13,27,28,29,30,32,47
Negación	8,46
Planificación	21
Conformismo	3,9
Desconexión cognitiva	10,49,50,55
Desarrollo personal	7,15,54
Control emocional	11,14,24,26,31,52
Distanciamiento	2,37
Supresión de actividades distractoras	16
Refrenar el afrontamiento	49
Evitar el afrontamiento	40,45,48
Resolver el problema	44
Apoyo social al problema	5,25
Desconexión comportamental	33,41
Expresión emocional	22,38,39,51
Apoyo social emocional	18,42
Respuesta paliativa	12,17,53

Evaluación según:

Según el Método	ITEM
Método activo (TAREA)	1,3,4,5,7,12,14,15,16,19,20,21, 22,23,24,34,35,36,39,43,44,45,47
Método pasivo (EMOCION)	2,8,9, 18,25,26,30,32,33,37,38,41,42 ,46,48,49,51,52,54,55
Método evitación (EVITACION)	6,10,11,13,17,27,28,29,31,40,50,53,

Según la Focalización	ITEM
Focalización respuesta	1,3,4,7,9,10,13,14,15,16,18,19,20,21 ,22,23,24,27,29,30,31,33,43,50,51,52,53
Focalización problema	12,17,28,34,35,36,44,45,47,
Focalización emoción	2,5,6,8,11,25,26,32,37,38,40,41,42,46,48,49,54,55

Según la Actividad	ITEM
Actividad cognitiva	2,6,7,8,9,11,12,13,18,20,22,24,28,34, 35,36,40,41,45,46,47,49,50,51,52,53,55
Actividad conductual	1,3,4,5,10,14,15,16,17,19,21,23,25,26, 27,29,30,31,32,33,37,38,39,42,43,44,48,54

INSTRUMENTO MODIFICADO POR BAUTISTA GRANADOS L. Y RUIZ RESENDIZ M. 2008.

Cuantificación del Instrumento

La Cuantificación de las Respuestas se sacara mediante un índice formulado en base a la respuesta de la evitación ante el Afrontamiento ante el personal de Enfermería.

Puntuación	Descripción
0 a 1.00	Afrontamiento Totalmente Inadecuado
1.01 a 2.00	Afrontamiento Inadecuado
2.01 a 3.00	Afrontamiento Regular
3.01 a 4.00	Afrontamiento Adecuado
4.01 a 5.00	Afrontamiento Muy Adecuado

Para el análisis de datos: Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS V.11.0, se obtuvieron tablas de frecuencia y porcentajes, y para las preguntas de investigación que surgieron, la prueba estadística utilizada fue la correspondiente al tipo de análisis ya sea descriptivo o inferencial.

6.7 ASPECTOS ETICOS

El estudio se realizara bajo disposiciones de la Ley General de Salud que en materia de investigación para la salud; en el Título Quinto, Capítulo único, con sus ocho artículos (del 96 al 103) se establecerán las bases generales para normar toda la investigación médica.¹

Por otra parte , de acuerdo con el artículo 17 del mismo Reglamento donde se señala la probabilidad de riesgo para el sujeto investigado, cabe mencionar que el trabajo propuesto no representa ningún riesgo para los individuos involucrados, sin embargo se llevara a acabo el consentimiento informado de manera escrita y verbal ante el padre o tutor de cada uno de los niños a estudiar, así también se realizará la gestión necesaria con el Instituto Nacional de Pediatría, para lograr la colaboración del personal que se encuentre en los servicios y en cada uno de los tres turnos, cumpliendo así con lo estipulado en el artículo 21, específicamente en sus fracciones:

- I. Cuando se de a conocer la justificación y los objetivos de la investigación.
- III. Al explicar las molestias o los riesgos esperados, tanto para los pacientes como para las compañeras enfermeras.
- V. Al garantizar que se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- VII. Se dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. Asegurando que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, También se considerara lo convenido en el Código Ético de enfermería², específicamente en el capítulo segundo: De los deberes de las enfermeras para con las personas, en sus artículos:

2° “Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”

3° “Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”

5° “Mantener una conducta honesta y leal; conducirse en una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”

Y en relación al capítulo cuarto: De los deberes de las enfermeras para con sus colegas, en sus artículos:

19° “Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal”

21° “Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos”

VII. RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por un total de población de 80 enfermeras que laboran en las áreas de Hematología, Oncología dentro del INP.

Con un 79% lo conformaron 63 enfermeras que fueron el total de encuestas aplicadas dentro del Personal de Enfermería que labora en dichos servicios.

Del cual el 17% no se aplicó; ya que se encontraba de vacaciones, licencia médica o de licencia económica.

De esta muestra 3 enfermeras representan un 4% las cuales no contestaron dicho instrumento.

El instrumento retoma aspectos de tipo socio demográfico y personales, basados en la escala de estrategias y estilos con respecto al afrontamiento.

Esta tesis está basada en el "Afrontamiento de la enfermera ante la muerte del paciente Pediátrico".

Tabla No.1
 Datos Socio demográficos

ITEM	Variables	Fo.	%
EDAD	21 a 25	10	16
	26 a30	13	21
	31 a35	24	38
	36a 40	11	17
	41 a 45	3	5
	46 a 51	2	3
Estado Civil	Soltera	23	36,5
	Casada	35	55,6
	Divorc iada	3	4,8
	Unión Libre	2	3,2
Tiene Hijos	Tiene Hijos	47	74,6
	No tiene Hijos	16	25,4
Categoria	Enf. Auxiliar	18	28,6
	Enf. Tecnica	5	7,9
	Enf. General	29	46,0
	Enf. Especilista	11	17,5
Servicio	Oncología	46	73,0
	Hematologia	17	27,0
Turno en el que labora	Matutino	25	39,7
	Vespertino	15	23,8
	Nocturno	23	36,5
Tiempo de laborar en el servicio	<1 a 3	33	52,3
	4 a 7	18	28,5
	8 a11	10	15,8
	12 a 15	0	0
	15 a 18	2	3,1

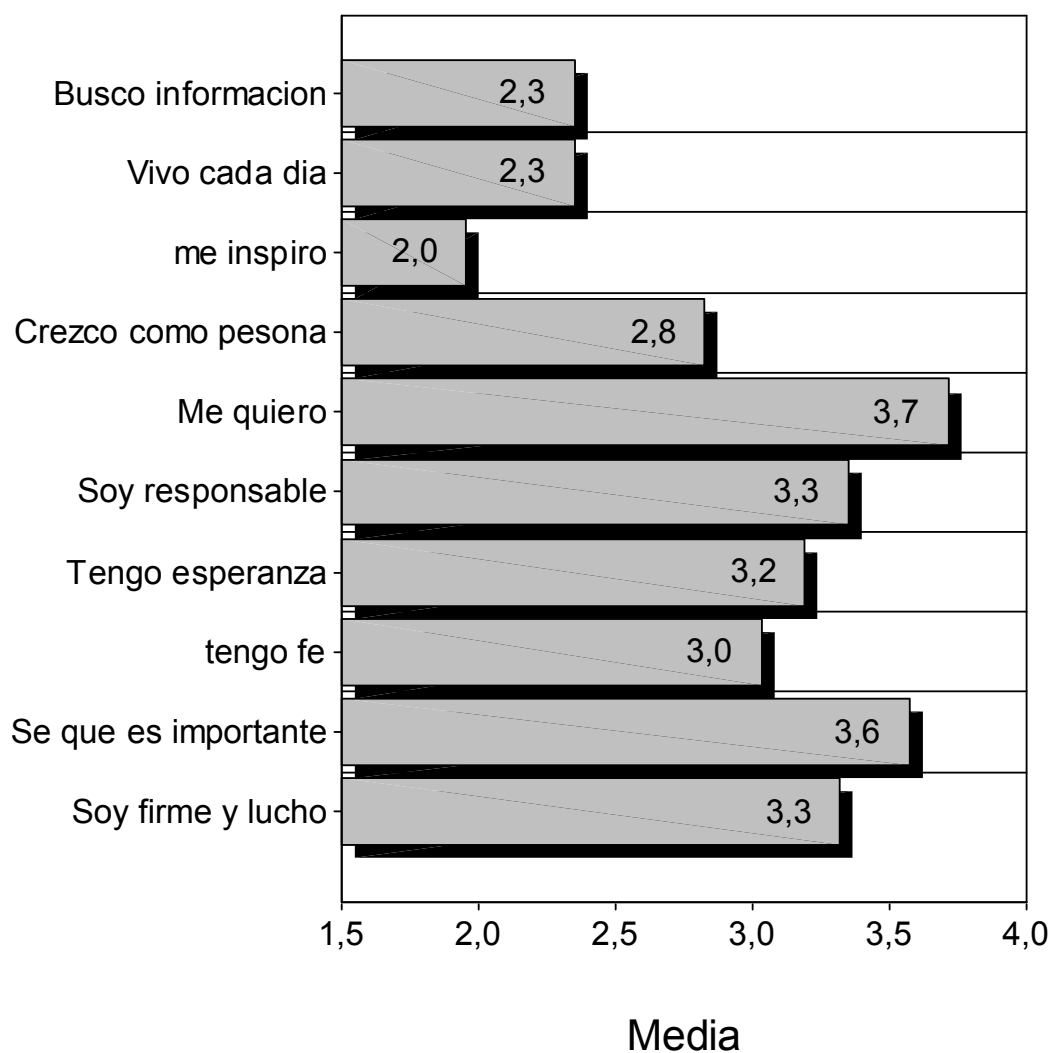
La población estuvo conformada por 80 enfermeras donde solamente 63 encuestas fueron contestadas, donde la edad promedio se encuentra entre los 31 y 35 años, con relación al estado civil un 55,6% son casadas, y con 74,6% tienen hijos, la categoría que predomina es la de enfermera general con un 46%, se encontró que 73%son del servicio de Oncología, donde el 39,7% labora durante el turno matutino, lo cual nos permite observar que el personal que esta en esas áreas es joven laboralmente

