



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

IDENTIFICACIÓN DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO
DE LAS ENFERMERAS ANTE LA MUERTE DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

ORIENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

LIC. ENF. ARACELI SALDIVAR FLORES

DIRECTORA DE TESIS

M. en C. Alejandra Hernández Roque

MEXICO. D, F

Febrero, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Ignacio Santos Preciado, a la Mtra. Magdalena Franco Orozco y a la Lic. Enf. Ma. Virginia Lucero Caballero., por darme las facilidades y el apoyo para realizar estudios de Maestría en Enfermería.

A la Mtra. Alejandra Hernández Roque, por dirigir el desarrollo de esta investigación, por su interés, tolerancia y dedicación y por compartir sus conocimientos.

A la Mtra. Guadalupe Rosete Mohedano, por su tutoría y por compartir sus conocimientos de sociología y enfermería para llevar a cabo esta investigación.

A la Mtra. Ma. Cristina Müggenburg y Rodríguez Vigil, por su asesoramiento metodológico, por su comprensión y por su tiempo.

A la Maestra Elena Hernández Mendoza, por su apoyo y sus aportaciones para guiar el protocolo de investigación durante el primer año del Programa de Maestría.

A todos los profesores que participan en el Programa de Maestría de la ENEO y de la FES Iztacala y FES Zaragoza, por compartir su experiencia y conocimientos para formarnos como maestros.

A todas mis colegas del Hospital Infantil de México Federico Gómez, especialmente a las adscritas a las Unidades de Cuidados Intensivos, por su colaboración y comprensión durante la aplicación de los cuestionarios, gracias por ese tiempo tan valioso.

A mis compañeras que cursaron conmigo la Maestría, por su motivación y compañerismo incondicional.

DEDICATORIA

A las personas que estuvieron presentes en esos dos años para alcanzar una meta más en mi vida profesional particularmente a:

Mis padres:

Josefina Flores Ramírez
Silvestre Saldívar Bolaños

Mi abuelita: Clarita †

Mis hermanos:

Gustavo Saldívar Flores
Eduardo Saldívar Flores †
Sandra Saldívar Flores
Isela Saldívar Flores
Grindelia Arzate

Mi sobrina: "Itzel "

Un ser especial: Raúl Reyes Alcalá

Mis amigas:

Olivia Aguilar Guzmán
Guadalupe Romero Herrera
Miroslava I. Carrasco González
Erika Flores Zamora
Patricia A. Cárdenas Sánchez
Margarita Delgado Rubio
Angélica Ma. Hernández Tapia

RESUMEN

La muerte y el morir provocan en los seres humanos diversas actitudes y comportamientos. Se piensa que las enfermeras presentan diferentes reacciones porque son las que están enfrentándose continuamente a la muerte de otras personas, lo que al parecer les origina, ansiedad e intranquilidad, que en ocasiones conducen a una atención inadecuada; por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad. En la actualidad no hay una explicación que satisfaga la inquietud de cómo las enfermeras afrontan la muerte.

El propósito de esta investigación es identificar las formas de afrontamiento en las enfermeras de Terapia Intensiva del Hospital Infantil de México Federico Gómez, ante la muerte de niños y adolescentes y con ello establecer cuáles son las emociones que se presentan con mayor frecuencia.

A través de un estudio descriptivo trasversal y prolectivo, con enfoque cuantitativo, en el que la unidad de análisis fueron 123 enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidado Intensivo del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se aplicó un cuestionario con 64 ítems con escala tipo Likert para determinar las formas de afrontamiento y las emociones al cual se aplica α de Cronbach, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de .72. Para el análisis de los datos se emplearon pruebas de estadística descriptiva e inferencial.

Los resultados obtenidos muestran que existen dos formas de afrontamiento., dirigido al problema y dirigido a las emociones, la mayor parte de las enfermeras presentan el primero. Se muestra que el nivel académico no es determinante para que se presente una forma de afrontamiento positiva es decir dirigida al problema ($X^2=87.89;P=.000$), y que la utilización de ambas estrategias se orienta a la experimentación de cuatro tipos de emociones: tensión, vitalidad, incapacidad y tristeza, las cuales son esperadas en las primeras etapas del duelo.

ABSTRACT

Death and dying in humans cause various attitudes and behaviors. It is thought that nurses have different reactions because they are the ones continually facing the death of other people, which apparently originates them, anxiety and restlessness, which sometimes lead to inadequate care, such attitudes of rejection, flight or insecurity. At present there is no explanation that satisfies the concerns of how nurses face death.

The purpose of this research is to identify ways of coping in intensive care nurses of the Hospital Infantil de Mexico, at the death of children and adolescents and thus establish what are the emotions that occur most frequently.

Through a descriptive study and prospective, with a quantitative approach, in which the unit of analysis were 123 nurses working in Intensive Care Units of the Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez. We applied a questionnaire with 64 items with Likert scale to determine ways of coping and emotions which applies Cronbach's alpha, obtaining a reliability coefficient of .72. For data analysis tests were used descriptive and inferential statistics.

The results show that there are two ways of coping., Addressed the problem and led to emotions, most of the nurses have the first. It shows that the academic level is not decisive for the submission of a form of positive coping is directed to the problem ($X^2 = 87.89$, $P = .000$), and that the use of both strategies is aimed at four types of experimentation emotions: tension, vitality, failure and sadness, which are expected in the early stages of grief.

ÍNDICE

Sección	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Hipótesis.....	5
1.4 Justificación.....	6
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL	
2.1 Marco Referencial.....	7
2.2 Marco Conceptual.....	12
2.2.1 ¿Qué es el afrontamiento?.....	11
2.2.2 Afrontamiento como proceso.....	15
2.2.3 Función del afrontamiento.....	21
▪ Afrontamiento dirigido a la emoción.....	22
▪ Afrontamiento dirigido al problema.....	23
▪ Relación entre las formas de afrontamiento dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción.....	24
▪ Recursos de las formas de afrontamiento.....	24
▪ Estrategias de afrontamiento.....	26
▪ Dimensión de las estrategias de afrontamiento.....	27
2.2.4 Afrontamiento ante la muerte.....	31
▪ ¿Qué es el duelo?.....	32
2.3 Interpretación de la muerte.....	34
2.3.1 Aspectos culturales sobre la muerte.....	36
2.3.2 Aspectos religiosos relacionados con la muerte.....	40
2.3.2 Angustia ante la muerte.....	42

2.3.4 Miedo a la muerte.....	44
2.3.5 Actitudes hacia la muerte.....	45
2.4 La enfermera en las unidades de cuidados intensivos y la muerte pediátrica	50
2.4.1 La muerte y los niños.....	50
▪ Percepción del infante en relación a la muerte.....	51
▪ Percepción del adolescente ante la muerte.....	55
2.4.2 ¿Cómo afrontan las enfermeras la muerte de los demás?.....	55
▪ Las enfermeras y el afrontamiento por la muerte de los niños.....	56
2.5 Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	57

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Diseño.....	59
3.2 Población.....	59
3.3 Plan de muestra y muestreo.....	59
3.4 Variables del estudio.....	60
3.5 Instrumento de medición.....	60
3.6 Recolección de datos.....	62
3.7 Análisis de datos.....	63
3.8 Aspectos organizativos.....	63
3.9 Implicaciones éticas.....	64

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos.....	66
4.2 Resultados de estadística inferencial.....	78

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

5.1 Conclusiones.....	89
5.2 Sugerencias.....	91

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
--	-----------

APÉNDICES

1 Operacionalización de variables.....	103
2 The Cope Inventory (versión completa).....	106
Traducción en español.....	111
3 Emotional distress.....	115
Traducción en español.....	114
4 Carta de consentimiento informado.....	117
5 Cuestionario formas de afrontamiento de las enfermeras ante la Muerte (C.F.A.E.A.M/2007).....	118
6 Prueba de confiabilidad para el cuestionario.....	122

INTRODUCCIÓN

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural e inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, culturales y psicoemocionales. La muerte y el morir provocan en los seres humanos diversas actitudes y comportamientos.

En las investigaciones relacionadas con la muerte, han tratado de hallar nuevas y mejores formas de asistir a los pacientes terminales; existen publicaciones en las que se menciona que son tres las actitudes más frecuentes en el personal de salud: 1) tendencia a evitar que el enfermo se entere de cual es su verdadero estado, o al menos posponer al máximo dar esta información, 2) apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo, 3) propensión a extremar las medidas terapéuticas, consiguiendo únicamente disminuir la calidad de vida y alargar la agonía en un evento.

Ante estas aseveraciones, se piensa que las enfermeras presentan diferentes reacciones porque son las que están enfrentándose continuamente a la muerte de otras personas. Este afrontamiento a menudo resulta doloroso o difícil; sin embargo, deben mantener una actitud serena y equilibrada para aliviar sus sentimientos de tensión y al mismo tiempo cubrir las necesidades del paciente. Las enfermeras que cuidan a personas con enfermedades terminales, padecen en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que en ocasiones conducen a una atención inadecuada; por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad.

Kübler-Ross¹, se esforzó por enseñar a los profesionales, que trataban con pacientes terminales, a ser eficaces ante los procesos emocionales y físicos que preceden a la muerte; sin embargo, probablemente no se cuestionó con que recursos (tanto internos como externos) contaban para hacerlo. Es así, que a la fecha no hay una explicación que satisfaga la inquietud de cómo las enfermeras afrontan la muerte.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar las formas de afrontamiento de enfermeras de Terapia Intensiva del Hospital Infantil de México Federico Gómez, ante la muerte de niños y adolescentes.

La expectativa es, que al reconocer las formas de afrontamiento más frecuentes se podrán establecer estrategias de aprendizaje para que las enfermeras identifiquen las reacciones emocionales y los mecanismos internos con los que cuentan y al mismo tiempo aprendan a utilizarlos de manera positiva, propiciando con ello un cambio de actitud en la atención de los pacientes que están muriendo.

Este trabajo se compone de cinco capítulos. El Capítulo I contiene el planteamiento del problema, así como los objetivos, hipótesis y justificación de la presente investigación.

En el Capítulo II, se describe el marco referencial y conceptual, en el que se mencionan., antecedentes, elementos descriptivos del afrontamiento, se integra un concepto propio para esta investigación y también se consideran algunos fundamentos para el establecimiento de la hipótesis.

En el apartado que comprende Capítulo III se puede ver la metodología incluyendo, el diseño del estudio, la muestra seleccionada, las variables, el procedimiento para la recolección de los datos y las implicaciones éticas.

El contenido del Capítulo IV especifica los resultados tanto descriptivos y de estadística inferencial. Por último el Capítulo V, contiene la interpretación de los hallazgos más importantes y la relevancia de estos, así como, las conclusiones y las sugerencias de esta investigación.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

La enfermería es una profesión involucrada en momentos especiales de la existencia humana, por ejemplo, en el nacimiento y la muerte. Estos extremos de la vida, conmueven, impactan y duelen pues son fenómenos cotidianos, en los que se dan encuentros personales con el paciente y su familia; esta interrelación permite que la enfermera se desarrolle internamente, porque la confronta con su propia existencia y la de los otros².