De acuerdo a la cuantificación del instrumento se tomaron en cuenta las dimensiones de las estrategias y de los estilos de los cuales se desglosan de la siguiente manera:

Evaluación por Estrategias:

Grafica No.1

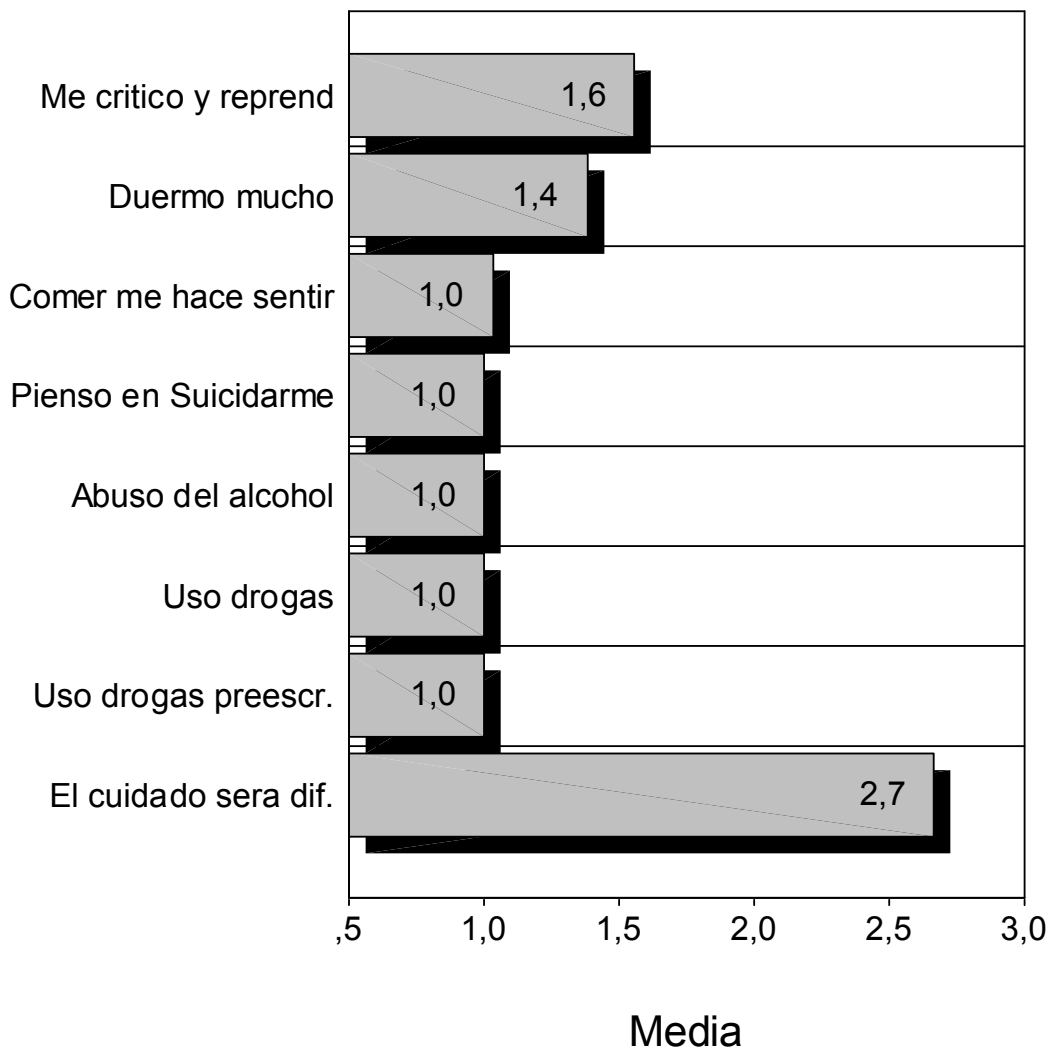
Reevaluación Positiva



De acuerdo a lo observado el ítem de reevaluación positiva, se obtuvo un 2.69. Del cual es el representativo del personal de enfermería que nos indica que llevan un afrontamiento de tipo regular la cual esta enfocada a crear un nuevo significado.

Grafica No.2

Reacción Depresiva



De acuerdo a lo observado en el ítem de reacción depresiva en el personal de enfermería se noto que el 1.36 revela un afrontamiento inadecuado. La cual esta enfocada a actuar de manera negativa ante la situación que representa para esta un problema.

Tabla No.2

Negación

ITEMS	Media
No creer en lo que esta ocurriendo cuando un paciente esta a punto de fallecer	1,41
Espero que ocurra un milagro con el paciente	1,95
Media Total	1.68

De acuerdo a este ítem se encontró que el 1.68 presenta un afrontamiento inadecuado, el cual representa el estado de negación el cual es la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo ante el momento de su valoración.

Tabla No.3

Planificación

ITEMS	Media
Hago un plan de acción y lo sigo	2,30

En este ítem observamos que la planificación refiere a una movilización de estrategias de afrontamiento alterando la situación a realizar una aproximación analítica y racional al problema dado que la población fue representativa con un 2.30 nos llevo a un margen de un afrontamiento regular.

Tabla No.4

Conformismo

ITEMS	Media
Trato de buscar las cosas buenas de la situación de mi paciente	2,98
Dejo que la muerte siga su curso en mi paciente cuando ya es evidente	2,81
Media total	2.89

Este ítem representa que el personal de enfermería representa un 2.89 un afrontamiento regular. Tratándose de ser conformistas de lo cual se busca tolerar el estrés resignándose con la situación.

Tabla No.5

Desconexión Cognitiva

ITEMS	Media
Cuando fallece mi paciente , sigo adelante como si nada hubiera pasado	1,81
Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo	1,83
Tengo fantasías o deseos de como debería de ser el proceso de muerte de mis pacientes	1,51
Me pongo a meditar	1,98
Media Total	1.78

En este ítem se observa que la población estudiada representa con un 1.78 un Afrontamiento inadecuado siendo una desconexión cognitiva donde se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción o la negación.

Tabla No.6

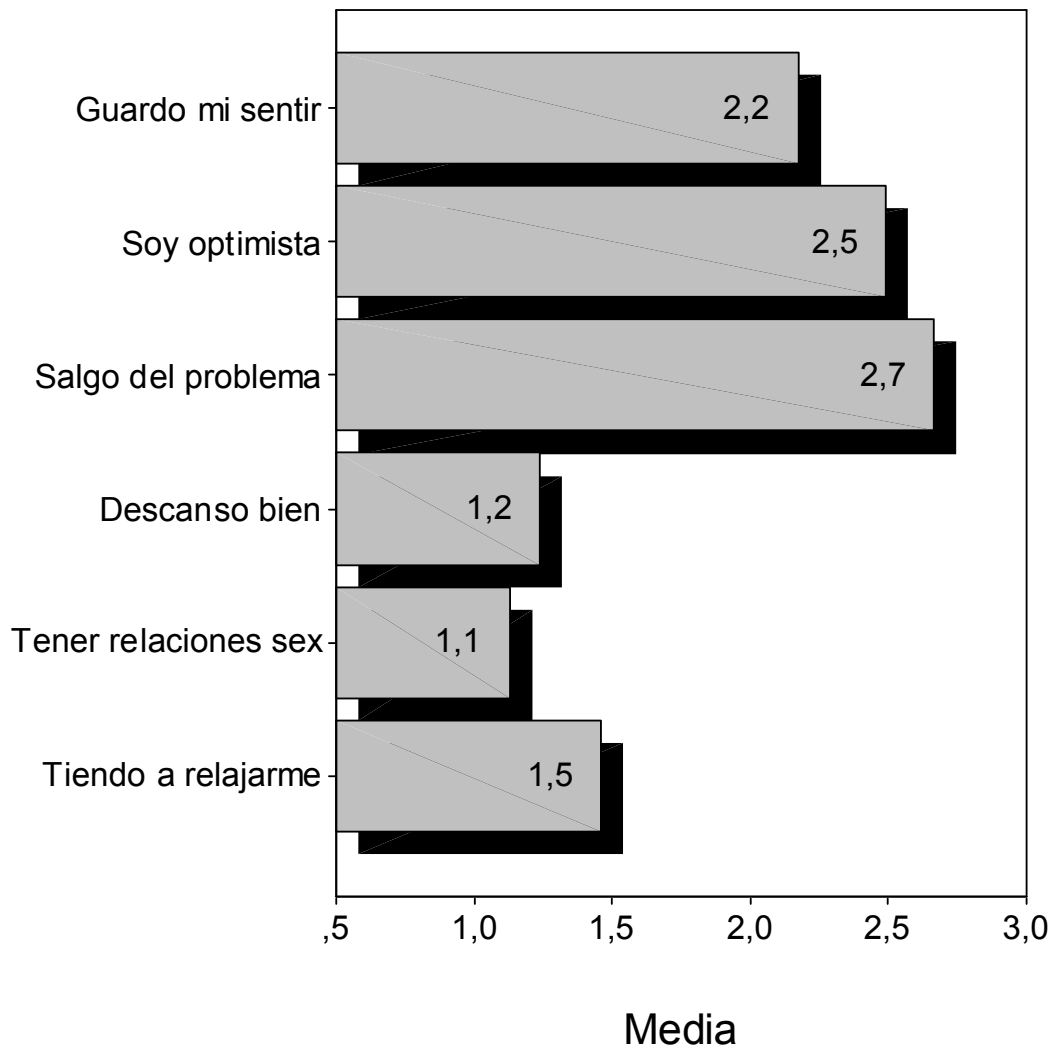
Desarrollo Personal

ITEMS	Media
Trato de no bloquearme cuando un paciente fallece	2,37
Continuo con mi vida normal ante el proceso de muerte de mi paciente	2,63
Realizo algún tipo de ejercicio	1,65
Media total	2.21

Este ítem representó un 2.21 el cual manifiesta un desarrollo personal ya que incluye elementos sobre la consideración del problema de una manera relativa de autoestímulo y de u aprendizaje de la situación centrándose en el desarrollo personal filtrando así un afrontamiento regular.

Grafica No.3

Control Emocional



De acuerdo a la población estudiada el 1.86 que es el representativo indica que tiene un Afrontamiento Inadecuado el cual el control emocional es una estrategia donde se movilizan recursos enfocados a regular y controlar los propios sentimientos.

Tabla No.7

Distanciamiento

ITEMS	Mean
Me mantengo ocupada para no pensar en el tema o en la muerte de mi paciente	1,86
En general me aisló cuando fallece mi paciente	1,17
Media total	1.51

De acuerdo a este ítem el 1.51 indica que presenta un Afrontamiento Inadecuado ya que el distanciamiento implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.

Tabla No.8

Supresión de Actividades Distractoras

ITEMS	Media
Me inspiro al realizar algo creativo para distraerme y no pensar en el proceso de muerte de mis pacientes	1,95

El 1.95 nos revela una actividad de tipo distractora ya que esto significa el esfuerzo de paralizar todo tipo de actividad para centrarse activamente en la búsqueda de información para valorar el problema todo esto deduce a un afrontamiento inadecuado.

Tabla No.9

Refrenar el Afrontamiento

ITEMS	Media
Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo	1,83

Como único ítem el 1.83 indica un afrontamiento inadecuado donde el refrenar es el aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.

Tabla No.10

Evitar el Afrontamiento

ITEMS	Media
Evito que otros sepan lo mal que me siento ante la muerte de mi paciente	1,46
Hago algo, me esfuerzo para que la situación de sobrellevar la atención al paciente en fase Terminal	2,60
Evito situaciones estresantes ante la muerte de mis pacientes	2,32
Media total	2.12

El 2.12 de lo estudiado nos inferencia una evitación del afrontamiento ya que esto implica no hacer nada en previsión de cualquier tipo de actuación; puede empeorar la situación o valorar el problema como irresoluble.

Tabla No.11

Resolver el Problema

ITEMS	Media
Busco nuevas alternativas para darle el cuidado a mi paciente en fase Terminal	2,92

El 2.92 deriva una resolución del problema ya que supone decidir una acción directa irracional para solucionar la situación que le aqueja llevándonos a identificar un afrontamiento regular.

Tabla No.12

Apoyo Social al Problema

ITEMS	Media
Hablo con algún compañero (a) para saber mas acerca del pronostico del paciente	2,87
Hablo con algún profesional que pueda hacer algo para sobrellevar la muerte de mis pacientes	1,65
Media total	2.26

El Apoyo Social al problema es la tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en la demás información y el consejo sobre como resolver e l problema y el 2.26 lo representa como tal al igual que esto dándonos como resultado un afrontamiento inadecuado.

Desconexión Comportamental

ITEMS	Media
Aprovecho una oportunidad para hacer algo muy arriesgado para el bienestar de mi paciente	1,13
Doy poca importancia al proceso de morir y no la tomo en serio	1,22
Media Total	1.17

El 1.17 refleja una desconexión comportamental que esto implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema llevándonos a identificar un afrontamiento inadecuado.

Tabla No.23

Expresión Emocional

ITEMS	Media
	+
Dejo que mis sentimientos salgan de manera positiva	2,98
Busco a alguien a quien confiarle mis sentimientos	2,30
Busco un familiar o amigo para pedir su ayuda cuando fallece un paciente	1,89
Rezo cuando un paciente va a fallecer	2,49
Media Total	2.41

El 2.41 manifiesta una expresión emocional ya que esta se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la decisión emocional causada por el problema dándonos como resultado un Afrontamiento Regular.

Tabla No.14

Apoyo Social Emocional

ITEMS	Media
Consigo ayuda profesional	1,29
Busco grupos de auto-apoyo	1,24
Media total	1.26

De acuerdo al 1.26 demuestra que se encamina a buscar en los demás apoyo y comprensión para la situación emocional en la que se halla inmerso lo cual nos lleva a identificar un afrontamiento inadecuado.