En el ámbito hospitalario se habla poco acerca de la muerte, a pesar de que cotidianamente nos enfrentamos a este acontecimiento.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez los profesionales que con mayor frecuencia se enfrenta a este acontecimiento son las enfermeras, sobre todo aquellas que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en donde el porcentaje de mortalidad es de aproximadamente el 10% de los pacientes ingresados. No obstante la literatura menciona un menor porcentaje, que entre el 4.6% y 7% de los pacientes fallecen en estas áreas del hospital, por daños repentinos, enfermedades agudas, graves o enfermedades crónicas³.

El afrontamiento involucra conductas y emociones que se manifiestan en situaciones angustiantes (por ejemplo, la muerte), ante las cuales deben utilizarse recursos personales, internos y externos para intentar reducir o resolver las situaciones que producen ansiedad.

Durante los últimos años, ha aumentado el interés por estudiar cómo hacer frente a situaciones difíciles y estresantes. Estudios acerca de afrontamiento se encuentran principalmente en España y están relacionados con estrés laboral⁴⁻⁶. Existen

otras investigaciones, realizadas en Cuba, Perú y España, en las que estudiaron las emociones y actitudes ante la muerte y mencionan implícitamente al afrontamiento⁷⁻⁹.

Respecto al afrontamiento ante la muerte de pacientes pediátricos, señalan en una investigación que las enfermeras experimentan sensación de impotencia cuando cuidan a un paciente agónico y dificultad para comunicarse con el niño y sus padres durante la fase terminal de la enfermedad. También reconocen que la muerte inminente o real de un paciente provoca un proceso de duelo y que la mayoría están satisfechas con su trabajo, no obstante, no especifican de qué forma logran afrontar el deceso¹⁰.

Por lo antes mencionado, es evidente que hasta ahora no existen investigaciones que sustenten como es el afrontamiento de las enfermeras y menos aun de las que se enfrentan cotidianamente a la muerte, esta circunstancia obliga a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las formas de afrontamiento, en las enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, ante la muerte de niños y adolescentes?

1.2 Objetivos

- † Identificar las formas de afrontamiento ante la muerte de niños y adolescentes en las enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- † Determinar las emociones más frecuentes de las enfermeras de acuerdo a las formas de afrontamiento que se presenten.

1.3 Hipótesis

De acuerdo a los hallazgos reportados en la literatura se espera encontrar que:

- A mayor nivel de escolaridad las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivo del Hospital Infantil de México Federico Gómez presentan una forma de afrontamiento dirigido al problema.
- Las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, presentan mayor tristeza y tensión ante la muerte de niños y adolescentes.

1.4 Justificación

Esta investigación es pertinente, desde el punto de vista docente y asistencial dentro de la Disciplina de Enfermería.

En el área asistencial, la actuación de las enfermeras ante el cuidado del paciente pediátrico en estado crítico (con pronóstico de muerte), dependerá de las respuestas positivas o negativas que presenten ante este acontecimiento, si son capaces de reconocer en ellas mismas las emociones y conductas que manifiestan (incluyendo los recursos internos y externos) para afrontar la muerte de los pacientes, podrán utilizar herramientas cognitivo conductuales, que favorezcan un comportamiento efectivo, no solo con el paciente sino con su familia, y con el resto del equipo de salud, lo que redundará en confort físico y espiritual para todos.

Respecto al ámbito docente, al determinar las formas como las enfermeras afrontan la muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se podrá proponer un proyecto educativo que incluya categóricamente conocimientos acerca del cuidado del niño o adolescente que está muriendo, y se podrá considerar la participación directa de otros profesionales de la salud (psicólogos), para resolver necesidades específicas e individuales en el personal de enfermería; reconociendo que al prevenir los efectos que causan el acompañamiento del paciente terminal, la asistencia y el propio duelo, se contribuirá a evitar que se desarrollen conductas negativas a nivel individual y asistencial y social que repercuten en el cuidado de los niños y adolescentes.

Se espera también que esta pesquisa sea el antecedente de otras investigaciones en la institución.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

2.1 Marco Referencial

Los estudios relativos al afrontamiento han sido en el área de psicología, y se relacionan con estrés o bienestar psicológico de las personas; estas investigaciones se han efectuado en España y los sujetos estudiados fueron médicos, estudiantes de enfermería, enfermos crónicos, docentes universitarios, ancianos y adolescentes.

Escriba¹⁰, estudio de forma cualitativa a 47 médicos de seis hospitales públicos de Valencia, para identificar las estrategias de afrontamiento ante el estrés y describir sus fuentes de recompensa y satisfacción profesional. Los resultados destacan que las estrategias de afrontamiento más frecuentes, son las centradas en las emociones, en concreto la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social y emocional. Sin embargo, también alude que ante factores estresantes específicos de la práctica diaria, las estrategias más frecuentes están centradas en el problema.

Guerrero⁴, estudia los factores demográficos, sociales, laborales y motivacionales, que están relacionados con los modos de afrontar el estrés laboral, en 257 docentes universitarios en Extremadura, España. El resultado identificó cinco estrategias de afrontamiento más frecuentemente empleadas: planificación, reinterpretación positiva, afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental y búsqueda de apoyo social, y las menos empleadas son: consumo de drogas, negación, desconexión conductual, desconexión mental y religión. En conjunto los predictores sociodemográficos sexo, edad y paternidad explican el 15.5% de los modos de afrontar el estrés, los predictores laborales categoría docente, semidistritos y años

de experiencia explican un 8% y por último, los motivacionales inconvenientes y causas de bajas laborales transitorias explican el 25% de variación de los modos de afrontar el estrés.

González⁵, se interesó en la relación entre afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables y evaluó a 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Los resultados señalan una escasa relación de la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico; en cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones.

Los estudios anteriores muestran que el afrontamiento es de interés para la comunidad científica en diferentes disciplinas; sin embargo, para Enfermería resulta novedoso, aun más, cuando se relaciona con la muerte. Por lo tanto, algunos de esos estudios se emplearon como referencia para describir este fenómeno. También se consideraron investigaciones relacionadas con emociones y actitudes ante la muerte, ya que son variables relacionadas que competen al afrontamiento.

Tomás y Limonero¹², en su artículo: comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en enfermeras de Egipto y España, consideraron a 132 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alejandría y 126 de la Escuela de Enfermería de Gimbernat de Sant Cugat del Valles, pertenecientes a las culturas árabe y española, respectivamente. Los resultados indican que las estudiantes egipcias puntúan significativamente más alto que las españolas ($p= 0.01$), en factores relacionados con generadores externos de ansiedad ante la muerte y la vida después de la muerte; mientras que las españolas puntúan más alto en el factor relacionado con el significado y aceptación de la muerte ($p=0.05$).

EL estudio sobre las actitudes ante la muerte en los médicos familiares de Hernández et al.⁷, describen y caracterizan las actitudes ante la muerte de 50 médicos familiares del policlínico "Plaza", reportan que las actitudes en los médi-

cos eran de evitación y temor, aspecto que se traduce en afrontamiento profesional no conveniente.

En 2003 Colell y cols.⁹, investigaron actitudes, creencias y emociones ante la muerte; aplicaron una encuesta a 150 estudiantes de dos universidades de España (Lleida y Sevilla), de 18-25 años de edad, 132 eran mujeres (88%) y 18 hombres (12%). Utilizaron tres instrumentos: escala de preferencias profesionales, escala de ansiedad ante la muerte y cuestionario de factores que ayudan a morir en paz. Los resultados destacaron que las mujeres tienen la misma preferencia laboral que los hombres, con excepción del trabajo en atención primaria, que es deseado en mayor medida por las mujeres ($z=-3.03$; $p<0.05$), y que el trabajo con enfermos pediátricos es el más preferido ($t=3.14$; $p<0.01$). En la escala de ansiedad se observa que la correlación más alta se refiere a la muerte propia y el miedo al proceso de morir ($r=0.966$; $p<0.01$). Con respecto a los factores que ayudan a morir en paz, los más valorados son poder sentirse cerca, comunicarse y estrechar los vínculos afectivos con sus personas queridas.

Gala⁸, revisó actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo y subraya que la muerte siempre ha sido objeto de profundas reflexiones filosóficas, religiosas y, actualmente científicas; sin embargo, en las sociedades post industriales es difícil aceptarla: así, las actitudes hacia este acontecimiento han tenido evolución desadaptativa de las actitudes saludables del afrontamiento y la aceptación, por las de temor y negación. Estos cambios también han alcanzado al personal de salud, generándole muchas veces actitudes distorsionadas, tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías que la atraen, no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y no verbal, y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empática-afectiva.

Los estudios anteriores resaltan que ante la muerte se presentan respuestas como evitación, temor, desplazamiento y falta de comunicación, esto último se evidencia por no mirar cara a cara al paciente.

Callahan y cols.¹³, describieron los factores relacionados al estrés y al afrontamiento en enfermeras de Hong Kong. Emplearon una encuesta transversal y compararon estrés y afrontamiento, el muestreo fue aleatorio estratificado seleccionando a enfermeras de la lista de correo de una organización profesional local. Solo 168 enfermeras respondieron y reportaron menor estrés que otros trabajadores valorados con la misma medida. Las enfermeras pediátricas presentaron el estrés más alto. Las enfermeras con menor grado escolar reportaron mayor estrés, en comparación con las que tienen estudios altos; las solteras tuvieron marcaje de estrés marginalmente mayor que las casadas, y las mujeres tuvieron marcas de estrés ligeramente más altos que los hombres. Sin embargo, ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo. Estas enfermeras afrontaron su estrés buscando apoyo de amigos y colegas, usando diferentes estrategias cognitivas a través de actividades de esparcimiento. Estos datos sirven para establecer algunos indicadores en el presente estudio.

Un artículo más congruente al objetivo de este estudio, elaborado por Papadotou y cols.², es una investigación descriptiva, transcultural en la que se exploraron las experiencias subjetivas de las enfermeras que proporcionan cuidados a niños de Oncología y de Cuidado Crítico, que están muriendo en Grecia y Hong Kong. Aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 39 enfermeras griegas y 24 chinas, quienes describieron sus experiencias ante el proceso de muerte de los niños. El análisis de los datos lo hicieron cuali y cuantitativamente, y compararon las respuestas de oncología vs cuidado crítico. Los resultados revelaron que la mayoría de las enfermeras experimentan desamparo al cuidar a un paciente que muere, y dificultad en la comunicación con el niño y los padres durante la fase terminal de la enfermedad. En ambos países, las enfermeras reconocieron que la muerte inminente o real de un niño representa un proceso de aflicción, caracterizado por incertidumbre entre experimentar la pérdida y evitar el duelo y el sufrimiento causado por múltiples muertes, expresan también sentirse recompensadas al cuidar a niños con padecimientos crónicos, además, de estar satisfechas con su trabajo.