Tabla No.15

Respuesta Paliativa

ITEMS	Media
Tomo lo positivo de la muerte	2,75
Trato de olvidar por completo al paciente cuando ya falleció	1,70
Me resigno a la muerte	2,30
Media Total	2.25

El 2.25 revela una respuesta paliativa caracterizada por incluir en su afrontamiento elementos que buscan la evitación de la situación estresante por ejemplo; la religión; lo que nos indica que llevan a cabo un afrontamiento de tipo regular.

Evaluación según el Método:

Tabla No.16

Método Activo

ITEMS	Media
Busco información sobre el paciente en fase Terminal y la muerte	2,35
Trato de buscar las cosas buenas de la situación de mi paciente	2,98
Vivo cada día sin pensar que va a suceder al día siguiente	2,35
Hablo con algún compañero (a) para saber mas acerca del pronostico del paciente	2,87
Trato de no bloquearme cuando un paciente fallece	2,37
Tomo lo positivo de la muerte	2,75
Soy optimista para seguir adelante cuando un paciente esta en proceso de su muerte	2,49
Continuo con mi vida normal ante el proceso de muerte de mi paciente	2,63
Me inspiro al realizar algo creativo para distraerme y no pensar en el proceso de muerte de mis pacientes	1,95
Cambio o crezco como persona en sentido positivo	2,83
Me quiero	2,83
Hago un plan de acción y lo sigo	3,71
Dejo que mis sentimientos salgan de manera positiva	2,30
Me responsabilizo de mis actos	2,98
Salgo de la experiencia mucho mejor que cuando entre	3,35
Tengo esperanza en la vida	2,67
Encuentro fe en algo nuevo	3,19
Se lo que es importante en mi vida	3,03
Busco un familiar o amigo para pedir su ayuda cuando fallece un paciente	3,57
Me mantengo firme y lucho por lo que quiero	1,89
Busco nuevas alternativas para darle el cuidado a mi paciente en fase Terminal	3,32
Hago algo, me esfuerzo para que la situación de sobrellevar la atención al paciente en fase Terminal	2,92
Me prometo que la próxima vez el cuidado al paciente Terminal será diferente y mejor	2,67
Media Total	2.77

La Evaluación de los Estilos se lleva acabo mediante los distintos métodos como lo es el método activo, el cual moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación; representado con un 2.77 lo que indica un afrontamiento regular

Tabla No.17

Método Pasivo
(Emoción)

ITEMS	Media
Me mantengo ocupada para no pensar en el tema o en la muerte de mi paciente	1,86
Espero que ocurra un milagro con el paciente	1,95
Dejo que la muerte siga su curso en mi paciente cuando ya es evidente	2,81
Consigo ayuda profesional	1,29
Hablo con algún profesional que pueda hacer algo para sobrellevar la muerte de mis pacientes	1,65
Tomo un buen descanso cuando fallece un paciente	1,24
Uso drogas (marihuana, cocaína) para sentirme mejor ante el fallecimiento de mi paciente	1,00
Trato de sentirme mejor usando drogas prescritas para alterar el estado de animo (diazepam, valium)	1,00
Aprovecho una oportunidad para hacer algo muy arriesgado para el bienestar de mi paciente	1,13
En general me aisló cuando fallece mi paciente	1,17
Busco a alguien a quien confiarle mis sentimientos	2,30
Doy poca importancia al proceso de morir y no la tomo en serio	1,22
Busco grupos de auto-apoyo	1,24
No creer en lo que esta ocurriendo cuando un paciente esta a punto de fallecer	1,41
Evito situaciones estresantes ante la muerte de mis pacientes	2,32
Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo	1,83
Rezo cuando un paciente va a fallecer	2,49
Tiendo a relajarme cuando el paciente esta por fallecer	1,46
Realizo algún tipo de ejercicio	1,65
Me pongo a meditar	1,98
Media Total	1.65

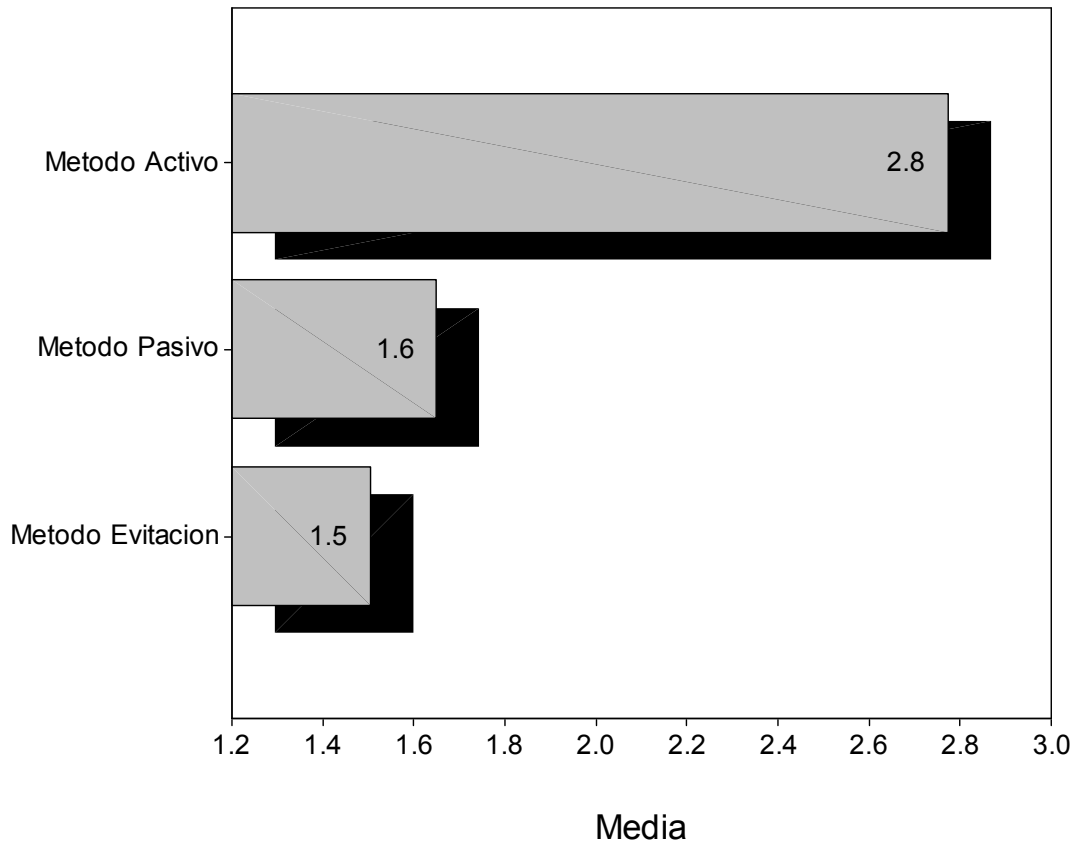
Con respecto al método pasivo, es el que se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, sino simplemente esperar a que cambien las condiciones; con un 1.65 vinculando así un afrontamiento inadecuado.

Método Evitación

ITEMS	Media
Me critico y me reprendo cuando mi paciente muere	1,56
Cuando fallece mi paciente , sigo adelante como si nada hubiera pasado	1,81
Trato de guardar mis sentimientos para mi, cuando el paciente esta en el proceso de su muerte	2,17
Duermo mas de lo normal cuando atiendo a un paciente en proceso de su muerte	1,38
Trato de olvidar por completo al paciente cuando ya falleció	1,70
Comer me hace sentir mejor cuando fallece un paciente	1,03
He pensado en quitarme la vida cuando mi paciente fallece	1,00
Abuso del alcohol para sentirme mejor cuando fallece mi paciente	1,00
Tener relaciones sexuales disminuye mi angustia ante la muerte	1,13
Evito que otros sepan lo mal que me siento ante la muerte de mi paciente	1,46
Tengo fantasías o deseos de cómo debería de ser el proceso de muerte de mis pacientes	1,51
Me resigno a la muerte	2,30
Media Total	1.50

El método de evitación se basa en intentar huir de la situación y /o sus consecuencias dado que la población estudiada lo manifiesta con un 1.50 lo que inferencia un afrontamiento inadecuado.

Evaluación por Métodos



De acuerdo a esta evaluación el método activo lo ocupó el 2.8 comprendiendo esto un afrontamiento regular y con el 1.5 la media más baja encontramos un método de evitación el cual demuestra que el personal toma las cosas positivas, movilizándose así la solución de la problemática.

Evaluación según la Focalización:

Tabla No.19

Focalización Respuesta

ITEMS	Media
Busco información sobre el paciente en fase Terminal y la muerte	2,35
Trato de buscar las cosas buenas de la situación de mi paciente	2,98
Vivo cada día sin pensar que va a suceder al día siguiente	2,35
Trato de no bloquearme cuando un paciente fallece	2,37
Dejo que la muerte siga su curso en mi paciente cuando ya es evidente	2,81
Cuando fallece mi paciente , sigo adelante como si nada hubiera pasado	1,81
Duermo mas de lo normal cuando atiendo a un paciente en proceso de su muerte	1,38
Soy optimista para seguir adelante cuando un paciente esta en proceso de su muerte	2,49
Continuo con mi vida normal ante el proceso de muerte de mi paciente	2,63
Me inspiro al realizar algo creativo para distraerme y no pensar en el proceso de muerte de mis pacientes	1,95
Consigo ayuda profesional	1,29
Cambio o crezco como persona en sentido positivo	2,83
Me quiero	3,71
Hago un plan de acción y lo sigo	2,30
Dejo que mis sentimientos salgan de manera positiva	2,98
Me responsabilizo de mis actos	3,35
Salgo de la experiencia mucho mejor que cuando entre	2,67
Comer me hace sentir mejor cuando fallece un paciente	1,03
Abuso del alcohol para sentirme mejor cuando fallece mi paciente	1,00
Uso drogas (marihuana, cocaína) para sentirme mejor ante el fallecimiento de mi paciente	1,00
Tener relaciones sexuales disminuye mi angustia ante la muerte	1,13
Aprovecho una oportunidad para hacer algo muy arriesgado para el bienestar de mi paciente	1,13
Me mantengo firme y lucho por lo que quiero	3,32
Tengo fantasías o deseos de como debería de ser el proceso de muerte de mis pacientes	1,51
Rezo cuando un paciente va a fallecer	2,49
Tiendo a relajarme cuando el paciente esta por fallecer	1,46
Me resigno a la muerte	2,30
Media total	2.17

Con respecto al 2.7 es posible enmarca un afrontamiento regular; por lo tanto nos lleva a una focalización de respuesta.

Tabla No.20

Focalización al Problema

ITEMS	Media
Tomo lo positivo de la muerte	2,75
Trato de olvidar por completo al paciente cuando ya falleció	1,70
He pensado en quitarme la vida cuando mi paciente fallece	1,00
Tengo esperanza en la vida	3,19
Encuentro fe en algo nuevo	3,03
Se lo que es importante en mi vida	3,57
Busco nuevas alternativas para darle el cuidado a mi paciente en fase Terminal	2,92
Hago algo, me esfuerzo para que la situación de sobrellevar la atención al paciente en fase Terminal	2,60
Me prometo que la próxima vez el cuidado al paciente Terminal será diferente y mejor	2,67
Media Total	2.60

El focalizar el problema significa que manipula o altera las condiciones responsables de la amenaza. Con esto podemos observar que el 2.60 de la población muestra un afrontamiento de tipo regular.

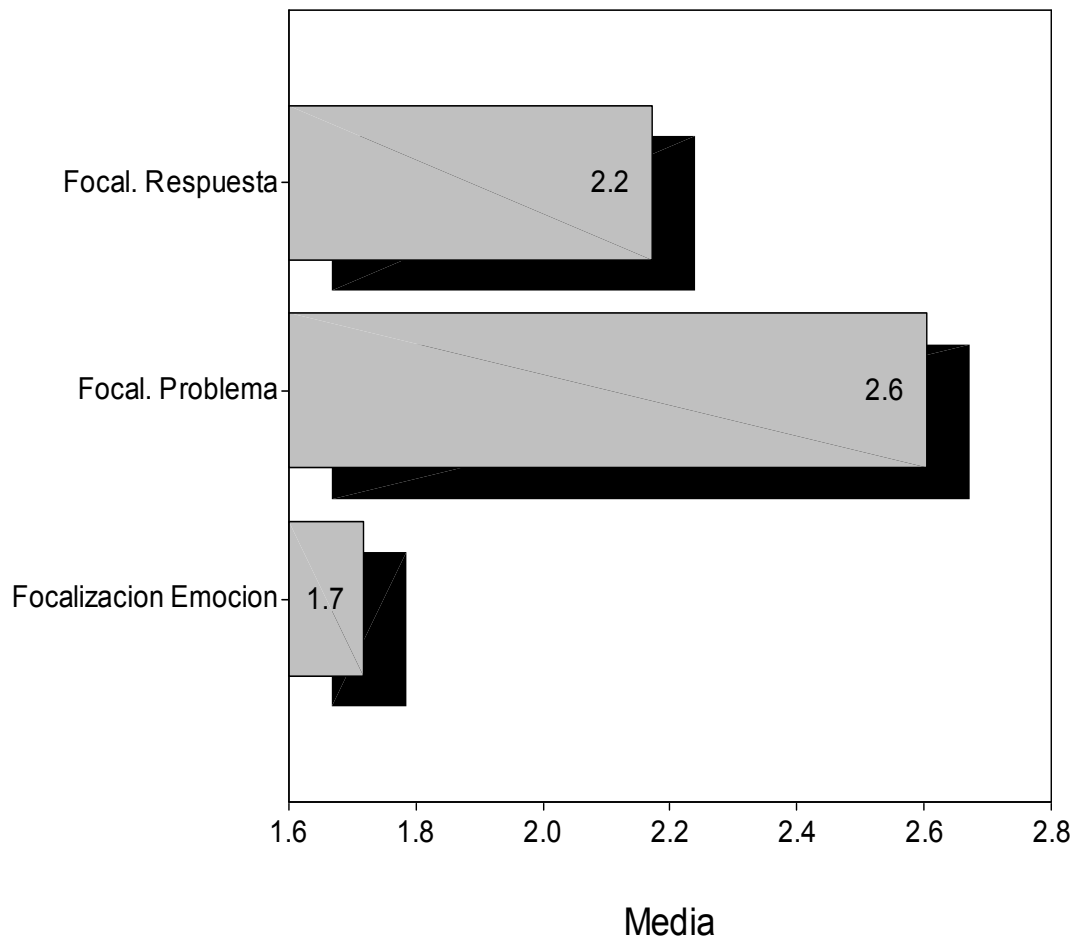
Tabla No.21
Focalización a la Emoción

ITEMS	Media
Me mantengo ocupada para no pensar en el tema o en la muerte de mi paciente	1,86
Hablo con algún compañero (a) para saber mas acerca del pronostico del paciente	2,87
Me critico y me reprendo cuando mi paciente muere	1,56
Espero que ocurra un milagro con el paciente	1,95
Trato de guardar mis sentimientos para mi, cuando el paciente esta en el proceso de su muerte	2,17
Hablo con algún profesional que pueda hacer algo para sobrellevar la muerte de mis pacientes	1,65
Tomo un buen descanso cuando fallece un paciente	1,24
Trato de sentirme mejor usando drogas prescritas para alterar el estado de animo (diazepam, valium)	1,00
En general me aisló cuando fallece mi paciente	1,17
Busco a alguien a quien confiarle mis sentimientos	2,30
Evito que otros sepan lo mal que me siento ante la muerte de mi paciente	1,46
Doy poca importancia al proceso de morir y no la tomo en serio	1,22
Busco grupos de auto-apoyo	1,24
No creer en lo que esta ocurriendo cuando un paciente esta a punto de fallecer	1,41
Evito situaciones estresantes ante la muerte de mis pacientes	2,32
Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo	1,83
Realizo algún tipo de ejercicio	1,65
Me pongo a meditar	1,98
Media total	1.82

El focalizar la emoción nos dirige a la respuesta emocional, la cual intenta reducir o eliminar la respuesta generada por la situación; por tanto un 1.82 revela un afrontamiento inadecuado.