En esta investigación no se consideran componentes relacionados al afrontamiento; no obstante, se infiere que el desamparo, la dificultad para comunicarse y la satisfacción laboral que experimentan las enfermeras de ambos países, representan implícitamente características inherentes al afrontamiento.

Con lo antes expuesto, se advierte que actualmente no existen investigaciones que describan categóricamente al afrontamiento en las enfermeras ante la muerte, en particular la que ocurre a niños y adolescentes. Por lo tanto, conviene describir los conceptos relacionados para fundamentar esta investigación.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 ¿Qué es el afrontamiento?

El afrontamiento ha tenido una evolución conceptual y metodológica, producto de los diferentes enfoques que se dan para su estudio. La descripción de la naturaleza y las características del afrontamiento, así como su definición conceptual y operativa, varían dependiendo de cómo se aborda y del campo de aplicación de las investigaciones.

El concepto de afrontamiento comienza a estudiarse desde dos perspectivas, la teórica y la empírica. La primera se deriva de la experimentación tradicional con animales, este planteamiento fue influenciado por las teorías de Darwin, según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo predecible y controlable en el entorno, y así evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos¹⁴.

La segunda surge de la Teoría Psicoanalítica, que define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés¹⁵.

Empero, el afrontamiento ha experimentado una extensa reestructuración a lo largo de más de 50 años, inicialmente se definió como un mecanismo de defensa para combatir el peligro. En la actualidad se le contempla como un proceso más reflexivo, es decir, un marco de referencia cognitivo-fenomenológico, donde la persona y el entorno están en una relación dinámica, recíproca y bidireccional¹⁶.

Ante esta perspectiva, se precisa el establecimiento de una definición de afrontamiento que se aproxime más al objeto de estudio de la presente investigación. En los siguientes párrafos se presentan algunas definiciones que evidencian la evolución conceptual paralela a los cambios de su utilización.

Mechanic¹⁷, definió al afrontamiento como un comportamiento instrumental y la capacidad para resolver problemas, que las personas ejercen para alcanzar sus metas y solucionar las demandas de la sociedad. Este concepto incluye la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que la persona ha adquirido.

Lipowski¹⁸, veía al afrontamiento como las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma utiliza para mantener su integridad física y psíquica, para recuperar su capacidad funcional y para compensar cualquier limitación irreversible.

Weisman y Worden¹⁹ lo concibieron: cómo hacer frente a un problema percibido para conseguir alivio, agradecimiento, equidad o equilibrio.

Pearlin y Schooler²⁰, se referían al afrontamiento como las cosas que la persona hace para defenderse en situaciones tensas de la vida. Más específicamente, lo describen como cualquier respuesta a tensiones externas de la vida que sirve para prevenir, evitar o controlar el estrés emocional.

Caplan²¹, lo identificó como una conducta mediante la que el individuo: 1) disminuye a límites tolerables, las manifestaciones lógicas y psicológicas del estrés emocional, 2) moviliza los recursos internos y externos del individuo y 3) desarrolla nuevas capacidades que le permiten un cambio en su entorno o en su relación con él, y por lo tanto reduce la amenaza o encuentra fuentes alternas de satisfacción para lo que ha perdido.

Roy²², ve al afrontamiento como complemento de la adaptación, esta afirmación se evidencia por la definición que hace «la adaptación es un proceso de afrontamiento con estresores. El afrontamiento consiste en estrategias a través de las cuales el proceso adaptativo se lleva a cabo».

Lazarus²³, definió al afrontamiento originalmente en 1966, como aquellas estra-

tegrías utilizadas para tratar las amenazas. Sin embargo, él mismo y algunos colaboradores hicieron ajustes a la definición hasta considerar al afrontamiento como «los esfuerzos cognitivos y conductuales que están continuamente cambiando, para tratar o manejar las demandas externas que son percibidas como problemáticas, o que exceden los recursos de la persona».

White²⁴, menciona que «el afrontamiento se refiere a la adaptación bajo condiciones difíciles». Finalmente Rowland²⁵, señala que el afrontamiento es un proceso para el manejo de las situaciones difíciles e inusuales, en las que se requiere del desarrollo de nuevas maniobras estratégicas y nuevos comportamientos instrumentales.

El afrontamiento también se ha estudiado desde la perspectiva de la enfermedad, considerada esta, como un evento estresante. Lazarus y Folkman²⁶, reconocen el valor que tiene el afrontamiento no solo en el contexto salud-enfermedad, sino también dentro de otros contextos como son la familia y el trabajo.

Es así, que estos autores continuaron perfeccionando el concepto, hasta formular una perspectiva eminentemente contextual y con un enfoque de proceso en su análisis, con una relación transaccional que implica una forma específica de interacción, en la que hay efectos retroactivos de la conducta sobre las variables personales y situaciones, y por tanto, una causación recíproca.

Por lo tanto, la definición que se adecuó para este estudio es la descrita por Lazarus y Folkman, y para fines prácticos se plasma de la siguiente manera:

Afrontamiento ante la muerte: son las respuestas cognitivo-conductuales que las personas muestran frente a la muerte, y las estrategias internas y externas que emplean para reducir o asimilar ese acontecimiento.

Desde esta perspectiva, lo elemental en el análisis del afrontamiento es la representación de lo que piensa y hace el individuo, cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar y su vínculo con las emociones que experimenta en un determinado contexto.

Hasta ahora diferentes estudios dirigen su atención, más que a la adaptación *per se* que supone el afrontamiento, al examen de la efectividad de las diferentes estrategias en los niveles de ajuste a situaciones particulares²⁶⁻³⁰. En este mismo sentido Moos³¹ hace una descripción del afrontamiento como proceso, basado en el modelo de Lázarus, para utilizarlo en la valoración clínica del estrés.

2.2.2 Afrontamiento como proceso

El afrontamiento como proceso se desprende del modelo de Lázarus y Folkman²⁶, el cual se centra en la interacción del sujeto con su entorno. En cómo el individuo hace frente a las demandas que el entorno le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del entorno, que básicamente es social, el modo en que se siente comprometido por ella (compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee en demanda desde su biografía), sus relaciones actuales y su posición social y a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido al valorar la situación y al planificarlas de cara a unos objetivos.

Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva, en el que es fundamental la función perceptiva de atribución, el valor que otorgan los sujetos, mediante cogniciones evaluativas a los sucesos. Es evidente que estas cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso acumulativo, en el que intervienen: desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales, la inteligencia social que permite integrar (dentro de un marco coherente) los patrones de relación interpersonal, y que es objeto de aprendizaje no intencional con claras

semejanzas y relaciones con el aprendizaje del lenguaje, hasta la interiorización de patrones culturales y la auto imagen que el sujeto genera a través de su biografía, se resume el modelo en el siguiente esquema:

La demanda del entorno en cuanto a compromiso.

Irrelevante. No afecta al sujeto, no significa un compromiso físico, ni personal ni social. No da lugar a respuesta de orden emocional (indiferencia).

Relevante. La situación novedosa en el entorno significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto, ya sea física, personal o social (es una situación de estrés), y provoca que el individuo fije su atención, lo que genera un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación.

Los procesos de evaluación de la situación estresante.

Evaluación primaria. Es la valoración que el sujeto hace de la situación *per se*, si significa riesgo, compromiso a su bienestar o hasta supervivencia. Está íntimamente ligada a:

Evaluación secundaria. Es la evaluación que hace el sujeto de sus recursos (personales, sociales, económicos e institucionales), para hacer frente a la demanda del entorno. En función a esta valoración, el sujeto considera si posee recursos y capacidad para afrontar. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

Desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación: moviliza sus recursos y genera sentimientos de eficacia y de logro.

Amenaza. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situa-

ción, se siente desbordado por ella: genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz y oscila de una actividad caótica a la inactividad. Es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacía los patrones más primitivos, menos elaborados de conducta. Para el modelo de afrontamiento, la respuesta ansiosa es una respuesta anticipatoria, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Vinculando el estrés, que es la percepción de demanda a la que es sometido el individuo, con la angustia y con la ansiedad.

El proceso de afrontamiento descrito tiene dos vertientes claras, ambas con relación a la valoración de la realidad que podemos modificar. Es claro reconocer que hay cosas que pueden modificarse, otras que se pueden a medias, y otras que no dependen de nosotros. El reconocer esta diferencia es fundamental dentro del aprendizaje del proceso de afrontamiento; así, surgen dos formas complementarias de afrontamiento:

Afrontamiento dirigido al problema. Orientado al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones aumenta la capacidad de ajuste del sujeto, la auto evaluación en el sentido de eficacia, y claros sentimientos de gozo. También suelen suponer un refuerzo del papel del sujeto en su entorno.

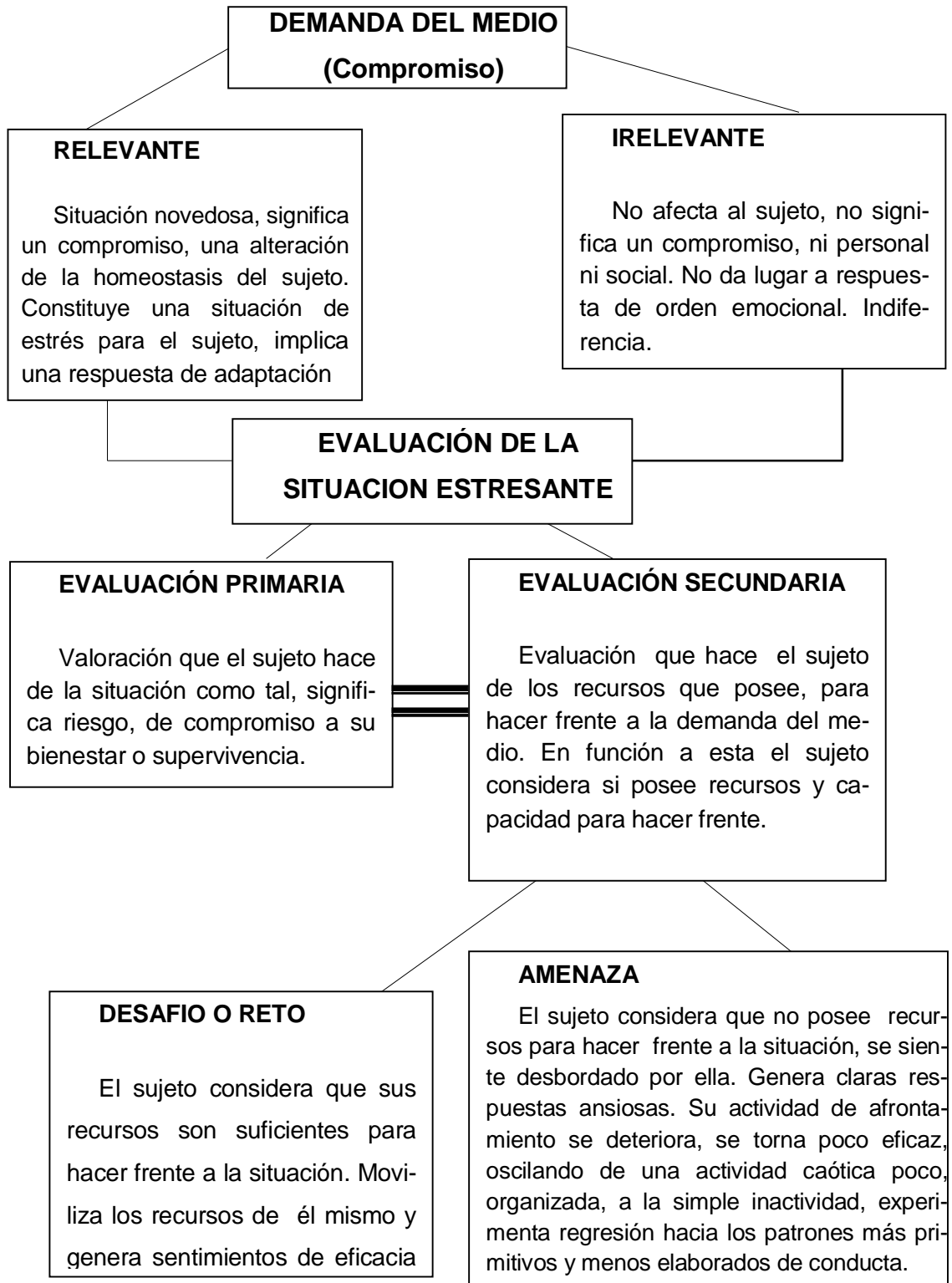
Afrontamiento dirigido a la emoción. En este caso el sujeto no modifica la situación, realiza una reevaluación, valora el nivel de amenaza, si realmente afecta a compromisos tan relevantes, hasta qué punto podemos soportar la situación, y la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento. En síntesis, este afrontamiento parte de la aceptación de la realidad, de la limitación de nuestros recursos para modificarla, y en la valoración de la virtud como capacidad de tolerar y soportar.