Grafica No.5

Evaluación por Focalización



La evaluación de acuerdo a la focalización nos remonta a que la mayor focalización se encuentra en el problema con un 2.6 y el menor rango lo tiene la focalización de la emoción con un 1.7 todo esto dentro del personal de enfermería. Por lo tanto encontramos un afrontamiento regular.

Evaluación por Actividad:

Tabla No.22

Actividad Cognitiva

ITEMS	Media
Me mantengo ocupada para no pensar en el tema o en la muerte de mi paciente	1,86
Me critico y me reprendo cuando mi paciente muere	1,56
Trato de no bloquearme cuando un paciente fallece	2,37
Espero que ocurra un milagro con el paciente	1,95
Dejo que la muerte siga su curso en mi paciente cuando ya es evidente	2,81
Trato de guardar mis sentimientos para mi, cuando el paciente esta en el proceso de su muerte	2,17
Tomo lo positivo de la muerte	2,75
Duermo mas de lo normal cuando atiendo a un paciente en proceso de su muerte	1,38
Consigo ayuda profesional	1,29
Me quiero	3,71
Dejo que mis sentimientos salgan de manera positiva	2,98
Salgo de la experiencia mucho mejor que cuando entre	2,67
He pensado en quitarme la vida cuando mi paciente fallece	1,00
Tengo esperanza en la vida	3,19
Encuentro fe en algo nuevo	3,03
Se lo que es importante en mi vida	3,57
Evito que otros sepan lo mal que me siento ante la muerte de mi paciente	1,46
Doy poca importancia al proceso de morir y no la tomo en serio	1,22
Hago algo, me esfuerzo para que la situación de sobrellevar la situación al paciente en fase Terminal	2,60
No creer en lo que esta ocurriendo cuando un paciente esta a punto de fallecer	1,41
Me prometo que la próxima vez el cuidado al paciente situación será diferente y mejor	2,67
Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo	1,83
Tengo fantasías o deseos de cómo debería de ser el proceso de muerte de mis pacientes	1,51
Rezo cuando un paciente va a fallecer	2,49
Tiendo a relajarme cuando el paciente esta por fallecer	1,46
Me resigno a la muerte	2,30
Me pongo a meditar	1,98
Media Total	2.19

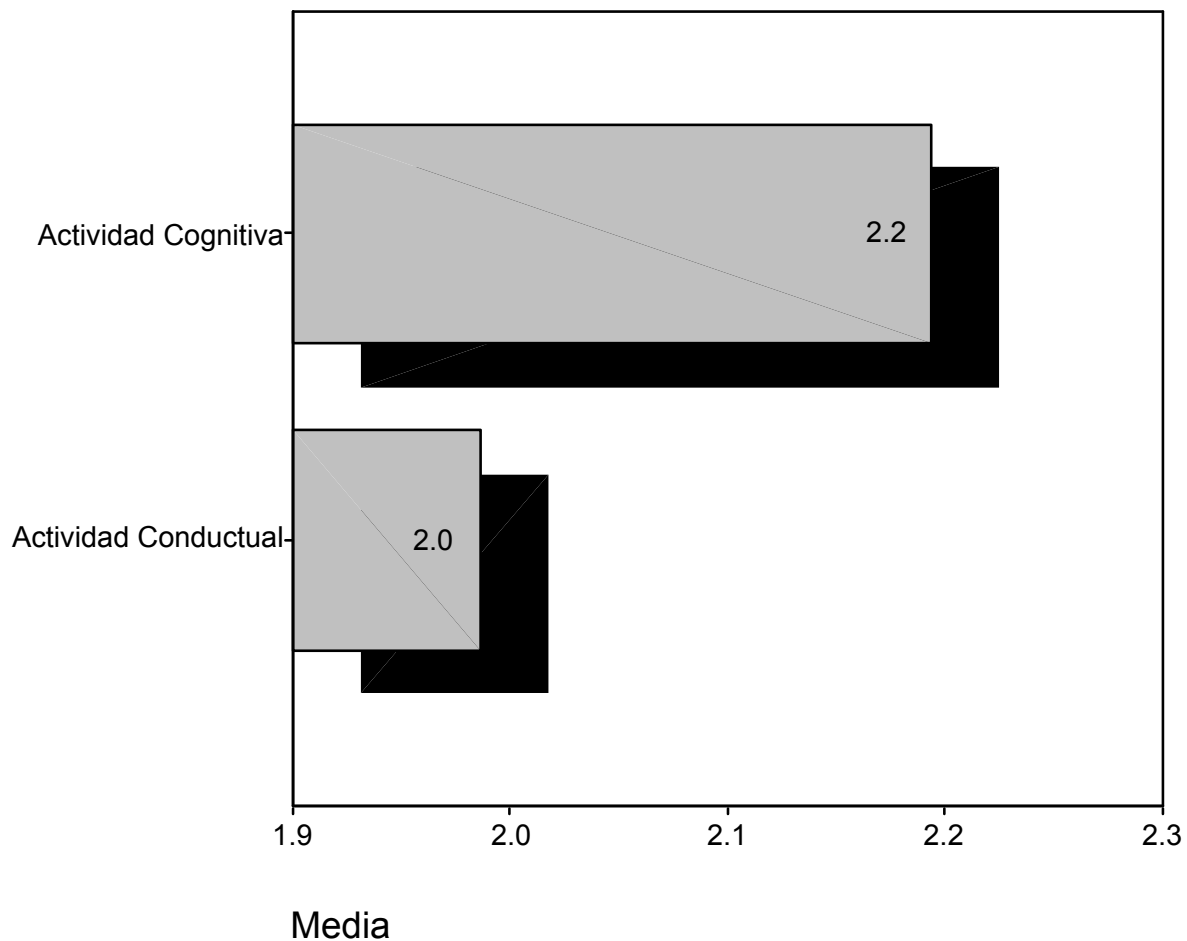
La actividad cognitiva busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación. de este modo el 2.19 permite identificar un afrontamiento de tipo regular

Tabla No.23
Actividad Conductual

ITEMS	Media
Busco información sobre el paciente en fase Terminal y la muerte	2,35
Trato de buscar las cosas buenas de la situación de mi paciente	2,98
Vivo cada día sin pensar que va a suceder al día siguiente	2,35
Hablo con algún compañero (a) para saber mas acerca del pronostico del paciente	2,87 1,81
Cuando fallece mi paciente , sigo adelante como si nada hubiera pasado	
Soy optimista para seguir adelante cuando un paciente esta en proceso de su muerte	2,49 2,63
Continuo con mi vida normal ante el proceso de muerte de mi paciente	1,95
Me inspiro al realizar algo creativo para distraerme y no pensar en el proceso de muerte de mis pacientes	1,70
Trato de olvidar por completo al paciente cuando ya falleció	2,83
Cambio o crezco como persona en sentido positivo	2,30
Hago un plan de acción y lo sigo	3,35
Me responsabilizo de mis actos	1,65
Hablo con algún profesional que pueda hacer algo para sobrellevar la muerte de mis pacientes	1,24
Tomo un buen descanso cuando fallece un paciente	1,03
Comer me hace sentir mejor cuando fallece un paciente	1,00
Abuso del alcohol para sentirme mejor cuando fallece mi paciente	1,00
Uso drogas (marihuana, cocaína) para sentirme mejor ante el fallecimiento de mi paciente	1,13
Tener relaciones sexuales disminuye mi angustia ante la muerte	1,00
Trato de sentirme mejor usando drogas prescritas para alterar el estado de animo (diazepam, valium)	1,13
Aprovecho una oportunidad para hacer algo muy arriesgado para el bienestar de mi paciente	1,17
En general me aisló cuando fallece mi paciente	2,30
Busco a alguien a quien confiarle mis sentimientos	1,89
Busco un familiar o amigo para pedir su ayuda cuando fallece un paciente	1,24 3,32
Busco grupos de auto-apoyo	2,92
Me mantengo firme y lucho por lo que quiero	2,32
Busco nuevas alternativas para darle el cuidado a mi paciente en fase Terminal	1,65
Evito situaciones estresantes ante la muerte de mis pacientes	
Realizo algún tipo de ejercicio	
Media Total	1.96

La actividad conductual es el estilo en el que los principales esfuerzos están formados por comportamientos - manifiesto. El 1.96 de la población reflejo tener un afrontamiento inadecuado.