Es evidente que estas cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso

acumulativo en el que intervienen, desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales, la inteligencia social que permite integrar en un marco coherente los diferentes patrones de relación interpersonal, y que es objeto de aprendizaje no intencional con claras semejanzas y relaciones con el aprendizaje del lenguaje, hasta la interiorización de patrones culturales y la auto imagen que el sujeto genera de sí mismo (Fig.1).

Para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta anticipatoria, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza y la incapacidad de hacer frente a la ansiedad. Vinculando de este modo el estrés, que es la percepción de demanda a que es sometido el individuo, con la angustia y con la ansiedad.

Fig. 1.



Elaborado por: Lic. Enf. Araceli Saldívar Flores (2006) basado en el Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Por otra parte, Moss³¹, describe el modelo en tres aspectos principales:

Primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o haría en determinadas condiciones.

Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico, es decir, para entender el afrontamiento y evaluarlo se necesita conocer aquello que el individuo afronta. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno.

Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos, a medida que la interacción va desarrollándose.

Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es producto de la casualidad, los cambios son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones en la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión.

Casado³², alude al afrontamiento como proceso y puede observarse en la duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida. Por ejemplo, cuando se pierde a un ser querido, puede haber un fuerte “shock” inicial e incredulidad o bien puede haber intentos de negación de la

muerte, También puede haber un sentimiento de rabia, llanto o esfuerzos por sobrellevar la situación social o laboral. En las etapas posteriores puede aparecer desinterés y depresión, seguido de la aceptación de la pérdida, la reanudación de las actividades habituales e incluso, a veces, adhesión a otras personas. El proceso completo puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien pueden durar algunos meses.

Una característica importante de la conceptualización de afrontamiento como proceso, incluye mucho más que la solución de un problema y el desarrollo efectivo del individuo, implica también la utilización de estrategias para cada situación que se presente, de este modo se determina la función de afrontar.

2.2.3 Función del afrontamiento

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia: el resultado del afrontamiento constituye el efecto que cada estrategia tiene. Una estrategia sirve para una función determinada (por ejemplo, la evitación), pero puede fracasar en su intento de evitar. Es decir, las funciones no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tengan determinados resultados.

White²⁴, describe tres funciones del afrontamiento desde la psicología del yo: 1) asegura la información adecuada del entorno, 2) mantiene condiciones internas tanto para la acción como para el procesamiento de la información, y 3) mantiene autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión.

Mechanic¹⁷, parte de una perspectiva socio-psicológica y cita también tres funciones:

1) Afrontar las demandas sociales y del entorno, 2) Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a las demandas, y 3) Mantener el equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Finalmente, existen funciones del afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como salud/enfermedad^{33,34}, exámenes³⁵, crisis políticas³⁶, etc. Las funciones definidas dentro de conceptos específicos son menos generales, y más específicas de la situación, que las que derivan de perspectivas teóricas más amplias.

En este sentido Folkman y Lazarus establecen en su modelo dos formas de afrontamiento, 1) dirigido a la emoción y 2) dirigido al problema. El primero tiene más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación, en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes del entorno. La forma de afrontamiento dirigida al problema, es más susceptible de aparecer cuando tales condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio¹⁵.

Afrontamiento dirigido a la emoción.

Un considerable grupo de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción, esta constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Muchas de estas estrategias derivan de las teorías e investigaciones realizadas sobre los procesos defensivos y se utilizan prácticamente en todo tipo de interacción estresante. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la for-

ma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la *reevaluación*. También se han referido a estos afrontamientos cognitivos como “*reevaluaciones defensivas*” Sin embargo, Lazarus es determinante al señalar que la palabra *defensivo* implica distorsión de la relación con la realidad, por ello este aspecto no lo incorporan a la definición de afrontamiento.

Otras estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción no cambian directamente el significado del acontecimiento, como hacen las reevaluaciones cognitivas. El significado de una interacción puede permanecer inalterable, aunque algunos de estos aspectos sean ignorados o desaparezca temporalmente.

El afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc. Estos procesos conducen por si mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad³⁷.

Afrontamiento dirigido al problema.

El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la solución del problema, lo cual implica establecer un objetivo y análisis del entorno, pero también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

En este sentido se habla de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

El modo de afrontamiento dirigido al problema aplicable a diversas situaciones parece relativamente limitado, si se compara con el extenso número de estrategias dirigidas a la emoción.

Relación entre las formas de afrontamiento, la dirigida al problema y la dirigida a la emoción.

Mencionan algunos teóricos que tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse durante el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

Hay y Oken³⁸, observaron que estrategias como el distanciamiento y la evitación, parecían disminuir el grado de trastorno de las enfermeras en una UCI lo que, a su vez, les permitía el cuidado más eficaz de los enfermos. Un interesante resultado de esta combinación de afrontamiento dirigido a la emoción y al problema, es que las mismas técnicas empleadas por las enfermeras para regular su emoción, probablemente les hacía parecer como distantes y automatizadas, frustrando las necesidades de calor y apoyo emocional a los enfermos. Esta evidencia ejemplifica la relación de las dos formas de afrontamiento; sin embargo, esto sería imposible si la persona que se enfrenta a un determinado contexto estresante no tiene los recursos necesarios para ello.

Recursos de las formas de afrontamiento.

La forma en que la persona realmente afronta la situación depende, principalmente, de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de recursos para una interacción determinada.

Es casi imposible catalogar todos los recursos que muestran las personas para

afrontar todas las demandas de la vida, por ello se identifican las principales categorías:

- Aquellos que se consideran propiedad del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos),
- Las creencias positivas (recursos psicológicos),
- Las técnicas sociales (aptitudes) y
- Resolución de problemas.

Autores como Lazarus y Folkman, Moos, Billing y Páez^{26, 31, 33,34}, concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias, según estén dirigidas a:

- 1.- La valoración (afrontamiento cognitivo).
- 2.- El problema (afrontamiento conductual).
- 3.- La emoción (afrontamiento emocional).

Carver y sus colaboradores³⁹ desarrollaron un inventario de afrontamiento multi-dimensional *The Cope Inventory* (C.O.P.E), el cual propone un modelo de estrategias de afrontamiento, sumando a las anteriores dos escalas conceptualmente diferentes:

- Afrontamiento evitativo.
- Uso de sustancias.

Algunos estudios sugieren la relación entre el uso de determinadas respuestas de afrontamiento y la adaptación a situaciones críticas^{28, 30, 31, 40}. Se sabe que toda crisis supone una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal que, mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas, permiten alcanzar una adaptación satisfactoria^{36, 41}. En general, la finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento consiste en:

1. Mantener balance emocional.
2. Preservar una imagen de sí satisfactoria y sentido de competencia personal.
3. Sostener relaciones sociales.
4. Prepararse para futuras situaciones problemáticas.

Carver y cols., Lazarus, Folkman y Moos^{39,26,31}, coinciden en afirmar que las formas activas de afrontamiento se refieren a esfuerzos para manejar directamente el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación. En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas.

Estrategias de afrontamiento.

Fernández-Abascal³⁷, define que las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Esta perspectiva intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas que pueden establecerse en las formas de afrontamiento. En una de las primeras aportaciones se propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas:

- A) De acuerdo al "*método utilizado*", según el cual el afrontamiento puede ser activo, pasivo o de evitación y
- B) Por la "*focalización de la respuesta*" da lugar a tres tipos de afrontamiento:
 1. Focalizado en la evaluación de la situación,
 2. Dirigido al problema o a la emoción,
 3. La "naturaleza de la respuesta" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.

En relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es menos precisa debido a las diferentes etiquetas verbales utilizadas, ya que su definición ha estado unida al desarrollo de instrumentos para su medición. Este autor ha realizado un listado exhaustivo de las estrategias de afrontamiento definidas en la literatura científica. Se identificaron 18 estrategias: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

El inventario de afrontamiento multidimensional C.O.P.E.³⁹, considera otras estrategias, las cuales se establecen a partir de dos formas generales de afrontamiento. La primera es el afrontamiento enfocado al problema, dirigido precisamente a solucionar el problema o a hacer algo para alterar la fuente del estrés. La segunda, llamada afrontamiento enfocado a la emoción, esta dirigida a reducir o manejar la aflicción emocional que se asocia con la situación.

Se describe también, que aunque la mayoría de los estresores provocan ambas formas de afrontamiento, el afrontamiento enfocado al problema tiende a predominar cuando la persona siente que puede hacer algo constructivo, mientras que el afrontamiento enfocado a la emoción tiende a predominar cuando las personas sienten que el estresor es algo que debe ser soportado.

Dimensión de las estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento activo incluye iniciar acción directa, aumentar los esfuerzos propios, y tratar de ejecutar un intento de afrontamiento de forma escalonada. Esto es muy similar al núcleo de lo que Lazarus, Folkman y otros llaman afrontamiento enfocado al problema. Sin embargo, Carver hace algunas distinciones dentro de

esta categoría, que son reconocidas como estrategias y a continuación se mencionan:

1. Planificación: es pensar sobre cómo tratar con un estresor, abarca proponer estrategias de acción, pensar en qué pasos dar, y cómo manejar mejor el problema. Esta actividad claramente está enfocada al problema, pero difiere conceptualmente de ejecutar una acción enfocada al problema. La planificación ocurre durante la valoración secundaria, mientras que el afrontamiento activo ocurre durante la fase de afrontamiento.

2. Constricción: la persona puede suprimir el involucramiento en actividades competitivas o puede suprimir el procesar canales de información competitivos, para concentrarse completamente en el desafío o amenaza.

3. Supresión de actividades competentes: monitorear otras actividades: significa poner otros proyectos de lado, tratando de evitar ser distraído por otros eventos (hasta permitir que otras cosas se deslicen, si es necesario), para tratar con el estresor.

4. Restricción: esperar antes de actuar: es esperar una oportunidad apropiada para actuar, se presenta por sí sola, reteniéndose uno mismo, y no actuando prematuramente. Esta es una estrategia de afrontamiento activa en el sentido que el comportamiento de la persona se enfoca en tratar efectivamente con el estresor, pero también es una estrategia pasiva en el sentido de que usar la restricción significa no actuar. Aunque restringir a menudo es ignorado como estrategia de afrontamiento potencial, a veces es una respuesta necesaria y funcional al estrés.

5. Búsqueda de apoyo social: buscar ayuda: la persona busca consejo, ayuda o información relacionada con el evento estresante.

Por otra parte, algunas respuestas enfocadas a la emoción son:

1. Negación: es una respuesta que algunas veces surge en la valoración primaria, y se considera que a veces es controversial. A menudo se ha sugerido que la negación es útil, minimiza la angustia, y por lo tanto facilita el afrontamiento. Breznitz, Cohen y Lazarus, y Wilson⁴²⁻⁴⁴, argumentan que alternativamente la negación solo crea problemas adicionales a menos que el estresor pueda ser ignorado. Esto es, negar la realidad del evento permite o hace que el evento se vuelva más serio, haciendo por tanto más difícil el afrontamiento que eventualmente debe ocurrir⁴⁵.

2. Reinterpretación positiva: se encamina al manejo de la angustia más que tratar con el estresor per se. Sin embargo, el valor de esta tendencia no está limitado a la reducción de la aflicción, es servir como una fuente de apoyo emocional, como un vehículo para reinterpretación y crecimiento positivo, o como una táctica de afrontamiento activo con un estresor.

3. Apoyo emocional: la persona busca obtener apoyo moral, comprensión o entendimiento.

4. Evitación: incluye la desconexión o evitación cognitiva y/o conductual, implica esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. Es decir, construir una transacción estresante en términos positivos debería intrínsecamente llevar a la persona a continuar (o reasumir) acciones activas, de afrontamiento enfocadas al problema.

5. Desasociación de comportamiento o conductual: consiste en reducir el esfuerzo propio para tratar con el estresor, hasta renunciar al intento de lograr metas con las que el estresor esté interfiriendo. La desasociación conductual se refleja en fenómenos que también son identificados con términos como desamparo o impotencia. Es más probable que la desasociación ocurra cuando la persona espera pobres resultados de afrontamiento.

6. Desasociación mental: se presenta como una variación de la desasociación conductual, y sucede cuando las condiciones previenen que se presente la desasociación conductual⁴⁶. Entonces, una amplia variedad de actividades sirven para distraer a la persona de pensar sobre la dimensión, o meta conductual con la que el estresor ha interferido o está interfiriendo. Las tácticas que reflejan desasociación mental incluyen usar actividades alternativas para alejar la mente de un problema (una tendencia opuesta a la supresión de actividades competitivas).

7. Aceptación: es una respuesta de afrontamiento funcional, en que una persona que acepta la realidad de una situación estresante se compromete para intentar, tratar o lidiar con la situación. La aceptación tropieza con dos aspectos del proceso de afrontamiento: la aceptación de un estresor como algo real y la aceptación de una ausencia real de estrategias de afrontamiento activo.

8. Volver hacia la religión: la información recogida por McCrae y Costa⁴⁷, sugiere que esa táctica de afrontamiento puede ser muy importante para muchas personas, puede volverse a la religión cuando se está bajo estrés por razones que varían ampliamente. Existe evidencia empírica que muestra los efectos positivos de los rituales, públicos y privados, religiosos como forma de afrontar hechos estresantes, en particular la pérdida. Además, la religiosidad se asocia al bienestar, mediante rezar y participar en ritos religiosos se considera efectivo, presentando funciones psicológicas para la adaptación.

Una de las conclusiones de Carver y Scheier³⁹ es que existen diferentes formas de tratar con la adversidad de la vida y que medir todas en un solo inventario representa un reto muy importante. Ellos sugieren que no hay límite para determinar otras estrategias de afrontamiento; sin embargo, las que se han mencionado tienen pertinencia y sustento teórico para utilizarlas en la medición del afrontamiento ante la muerte.

2.2.4 Afrontamiento ante la muerte

Durante nuestra vida tenemos que enfrentarnos a diferentes momentos angustiantes y tristes, pero hay uno que es especialmente difícil: la muerte. Se puede decir que parte de nuestro trayecto por la vida lo dedicamos a afrontar la muerte como realidad inevitable. Las personas que han conseguido no reflexionar sobre ella, bien por falta de necesidad, bien por evitación, habrán conseguido no sentirse demasiado mal, pero serán más vulnerables a cualquier acontecimiento que les coloque frente a este hecho.

Como realidad inevitable, la muerte puede afrontarse de muchas maneras: desde la fe, desde la negación del hecho, desde la resignación, desde la aceptación. Hay dos pensamientos que, con mayor frecuencia, alimentan el malestar en relación a la muerte: el que pueda ocurrir en cualquier momento y sin poder hacer nada por evitarlo, y el ¿qué habrá después de morir?

Es innegable que vivir experiencias cercanas a la muerte: accidente, agresiones, muertes de personas próximas, presenciar muertes por hechos violentos, nos coloca en un estado de vulnerabilidad. La intensidad de las emociones dificulta afrontar los hechos con una distancia suficiente. No obstante son las personas que han vivido esas experiencias las que tienen más necesidad de afrontar la idea de la muerte. De no ser así, podrán aparecer miedos y evitaciones que dificultarán la calidad de vida de la persona.

Se han dado grandes cambios en la forma de morir y de afrontar la muerte. En la actualidad la muerte propia suele ser rechazada, como si no fuera a ocurrir nunca; o se vive con miedo, distancia, preocupación, y sólo en algunos casos, aceptación. La muerte se siente como algo lejano y que sucede a los “otros”, por lo que se rechaza, se oculta y se silencia. Por ello, no es de extrañar que, con la pretensión de proteger al moribundo o al enfermo grave, se oculte hasta el final la gravedad del enfermo.

La muerte ha pasado de considerarse un espectáculo público a ser un acontecimiento privado, íntimo. Se ha ganado en privacidad pero a costa, en algunas ocasiones, de la soledad. El duelo, por su parte, ha perdido su valor de antaño y prácticamente ha desaparecido.

Las causas que pueden explicar estos cambios son producto de la evolución de la sociedad: la urbanización, el progreso de la tecnología, la medicalización de la enfermedad, y como consecuencia, la simplificación o desaparición de los ritos, la ruptura de los lazos sociales y la medicalización de la muerte⁴⁸.

En la teoría del estrés, el duelo se considera un estresor y, en los diferentes momentos del proceso (desde la anticipación de la pérdida a la resolución del duelo), se requieren dos tipos de afrontamiento: el dirigido al problema y el centrado en la emoción. El primero sería más adecuado en situaciones susceptibles de ser modificadas y el segundo sería más útil ante las irreversibles. Las enfermeras no están exentas de experimentar algún tipo de duelo, obviamente dependiendo de la forma de afrontamiento que se presente.

¿Qué es el duelo?

El duelo es el proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca van a depender de varios factores. Éstos son, entre otros, la relación emocional y de dependencia con el ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación para la pérdida, etc. El duelo es, en principio, un proceso normal que cumple una función adaptativa. No requiere en la mayoría de los casos de intervenciones específicas, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados, tanto internos como externos, para hacer frente a la pérdida⁴⁹.

Algunos estudios concluyen que las personas en duelo tienen una morbimortalidad superior a la población general. Se ha mostrado que tras una pérdida

mayor, dos terceras partes de las personas en duelo evolucionan con normalidad y el resto padece alteraciones en su salud física, mental o ambas. El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio, las personas pueden padecer depresión o ansiedad^{49, 50}. La duración del duelo es muy variable, dependiendo de cada persona y situación.

Las repercusiones del duelo suelen presentarse a nivel cognitivo-conductual con manifestaciones como: incredulidad, confusión, dificultad para concentrarse, preocupación, acepción o distorsiones cognitivas por distracción para la primera y aislamiento social, llanto, hablar del fallecido, hiper o hipo actividad y descontrol u olvidos de actividades de la vida diaria, para la segunda.

Pero también afectivamente con expresiones de impotencia, insensibilidad, anhelo, tristeza, apatía, abatimiento, angustia, ira, frustración y enfado. Físicamente se pueden presentar síntomas de vacío en el estómago, boca seca, opresión del tórax, garganta o falta de aire, dolor de cabeza, falta de energía, debilidad, falta de sueño y/o apetito, entre otras^{49, 51-53}.

Con toda esta variedad de síntomas que pueden presentarse, es de suponer que las enfermeras pongan en marcha ciertas estrategias defensivas, como:

- Eludir el cuidado del enfermo, no afrontando la convivencia cotidiana con él: "a mí no me toca este paciente"⁵⁴.

- Otro mecanismo defensivo es el conocido como "pacto o conspiración del silencio", evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte, lo cual se traduce en un mayor aislamiento del paciente⁵⁵.

Las etapas del duelo, formuladas por Kübler-Ross, también suelen aparecer en familiares y allegados, igual que en el profesional de enfermería; sin embargo es-

tas continúan más allá del momento de la muerte, generándose un proceso con las siguientes etapas⁵⁶.

1) Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad.

2) Anhelo y búsqueda del referente perdido: aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión y culpa, con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico, hablamos de un duelo patológico).

3) Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.

4) Reorganización: si se van superando las fases poco a poco, surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase, el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión supera el año tras la pérdida); aunque las manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte⁵⁷.

Por lo anterior, es evidente que debe tenerse un panorama sobre aspectos socio-culturales relacionados con la muerte, para poder comprender por qué se han presentando estas respuestas en el ser humano, aspectos que se describen en el siguiente capítulo.