Gráfica No.6
Evaluación por Actividad



La evaluación por actividad nos refleja con un 2.2 un afrontamiento regular con respecto a la actividad cognitiva; por medio de la distracción neutraliza elementos perturbadores. Y con una calificación más baja nos encontramos con una actividad conductual el cual se basa en el comportamiento.

VIII. DISCUSIÓN

La muerte en nuestra sociedad sigue estando revestida de un estigma dramático. Por tanto, ayudar a las personas a morir nos enfrenta a nuestros propios límites y temores. Mas aun cuando se trata de una población de profesionales de Enfermería, cuya edad se enmarca un periodo de la etapa reproductiva, pero a la vez de gran sensibilidad. Por lo tanto, no es de extrañar que estas vivencias sean experimentadas con tanta fuerza y generen temores que incluso muchos profesionales de la Salud no han sido capaces de superar.

Las evidencias empíricas previas junto a los resultados obtenidos en la primera fase de este estudio han puesto de manifiesto la presencia de estrés y dificultades en la adaptación ante las experiencias clínicas; siendo las experiencias entorno al dolor y la muerte las causante del mayor estrés en enfermería de nuestra muestra, parece que todas las situaciones influyen y están relacionadas mostrando la naturaleza unidimensional del cuestionario.

En diversas investigaciones sobre Afrontamiento, se habla que es un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes las emociones que ello genera. Se considera un estilo aproximativo cuando las estrategias se enfocan al problema y su resolución y un estilo evitativo cuando se trata de eludir el problema mediante actitudes de huida. Incluye represión de la vivencia afectiva, negación del hecho y evitación cognitiva y conductual del problema (Lazarus y Folkman 1991). Nuestros resultados coinciden con ellos en señalar el impacto de los estilos y estrategias del Afrontamiento. Sin embargo, pensamos que el hecho de abordar la cuestión, tiene el valor añadido de entender que no son únicamente estas experiencias ante la muerte las causantes del estrés global que sufre el personal de Enfermería en este periodo; sino más bien el conjunto de todas las vivencias.

Las categorías relacionadas con el cuidado de pacientes en fase terminal, así como la muerte y el sufrimiento del paciente han sido alguna de las actividades clínicas que mayor estrés ha causado en el profesional de Enfermería (Gómez, Elizalde, 2006); estas generan principalmente tristeza y ansiedad, ante las cuales no disponen de recursos en su repertorio de conducta. Resultados similares habían sido obtenidos en estudios anteriores (afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería ,2007), aunque nuestro caso, el ofrecer el repertorio de posibles respuestas, nos ha permitido observar con claridad cuales son las reacciones mas relevantes y por lo tanto, recoger una idea global de cómo se sienten ante estas circunstancias.

Los resultados muestran que se lleva a cabo un **afrontamiento inadecuado** debido a la incapacidad para apreciar adecuadamente los agentes estresantes y elegir las respuestas necesarias o utilizar los recursos disponibles. Se usa cuando la persona o patrón de afrontamiento efectivo, en un momento concreto es incapaz de adaptarse a una situación nueva y no utilizar cuando los mecanismos de afrontamiento de la persona resulten ineficaces.

De acuerdo a los resultados, cabe suponer que el Afrontamiento inadecuado es relevante en el desarrollo de recursos de Afrontamiento, habilidades de autocontrol emocional y el Control del estrés destacaron la reducción de la incertidumbre al partir de unas características que son:

- Una solución inadecuada del Problema
- Incapacidad para Satisfacer necesidades básicas.
- Uso Inadecuado de Recursos Sociales.
- Expresión de Incapacidad para Afrontar la Situación o pedir ayuda.
- Falta de Conductas orientadas a la Resolución del Problema.
- Trastornos del Sueño, Mala Concentración y Fatiga

Retomando diferentes investigaciones las cuales fueron tomadas como referencias bibliográficas y algunas de comparación observamos que se habla de afrontamiento como un significado unilateral ante diferentes problemáticas que aquejan a la sociedad.

Siendo esto como un punto de partida se retoma el afrontamiento; para relacionarlo con respecto a la situación que genera el convivir con un paciente en fase terminal y el proceso de su muerte.

De acuerdo al resultado de diferentes investigaciones se manifiesta que en la mayoría se vive un afrontamiento de tipo focalizado a la situación o problema mientras que la evitación como formas de afrontar las situaciones estresantes son las menos utilizadas, por las personas del grupo experimental.

Tomando en cuenta que de acuerdo por estrategia las más altas resultan ser resolver el problema, Conformismo, reevaluación positiva, expresión emocional y por ultimo desarrollo personal teniendo la más alta puntuación.

IX. CONCLUSIONES

Como conclusiones de este estudio podemos señalar que:

El personal de Enfermería toma un afrontamiento Inadecuado ante el cuidado de pacientes en fase Terminal y la convivencia con el Sufrimiento ajeno, esto es una de las experiencias mas temidas ya que las mujeres parecen ser el grupo más vulnerable. Se cree que es por la mayor carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea en el hogar.

Con la realización de esta investigación se logra confirmar que si desde la etapa académica no se enseña al profesional a enfrentar y afrontar el término "muerte", en un ambiente profesional lo que encontramos es una falta de confianza en la capacidad del afrontamiento.

Las habilidades de Afrontamiento son un mediador entre los sucesos estresantes y la respuesta psicológica.

Ayudar a morir con dignidad y acompañar en el sufrimiento, requiere formación, conocimiento y madurez.

SUGERENCIAS

Establecer un plan de Intervención reglados para mitigar el efecto estresante del impacto de estas vivencias del dolor y la muerte, pueden constituir un recurso de gran utilidad, para el profesional de Enfermería.

Proponer profesionales dedicados a la intervención tanatología para apoyo y búsqueda de información respecto ala problemática dentro del personal de Enfermería que labora en el área de Hemato-Oncología.

X. BIBLIOGRAFIA

- (1987) ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA. "Paciente Terminal y Muerte". España. Ed. Doyma
- BOECIO Persona y Bioética, SOBRE EL HOMBRE Y SU DIGNIDAD Vol. 3, No 6 (1999)
- BOYLE Y COLS (1991) "Burnout en las enfermeras". Yasuko A.W. (2006). México. Síndrome de Burnout.
- CORONA M. J. (2006) "Revista de Neurología, neurocirugía y Psiquiatría "Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios en niños con Cáncer" Vol. XXXIX N° 1
- M. SERVERA. "EL ENSEÑAR A PENSAR Y LA INSTRUCCIÓN EN ESTRATEGIAS COGNITIVAS". Enseñar a pensar, Afuntap Barcelona 1992.
- FARFAN M. G. (2000) "Actitud del personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase Terminal en el Hospital general de México". Tesis de la Licenciatura de enfermería. México DF. UNAM-ENEO
- INSTITUTO NACIONAL DE TANATOLOGIA (2008) ¿Como enfrentar la Muerte? México. Ed. Trillas.
- LAZARUS R. Y FOLKMAN S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. Ed. Roca, México 2006
- NEIMEYER A. R. (compilador) (1997) Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona España. Ed. Paidos Ibérica, S.A.
- SABADO T. J. (2006). Enfermería Clínica (revisión de la etiqueta diagnóstica- ansiedad ante la muerte) Vol. 17 N° 3 Barcelona España. Ed. Elsevier Doyma
- SUAREZ E. E. (1998). "Cuando la muerte se acerca". Venezuela. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana...
- VALDIZAN H. 2006 Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Vol. VIII n° 1 Enero – Junio 2006.
- YARNOVZ A. Z. (2002) Revista de Enfermería Clínica."Análisis Empírico del concepto de Afrontamiento". Vol.12 N° 1 Ed. Doyma S.L.
- YASUKO A.W (2006) Síndrome de Burnout. "Estrés crónico asistencial". 1ª Ed. Marzo 2006. Editorial Creativo 7.