2.3 Interpretación de la Muerte

La idea de la muerte ha sido siempre consustancial al pensamiento humano desde la antigüedad. Es un tema de preocupación tan intenso que incluso algunas civilizaciones, como la egipcia centraron en torno a la muerte gran parte de sus actividades económicas y artísticas. El hecho de que la única de las siete maravillas del mundo que aún permanece es, precisamente, un conjunto de

tumbas puede considerarse anecdótico pero, de alguna manera, pone de manifiesto la importancia y la persistencia histórica de la preocupación humana por la muerte⁵⁸.

Es evidente que todos tenemos miedo a la muerte, a lo desconocido, a la incertidumbre. Generalmente incomoda estar delante de una persona que está muriendo, quizá porque nos hace pensar en nuestra propia muerte, afloran nuestros miedos y tenemos tendencia a alejarnos de estas situaciones⁵⁹.

Sin embargo, el concepto de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples acepciones, de manera que su abordaje y comprensión dependen, en gran parte, de aspectos como la edad, la cultura, la educación, la sociedad o la religión. Asimismo, el concepto de muerte que posee el ser humano es relativo y temporal, y varía con el desarrollo ontogenético de la persona⁶⁰. Por otra parte, la muerte genera una gran diversidad de actitudes y emociones, debido a su naturaleza aversiva, tanto en el niño y en el adolescente como en los adultos.

En este sentido, hablar de la muerte significa hablar de separaciones y de múltiples pérdidas, resultando difícil su abordaje, ya que se ven implicados un gran número de emociones y sentimientos. De hecho, la muerte tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, las creencias y la sociedad donde acontece⁶¹. En la hedonista sociedad occidental, en la que a través de la publicidad y del consumo se potencia el éxito, el poder, el placer inmediato y la eterna juventud, hay una tendencia social a aislar el fenómeno de la muerte y de todo lo que la rodea. Por ello, la muerte no tiene cabida, y es considerada tabú.

La capacidad de ser conscientes de la propia mortalidad parece ser consecuencia del nivel superior de conciencia que caracteriza a los seres humanos⁶². La muerte, como fenómeno que supera el control personal, genera en la mayoría de las personas gran preocupación, miedo y ansiedad. Sin embargo, el nivel de an-

siedad que se experimenta ante la muerte y las formas de expresarlo, pueden variar mucho de individuo a individuo y de una sociedad a otra.

El contacto con la muerte es muy frecuente en el profesional de enfermería, quien mantiene una relación más estrecha con el paciente y la familia durante la enfermedad y en sus últimos momentos. Estas profesionales, que han de enfrentar frecuentemente la agonía y la muerte de las personas a las que cuidan, pueden verse afectadas por ansiedad en mayor o menor grado, al intervenir sus propios miedos ante la muerte^{63, 64}, ansiedad que puede traducirse en una atención inadecuada al enfermo y a sus familiares, como por ejemplo, manifestando actitudes de evitación o de inseguridad.

En el siguiente apartado se describen con más precisión algunos aspectos culturales, relacionados con la interpretación de la muerte.

2.3.1 Aspectos Culturales sobre muerte

Antiguas Culturas de México.

Entre los antiguos mexicanos, la muerte era un fenómeno siempre presente en la sociedad, no se ocultaba, se ponía al descubierto y se enfrentaba; por lo que al parecer la carga psíquica que da un tinte trágico a la existencia del mexicano, hoy como hace dos o tres mil años, no es el temor a la muerte sino la angustia ante la vida⁶⁵.

Los mexicas afirmaban que la tierra es lugar de mucho llanto y amargura, no temían a su Dios de la muerte Mictlantecuhtli, sino temblaban ante la incertidumbre que es la vida del hombre, representada por Tezcatlipoca, el Dios de la vida. Cuando los mexicas se encontraban en Aztlán, el Dios solar Huitzilopochtli, era un Dios de la guerra y por tanto sangriento. Su nombre significa “colibrí zurdo”. Por razones biológicas el colibrí tiene un corazón muy grande con respecto a su ta-

maño, un tercio de su peso lo constituye su corazón; de ahí que se alimentara al sol con corazones humanos. La muerte de los sacrificados, al alimentar al sol, hacía que el universo continuara en marcha. Por tanto, la muerte es fuente de vida, ya que permite que la vida continúe⁶⁶.

Cuando alguien nacía, inmediatamente los aztecas consultaban el calendario para ver bajo que advocación había nacido. Así, dependiendo del día de nacimiento, las estrellas le preparaban un destino y una muerte determinada. Asimismo, justificaban teológicamente a la muerte por sacrificio, la guerra queda entonces plenamente justificada y aceptada ya que ésta será la principal fuente de sacrificados; así, desde el nacimiento se enterraba la placenta en el campo de batalla como una liga mágica de atracción para el recién nacido, aún más, la muerte en la guerra era deseada^{67, 68}.

Para los mayas el Dios de la muerte era Ah Puch y creían en la inmortalidad del alma y que esta iba a un lugar de eterno placer o al Mithal, equivalente al infierno y reino de Hunhac, príncipe de los demonios. El sacrificio humano, introducido por los aztecas, tomó forma maya en el Cenote (Pozo Natural) de Chichen Itzá. Los mayas le llamaban al niño recién nacido “prisionero de vida”, ya que para ellos la muerte libera al hombre de la cárcel que es la vida⁶⁸.

En la cultura Tolteca, el Dios Quetzalcóatl se sacrificó después de haber cometido algunos errores y de las brasas que quedaron después de su incineración, resucitó su corazón, convirtiéndose en la estrella de la mañana (el planeta Venus). Los hombres imitaban a los dioses con trabajo y sacrificios para que la vida continuara.

León Portilla y López, citados por Pereda⁶⁶, concuerdan en que había cuatro sitios a donde iban los muertos, dependiendo del tipo de muerte que habían tenido, según las culturas prehispánicas:

1. Tlalocan: ahí se encontraban los ahogados, los muertos por un rayo, los hidrópicos, los golosos y los muertos en sacrificio en honor a Tlaloc.

2. Mictlan: estaba gobernado por el dios Mictlantecuhtli y su mujer Mictecacihuatl. A este sitio iban los que habían muerto en forma natural; es decir, por enfermedad o vejez.

3. Chichihuacuauhue: a este sitio iban los niños que morían antes de tener uso de razón; donde había un gran árbol cuyos frutos eran senos de los que goteaba leche que los niños mamaban. Los niños tenían que pasar una eterna infancia colgados de este árbol. Se consideraba un paraíso infantil.

4. Tonatiuh Ilhuicatl o cielo del sol: era el lugar más glorioso de todos, al que iban los muertos en combate, los muertos en sacrificio a los dioses y las mujeres que fallecían durante el parto. Las actividades que tenían que realizar los guerreros era acompañar al sol (Huitzilopochtli) en su camino desde el amanecer hasta el cenit. En cuanto alguien moría, preparaban el cadáver envolviéndolo en papel amate o en mantas que se ataban con mecates. Al muerto le ponían una piedra preciosa dentro de la boca que le serviría de corazón en la otra vida.

Una vez incinerado el cadáver, se recogían las cenizas y la piedra que se había puesto en la boca. Se metían estas en una caja que era enterrada en el templo. Las fiestas funerarias continuaban a los 20, 40, 60 y 80 días. Después de cada año, siendo el último el cuarto año en que ya se había llegado al Mictlán o a otro lugar.

Generalmente los pueblos no civilizados creen que mientras no se celebre el rito de los funerales, el muerto puede volver y castigar a los vivos. El temor de sufrir este nefasto castigo, originó el culto a los difuntos, que algunos pueblos no civilizados llevan a veces a un gran extremo, al creer que el alma de la persona desaparecida puede reencarnarse en el cuerpo de algún animal o planta, o tener

alguna segunda existencia activa y personal convertida en espíritu.

La cultura India, cree que todo lo que muere nace nuevamente y al nacer, vuelve a morir; considerándose así, la inevitabilidad de la muerte sin que exista razón alguna para la aflicción ante ese suceso. El renacimiento de las personas fallecidas tanto buenas como malas era recompensado de acuerdo a sus actos precedentes a la muerte.

La cultura Hindú, considera que la muerte conduce a una fusión con el cosmos al desprenderse de todo apego del mundo, ayudando ésta postura al hombre a una reconciliación con su propia muerte, al percibir el renacimiento como una pesadilla. Asimismo, ésta cultura afirma que el alma no sólo es inmortal sino eterna.

Los griegos valoraban como un tesoro la brevedad de la vida de un ser humano y les disgustaba que se prolongara, muchos griegos no se entusiasmaban por morir tempranamente. Creían en la inmortalidad del alma, en la transmigración de re-
dención a otra.

La cultura Egipcia posee “El Libro Egipcio de los Muertos”, el cual prescribe las acciones que deben realizar los vivos después de la muerte de algún familiar o miembro de la comunidad⁶⁹. Los egipcios basaban sus esperanzas en la creencia de la indestructibilidad del cuerpo humano o, por lo menos del cuerpo de aquellos que durante su vida habían ejercido un poder indestructible⁷⁰.

Durante el siglo XVI, en la península ibérica y en la Nueva España, en los entierros de los niños había bailes, cohetes y música, pues el niño al morir, era inocente e iba al cielo, y no había por qué entristecerse. Cuando moría una persona mayor, en la víspera del entierro se velaba el cuerpo del muerto. La Época Colonial introdujo a México el terror a la muerte y al infierno, vestigios medievales y elementos principales del cristianismo se divulgaron a partir de entonces⁷¹.

Para el siglo XVIII la muerte dejó de ser algo terrorífico para representarse como una figura amable, es el tiempo de las pompas funerarias.

En el siglo XX, se deja sentir la angustia ante la perspectiva de morir, como todo ser humano, pero existen diferencias entre los pueblos, porque transformamos a la muerte en algo familiar y cotidiano; ponemos su nombre en calles y avenidas como “Barranca del Muerto”, se juega con la muerte, se le hacen corridos; pero a pesar de ese juego y esa burla, se le tiene un respeto que se manifiesta de diversas formas, una de ellas es la celebración del “Día de Muertos”.

Lifton y Olson, citados por Aizpuru⁶⁹, afirman que la cultura occidental ha ocultado a la muerte, de la misma forma que en el siglo XIX se oculto lo relacionado a la sexualidad.

Guevara y Martínez⁷², explican que en occidente el hombre moderno concibe a la muerte como una separación o una repentina desaparición de él mismo, algo destructivo que hay que evitar a toda costa. Meyer⁷³, señala que el hombre moderno adopta una actitud más natural y más abierta frente a su finitud, que el morir ha pasado a ser un hecho natural y la muerte es el fin de la persona total, no solo en las ciencias naturales e históricas sino también en algunas concepciones teológicas.

2.3.2 Aspectos religiosos relacionados con la muerte

La religión es un aspecto de gran influencia en el comportamiento humano y a su vez en la perspectiva que cada persona tiene sobre la muerte. El término “religioso” se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad, lo cual puede manifestarse como la necesidad de ver a un sacerdote, rezar o meditar, recibir los sacramentos, etc. Por otro lado, el término “espiritualidad” es contemplado como una búsqueda de significado.

Para saber más sobre la influencia de la religión en el significado de la muerte para las personas, se presenta una síntesis de las religiones más representativas del mundo.

Ateos y humanistas: las personas ateas no profesan ninguna religión. Por otro lado, la frase “el hombre es la medida de todas las cosas” es la base de la filosofía humanista, la cual piensa que al morir, la vida de una persona se termina por completo, por lo tanto no creen en la inmortalidad.

Los Budistas: proclaman el bienestar ético y espiritual de cada persona y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida. Esta religión define a la muerte como una totalidad, aclarando que la fuerza de la vida no es totalmente destruida con la muerte del cuerpo, simplemente se desplaza y se transforma para continuar funcionando en otra forma, por lo tanto, creen en la reencarnación.

En tanto el Cristianismo: considera que el cuerpo está muerto cuando el espíritu lo abandona. En la Biblia se mencionan tres tipos de muerte: 1. Muerte Temporal: en esta el espíritu se separa del cuerpo. 2. Muerte Espiritual: ocurre cuando el espíritu se separa de Dios y este espíritu es arrojado al “lago del fuego”, donde se vuelve eterno. 3. Muerte Cristiana: es el comienzo de la vida espiritual y eterna “El polvo regresará a la tierra como era, y el espíritu regresará a Dios, quien lo dió”. Por lo tanto, en la Biblia se puede encontrar que el hombre es una entidad compuesta por cuerpo, alma, mente-espíritu, y sólo el cuerpo es mortal.

Para los hindús: el morir implica liberarse de la situación actual y pasar a otra mejor. El moribundo puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la siguiente reencarnación. Después de la muerte, los parientes llevan el cuerpo y lo visten con ropa nueva antes de sacarlo del hospital. Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece esto, independiente de lo joven que sea⁷⁴.

El Islam o musulmán: siente una gran resignación ante la muerte. Desde el primer día de vida sabe que va a morir y se está consciente de ello. En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios de un musulmán son “No existe ningún otro Dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta”. Cualquier musulmán puede decir esto al oído del moribundo, si este es incapaz de decirlo por sí mismo. Después del deceso, el cuerpo no debe ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán. Además, al difunto se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho (para enterrarlo con la cabeza hacia la Meca), los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla.

En el judaísmo post bíblico: la muerte se concibe como la separación del alma del cuerpo. Cuando la muerte ocurre, se debe tratar al cuerpo de una forma respetuosa y especial, no se permite la mutilación del mismo a menos que exista alguna disposición legal para practicar la autopsia. El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas, y el cuerpo, por lo general, se entierra. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones⁷³.

Esta semblanza cultural y religiosa ilustra indiscutiblemente las creencias, ritos y caracterizaciones que se han dado en relación a la muerte, pero no se ha descrito tácitamente cuales eran las emociones de las personas de esas culturas, es necesario entonces, puntualizar la evolución de estas manifestaciones en el hombre en presencia de la muerte.

2.3.3 Angustia ante la muerte

Uno de los primeros documentos históricos de la humanidad, el Poema Babilónico de *Gilgamesh o de la angustia de la muerte*, relata la toma de consciencia de la propia muerte. Dice el poema que Enkidu, el mejor amigo de Gilgamesh, muere y al mirarlo éste, se da cuenta y reflexiona: “Lo que le sucedió a mi amigo me sucederá a mí”⁷⁵. Esta primera reflexión histórica nos advierte la experiencia compar-

tida de la muerte. Este enfrentamiento con la realidad será la angustia primera, la angustia de muerte. Es el otro, quién nos hace tomar conciencia de la propia muerte y frente a ella nace, como imagen en espejo, la angustia existencial que desencadena la necesidad de trascendencia en el nombre de la humanidad.

La existencia se sucede dentro de la realidad y es ordenada por la vida, pero para los seres humanos se sucederá la continuidad del alma inmortal cuando dos seres se tocan y se continúan el uno al otro, confundándose entre sí⁷⁶.

En el siglo pasado el ser humano no deja de ser culpable, la muerte sigue siendo castigo divino, y a la vez es una forma de expiar para tener la oportunidad de entrar a la gloria y entonces sí, ser inmortales.

Frente a la muerte de un ser humano no se puede hablar de fracciones, sino de equipos que conformen un frente común para ascender y contenerlo. La fe de los individuos es una parte fundamental del morir humano y habrá de ser contenida y atendida conforme a todas las maneras de pensar y de sentir. La religión que profese debe, asimismo, recibir su oportunidad y si el caso, merecerá el respeto irrestricto de sus ideas.

Ahora bien, en los pueblos la muerte se vive en conjunto, todos tienen algo que hacer, todos hacen algo y todos comparten el proceso hasta sus consecuencias. Se habla al muerto, se manifiestan ritos de dolor por su ausencia y se distiende el tiempo para darle continuidad al ser trascendente del que se hace ausente. Mientras que en las ciudades suele suceder que nadie sabe qué hacer y nadie hace nada frente a los moribundos, nos enajenamos en aras de la inmortalidad hasta el último suspiro, sin dar oportunidad al individuo de depositar la herencia existencial de lo que fue su vida, así como fue vivida⁷⁷.

Para validar la vida se requiere de la sumatoria de todo lo conocido, es decir de la cosmovisión con la que la memoria hace coincidir al espacio y al tiempo en cada

cual, y así sucesivamente... “al interpretar dos sistemas, según Freud⁷⁸, debemos estar dispuestos a prescindir de nuestras representaciones auxiliares, en cuanto creamos haber llegado a una posibilidad de sustituirlas por otra cosa más aproximada a la realidad desconocida”.

Finalmente, Rebolledo⁷⁹ menciona que ocupamos un lugar en el espacio y al movernos en él, se conviene con la noción del tiempo determinando un orden de las cosas que conocemos como vida. En el reconocimiento de límites es donde se reconoce el fin. La noción del futuro se concibe como el mañana, como una idea sin límites donde por la repetición, se presupone la propia inmortalidad. Pero si de algo podemos estar seguros, es que vamos a morir.

La muerte cierra el círculo que tiende a disminuir el radio de acción progresivamente, finalmente implosiona y se convierte en entropía. Nuestra existencia tiene entonces un por qué y un para qué ser. Evolucionar, alcanzar el entorno, haciéndolo referente a nosotros, “tocar al otro” como un límite preestablecido para llegar a “tocarnos” a nosotros mismos. Morir es “tocar” la realidad.

2.3.4 Miedo a la muerte

En el inconsciente la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos, no es posible imaginar un verdadero final de la vida aquí en la tierra, y si esta vida tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera. En el inconsciente sólo podemos ser matados. Por lo tanto, la muerte va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo.

Se utilizan insinuaciones, se hace que el muerto tenga aspecto de dormido, se aleja a los niños para protegerlos de la inquietud y la agitación de la casa, a los niños no les permiten que vayan a ver a sus padres moribundos en los hospitales,

existen largas y polémicas discusiones sobre si hay que decir o no la verdad a los pacientes y familiares.

Existen numerosas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad. Uno de los hechos más importantes es que, hoy en día, morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte.

El morir se convierte en algo solitario e impersonal, porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque se crea que se le ha dominado en muchos niveles⁷⁹.

2.3.5 Actitudes hacia la muerte

Tomando como punto de partida el análisis de Aries⁸⁰, sobre la periodicidad de las actitudes ante la muerte en las sociedades occidentales, se puede establecer que desde el siglo VI al XII, la muerte estaba *contenida*, en tanto se encontraba regulada por un ritual tradicional. La muerte ocurrida en circunstancias normales, no tomaba a los individuos por sorpresa, traicionadamente, sino que se caracterizaba por dejar tiempo para el aviso.

Cuando esto no ocurría desgarraba el orden del mundo en el que cada cual creía; esta muerte súbita o repentina era, según una creencia muy antigua la marca de una maldición. Durante este período los difuntos resultaban familiares: no se vivenciaba como drama personal sino comunitario. Pese a la familiaridad con la muerte, los vecinos temían a los muertos y mantenían los cementerios alejados de sus lugares de residencia, como un modo de evitar que los muertos

perturbaran a los vivos. Posteriormente, los muertos dejaron de causar miedo a los vivos, y unos y otros cohabitaron en los mismos lugares.

Entre el siglo XII y el final del siglo XV es la época de la muerte de sí, la *muerte propia*, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía. La conciencia de la finitud genera un amor apasionado por el mundo terrestre y una conciencia que sufre al comprender el fracaso a que cada vida de hombre está condenado. El amor por la vida se tradujo en un apego apasionado por las cosas que resistían el aniquilamiento de la muerte. A partir del siglo XVI, el cementerio abandona el centro de las ciudades, la muerte es a la vez próxima y lejana, ruptura y continuidad.

Desde el siglo XVII la muerte va a ser clericalizada: el velatorio, el duelo y el cortejo se convierten en ceremonias de la iglesia. Se produce con ello un cambio profundo de las actitudes del hombre ante la muerte, puesto que el cuerpo muerto, antiguamente objeto familiar, posee ahora un valor tal que su vista se vuelve insostenible. La disimulación del cuerpo ante las miradas no constituye el rechazo de la individualidad física, sino el rechazo de la muerte carnal del cuerpo. Se vuelve impropio mostrar durante demasiado tiempo el rostro de los muertos, aunque su presencia resulta necesaria porque ayuda a la conversión de los vivos.

En los siglos XVII y XVIII la muerte va a ser *medicalizada*, es decir que se aleja del dominio religioso e irrumpe como problema médico. Foucault⁸¹, señala que en este período se inicia en la sociedad occidental un “despegue” del sistema médico y sanitario como consecuencia, fundamentalmente, de tres procesos. El primero de ellos se refiere al efecto o huella que deja en la especie humana la intervención médica a la que denomina *biohistoria*:

El segundo, señala el momento en el cual el cuerpo humano, pero también su

propia existencia y la conducta, se hallan insertos en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, y donde la investigación médica se torna más penetrante y minuciosa.

El último proceso se llama *economía de la salud*, indica la incorporación tanto del mejoramiento de la salud, como de sus servicios y su consumo, en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas. La natalidad, los decesos, las endemias, la longevidad, se consideran objetos de control y de saber médico.

Dicha medicalización se instituye primeramente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y en los Estados Unidos en la última mitad de este. Menéndez⁸², ha caracterizado como *Modelo Médico Hegemónico* al paradigma que sustenta dicha medicalización.

A partir del siglo XIX y hasta nuestros días la muerte está *invertida*, se niega el duelo, se rechaza a los difuntos; el hombre ya no es dueño de su muerte y recurre a los profesionales para organizar los diferentes ritos (pompas fúnebres, servicios tanatológicos). El hombre contemporáneo, aunque descubra como un fracaso su vida finita, jamás se ve, o se piensa a sí mismo como muerto. Como afirma Freud aunque seamos conscientes de la irremediable finitud de nuestra existencia, sólo somos capaces de representarnos en la muerte del otro; que nos es absolutamente imposible representar nuestra propia muerte, ya que siempre participamos de ella como espectadores y que la única manera de hablar de la muerte es negándola⁸³.