CITAS DE INTERNET

- ADAPTACIÓN DEL ENFERMO A SU ENTORNO archivo: PDF los aspectos psíquico y físico del hombre enfermo son manifestaciones ... recuperado el día 10 de febrero del 2008 de World Wide Web: Los estilos, modos, conductas o estrategias de afrontamiento/pueden/considerarse/personales.ya.com/aepef/l%20JORNADA/po nencias/Ponencia%20MARTA%20FATAS%20II.pdf
- BUENO B, NAVARRO A B Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital, recuperado el día 15 de agosto del 2008. De world Wide Web de: <http://sid.usual.es/idocs/F8/ART8660/identificacion.pdf>
- CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat Versión en HTML Código de Ética. Colegio Nacional de Enfermeras, A.C [online]. Consultado el 20 de Abril de 2008 de Word Wide Web en: odontologia.iztacala.unam.mx/bioetica_docs/codigodeeticaparaenfermeras.pdf
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE DIFERENTES TIPOS DE AFRONTAMIENTOS. Consideramos que el diagnostico afrontamiento inefectivo. Engloba los Diagnósticos. NANDA, NOC and NIC. Linkages. Ed. Mosby.St.Louis.2001. Recuperada el día 26 de agosto del 2008 de World Wide Web: www.revistaseden.org/files/art420_1.pdf
- EL ENFERMO TERMINAL ES ANTE TODO UNA PERSONA (definición de Boecio). Entendimiento y voluntad, potencias inherentes a la naturaleza racional, recuperado el día 24 de abril del 2008 de World Wide Web: www.networkpress.org/?el_enfermo_terminal - 30k

- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Proyecto de investigación acerca de las estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis por las familias con mujer cabeza de hogar social. recuperado el día 16 de febrero del 2008 de World Wide Web: http://www.scribd.com/doc/2341983/ESTRATEGIAS-DE-AFRONTAMIENTO?ga_related_doc=
- EVIDENCIA, ASOCIADO AL INADECUADO AFRONTAMIENTO DE LAS DEMANDAS PSICOLÓGICAS DEL TRABAJO,... pero todas las definiciones respetaban un espíritu común. Recuperado el 25 de marzo del 2008 de World Wide Web [www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=609 - 52k](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=609-52k)
- LAZARUS Y FOLKMAN (1984) describen el afrontamiento o coping como aquellos. Dimensiones de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1988) Recuperado el 18 de enero del 2008 de World Wide Web de: www.aidex.es/estrés/articuloseloisa/eloisa2.htm
- PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS de coping modificada (EE-M) en una muestra colombiana. Recuperada el día 16 de agosto del 2008 de World Wide Web de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN. [online]. Consultado el 20 de abril de 2008 de World Wide Web en: www.salud.gob.mz/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

XI. ANEXOS

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA S.S.A.
 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



A continuación se le presentan una serie de frases donde se le hace referencia de cómo es que maneja la situación de tratar con un niño en estado Terminal y el proceso de su muerte; esta información que proporcione será considerada de manera estrictamente confidencial.

Edad: _____ Estado Civil: _____ Categoría _____
 Tiene Hijos: _____ Servicio: _____ Turno: _____
 Tiempo de laborar en el Servicio: _____

Marque con una "X" la respuesta que elija; una sola respuesta por pregunta.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHISIMO
1.-Busco información sobre el paciente en fase terminal y la muerte				
2.-Me mantengo ocupada para no pensar en el tema o en la muerte de mi paciente				
3.-Trato de buscar las cosas buenas de la situación de mi paciente				
4.-Vivo cada día sin pensar que va a suceder al día siguiente				
5.-Hablo con algún compañero(a) para saber mas acerca del pronostico del paciente				
6.-Me critico y me reprendo cuando mi paciente muere				
7.-Trato de no bloquearme cuando un paciente fallece				
8.-Espero que ocurra un milagro con el paciente				
9.-Dejo que la muerte siga su curso en mi paciente cuando ya es evidente				
10.-Cuando fallece mi paciente, sigo adelante como si nada hubiera pasado				
11.-Trato de guardar mis sentimientos para mi, cuando el paciente esta en proceso de muerte				
12.-Tomo lo positivo de la muerte				
13.-Duelmo mas de lo normal cuando atiendo a un paciente en proceso de muerte.				
14.-Soy optimista para seguir adelante cuando un paciente esta en proceso de muerte				
15.-Continuo con mi vida normal ante el proceso de muerte de mi paciente				

16.-Me inspiro al realizar algo creativo para distraerme y no pensar en el proceso de muerte d mis pacientes.				
17.-Trato d olvidar por completo al paciente cuando ya falleció.				
18.-Consigo ayuda profesional				
19.-Cambio o crezco como persona en sentido positivo				
20.-Me quiero				
21.-Hago un plan de acción y lo sigo				
22.-Dejo que mis sentimientos salgan de manera positiva				
23.-Me responsabilizo de mis actos				
24.-Salgo de la experiencia mucho mejor que cuando entre				
25.-Hablo con algún profesional que pueda hacer algo para sobrellevar la muerte de mis pacientes				
26.-Tomo un buen descanso cuando fallece un paciente				
27.-Comer me hace sentir mejor cuando fallece un paciente				
28.- He pensado en quitarme la vida cuando mi paciente fallece				
29.- Abuso del alcohol para sentirme mejor cuando fallece mi paciente				
30.-Uso drogas (marihuana, cocaína) para sentirme mejor ante el fallecimiento de mi paciente.				
31.-Tener relaciones sexuales disminuye mi angustia ante la muerte				
32.-Trato de sentimientos mejor usando drogas prescritas para alterar el estado de animo (diazepam, valium)				
33.-Aprovecho una oportunidad para hacer algo muy arriesgado para el bienestar de mi paciente				
34.-Tengo esperanza en la vida				
35.-Encuentro fe en algo nuevo				
36.- Se lo que es importante en mi vida				
37.-En general me aísló cuando fallece mi paciente				
38.-Busco a alguien a quien confiarle mis sentimientos				
39.-Busco un familiar o amigo para pedir su ayuda cuando fallece un paciente				
40.-Evito que otros sepan lo mal que me siento ante la muerte de mi paciente				
41.-Doy poca importancia al proceso de morir y no la tomo en serio				
42.-Busco grupos de auto-apoyo				

43.-Me mantengo firme y lucho por lo que quiero				
44.-Busco nuevas alternativas para darle el cuidado a mi paciente en fase terminal.				
45.-Hago algo, me esfuerzo para que la situación de sobrellevar la atención al paciente en fase terminal				
46.-No creer en lo que esta ocurriendo cuando un paciente esta a punto de fallecer				
47.-Me prometo que la próxima vez el cuidado al paciente terminal será diferente y mejor				
48.-Evito situaciones estresantes ante la muerte de mis pacientes				
49.-Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo				
50.-Tengo fantasías o deseos de como debería de ser el proceso de muerte de mis pacientes				
51.-Rezo cuando un paciente va a fallecer				
52.-Tiendo a relajarme cuando el paciente esta por fallecer				
53.-Me resigno a la muerte				
54.-Realizo algún tipo de ejercicio				
55.-Me pongo a meditar				

ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN. MODIFICADO POR BAUTISTA GRANADOS L., MENDEZ VENEGAS Y RUIZ RESENDIZ M. 2008.