Por lo tanto las actitudes ante la muerte son producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad. También tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida

y con las creencias sobre lo que es un ser humano. Las principales actitudes descritas ante la muerte son: ansiedad, temor, preocupación y aceptación.

Según Aries ⁶⁹, vivimos en un período de negación de la muerte: los niños crecen protegidos de situaciones que tengan que ver con este suceso, se ha incrementado la esperanza de vida por lo que la muerte se ve como algo lejano. También plantea que en el curso de este siglo la muerte se ha vuelto salvaje, ya que progresivamente ha perdido la contención de los muros de la religión, de la comunidad y de la familia. A partir de aquí la razón y la ciencia han luchado por contenerla, siendo utilizada por ambas para pensar en otro tipo de fenómenos (y no como tema en sí): como recurso desde el que se intenta discriminar qué tipo de creencias y pensamientos conforman el saber de las sociedades tradicionales o vinculada a los conceptos de salud y enfermedad como problemática intercultural.

Analizar el tema de las actitudes hacia la muerte, específicamente de las actitudes del personal de enfermería, tiene que ver con los cambios socioculturales descritos al asociar tales cambios, las principales actitudes en torno a la muerte se centran en:

a) *No querer nombrar a la misma muerte y, por asociación, tampoco a las patologías o males que creemos que la atraen*⁸⁴. Así, se establece todo un ritual de la hipocresía y de la ocultación que culmina en enmascarar la verdad al paciente sobre su estado terminal, con una falsa humanidad que se racionaliza para "evitarle angustias al enfermo", cuando, a la postre, lo que sí se evita es la angustia de las enfermeras, que así se liberan de ejercer una comunicación para la que no están preparadas, y es que como dice Kasper (citado por Pacheco)⁸⁵ "parece que los médicos y enfermeras tienen más miedo a la muerte que los enfermos".

b) *No mirar cara a cara al enfermo y evitar su contacto*; como segunda consecuencia no solo no se quiere pensar en la muerte o no nombrarla, sino que muchas enfermeras no miran cara a cara, y sobre todo a los ojos, a los pacientes

moribundos por temor. Lo grave es que el enfermo lo nota y se ve a sí mismo como desahuciado (separado, a veces, del resto de una sala por una cortinilla). Hay que resaltar la *incongruencia* que supone el que a nivel de comunicación verbal, se le diga que no tiene nada y a través de la comunicación no verbal se le diga lo contrario⁸⁴.

c) *Aumento de la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico*: el último giro en la espiral es que la enfermera, con el sentimiento de culpa que le genera su conducta y sus actitudes, quiere expiarse pagando con tecnología lo que retira de afectividad y humanismo, así, el morir hospitalario se convierte en algo solitario y vergonzante; es decir se han empeorado las condiciones de muerte, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose el morir hospitalario, como nos recordaba Kübler-Ross⁸⁶ en algo "solitario, mecánico y deshumanizado". Aunque, en realidad, las enfermeras y el resto del personal de salud no son culpables de manifestar estas actitudes y comportamientos, ya que a fin de cuenta están mediatizados por las carencias de formación profesional en técnicas de comunicación⁸⁷ y en técnicas de afrontamiento ante la situación que plantea el enfermo agonizante⁸⁵.

Así, la formación en enfermería debería fomentar actitudes adecuadas hacia el enfermo terminal, que deberían ser:

- 1) Tomar consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico.
- 2) Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha, para identificar adecuadamente sus necesidades específicas.
- 3) Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.

- 4) Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
- 5) Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor la habitación del enfermo, tanto para él como para sus familiares. A este respecto son elocuentes los distintos documentos sobre "Derechos de los pacientes en estado terminal", "Declaraciones de Cuidados Paliativos", etc⁸⁸.

2.4 La enfermera en las unidades de cuidados intensivos y la muerte pediátrica

El contacto con el dolor, la agonía y la muerte es particularmente frecuente en el profesional de enfermería quien, por lo general, mantiene una relación más estrecha con el paciente y la familia durante la enfermedad y en sus últimos momentos. Estos profesionales, que enfrentan directa y frecuentemente la muerte y la agonía de las personas a las que cuidan, pueden verse afectados por ansiedad en mayor o menor grado, al intervenir sus propios miedos ante la muerte^{59,60}, ansiedad que puede traducirse en una atención inadecuada al enfermo y a sus familiares, como por ejemplo, manifestando actitudes de evitación o de inseguridad.

2.4.1 La muerte y los niños

Desde todo punto de vista es conveniente que los niños crezcan viendo la muerte como un fenómeno natural propio de los seres vivos, por ello debe hablarse de ella con absoluta normalidad, sin dramatizarla, aprovechando las ocasiones que se presten a ello para reflexionar sobre cada pérdida y lo que significa. En el entorno de cada familia, mueren animales de compañía, plantas y, por supuesto, personas más o menos allegadas; también la televisión presenta la muerte a todas horas, aunque rodeada de una gran distorsión. Aprovechar alguna de estas circunstancias para preguntar por la opinión que tiene el niño al respecto, para conocer sus ideas y sentimientos acerca de la muerte, para compartir los nuestros

de una manera llana y sencilla (recurriendo si hace falta a ejemplos de la naturaleza, imágenes o cuentos), será una excelente forma de posicionar el concepto de la muerte en el lugar que le corresponde, pero sin traumas.

Cualquiera que sea la posición que ocupe en una familia un enfermo terminal y/o un fallecido, los niños deben vivir el proceso de la enfermedad y también el duelo posterior con naturalidad y sin verse privados de ninguna manifestación emocional o de cualquier otro tipo que antes fuese habitual o en su caso, explicándole por qué no se pueden o deben realizar determinadas actividades a partir de cierto momento de evolución de la enfermedad, o mientras se está de duelo.

Percepción del infante en relación a la muerte.

El desarrollo psicológico del niño lo imposibilita para darse realmente cuenta del fenómeno de la muerte y sus implicaciones. Su aparato psíquico se encuentra en esta etapa centrado en su propia perspectiva y en la realidad vivenciada desde sí mismo, por lo cual su pensamiento presenta las características de egocentrismo y animismo entre otras, que distorsionan sus experiencias en la formación de su realidad configurada particularmente.

La falta de introspección y la incompleta cimentación de su individualidad, que aún está en desarrollo, hacen que la muerte para el niño tenga un significado de angustia y crueldad, por lo cual difiere de la significación adulta de la muerte. Sin embargo, el niño vivencia el morir como un viaje o un abandono, por lo que puede experimentarlo con mucha ansiedad y considerar esta dolorosa separación como un acto de agresividad contra él.

Los niños asocian la muerte a la pérdida de su objeto amoroso máspreciado. A su vez desconocen la posibilidad de su propia muerte dado que ésta constituye algo externo, ajeno, situación en la cual no hay amenaza vital. Esta es una característica de su pensamiento egocéntrico, el cual no le permite entender la muerte porque va más allá de su experiencia personal, y además es consecuencia de que

los niños tienen en parte la noción de la inevitabilidad de la muerte; sin embargo, desarrollan defensas psicológicas tales como el pensamiento mágico, para sobreponerse al sentimiento de indefensión que le produce.

Los niños de 4 años tienen una idea de la muerte muy limitada, y el hecho de que esta ocurra o se mencione su concepto no supone una emoción intensa, ni positiva ni negativa. Antes de esa edad el niño tiene ciertas nociones ligadas a la muerte, pero se traducen en intuiciones emocionales ligadas a la ausencia de la madre.

Entre los 5 y los 7 años, los niños comienzan a entender que la muerte es irreversible, universal, o sea que todas las cosas que están vivas inevitablemente tienen que morir; también comprenden que todas las funciones de la vida terminan con la muerte. Los códigos de significación cultural constituyen una buena base para la elaboración más acabada del concepto de muerte, en esta etapa la muerte adquiere una connotación emocional mucho más intensa para el niño, que comienza a temer la muerte de sus seres queridos.

A la edad de entre 8 y 10 años acepta que todos moriremos, asimila con todo realismo el hecho de tener que morir más adelante.

Actualmente se reconocen cuatro etapas como adecuadas:

1º. Etapa en que el niño es incapaz de comprender el problema de la muerte.

2º. Etapa en que la muerte se relaciona con una ausencia provisional.

3º. Etapa en que la muerte se integra en una imagen del mundo mediante elementos culturales.

4º. Etapa en que el niño elabora la idea de su irremediable destrucción.

Una cultura debe estructurar este dolor porque su sentido se configura a través de las historias personales que la atraviesan. El orden y la continuidad dependen de la construcción simbólica de rituales, que orienten la identidad de todos los indivi-

duos a la conformación de la unidad estructural y funcional de la cultura.

El niño quiere saber qué ocurre cuando está frente a la muerte, busca la respuesta en sus padres quienes no confían en su capacidad de entender la situación, y creyendo protegerlo lo envuelven en un manto de fantasía. Nuestra cultura nos enseña a proteger a nuestros los niños de algo que es tan natural como la vida misma y lo único que logramos es condenarlos a una vida a medias, una vida orientada al absurdo de la imposible eternidad, una ansiedad perpetua, una vida irreal.

Un niño requiere expresar sus emociones, sus temores, sus inquietudes, solo requiere de un adulto capaz de escucharlo y saber explicar con palabras simples y sensibles qué es lo que ocurre, sin mentiras. En este sentido la religión puede ser muy beneficiosa, siempre y cuando su acción esté dirigida a resolver los conflictos humanos existenciales en la forma más honesta, evitando la sobreexplotación de artificios y que pueda brindar un soporte espiritual para el niño.

En la medida en que el niño va desarrollando más destrezas tanto en el área biológica, social, cognitiva y emocional, el concepto de muerte va evolucionando hacia causas más abstractas, como "enfermedades", "hacerse mayor", etc., el punto de cambio para esta parte del concepto de algo concreto a algo abstracto parece situarse alrededor de los 7 años. A esta edad se produce en el niño un gran temor en cuanto a su salud, dado que la relación que establece entre la enfermedad y la muerte lo atormenta cuando él está enfermo, cualquier síntoma: fiebre, catarro, estornudos, etc. le hacen creer que se va a morir.

Los niños que se van enfrentado al hecho de la muerte presentan una serie de reacciones, que si bien pueden no darse en un orden específico, ni aparecer todas ellas, si nos sirven para comprender el cómo lo vivencian en general:

1. La negación: el niño niega que la muerte haya ocurrido y parece que ésta no le ha afectado. Normalmente esto significa que la pérdida ha sido demasiado gran

de para él y que sigue pretendiendo que la persona en cuestión está viva.

2. Aflicción corporal: la muerte produce en el niño un estado de ansiedad que se expresa en síntomas físicos y/o emocionales.

3. Reacciones hostiles contra el difunto: el niño toma la muerte de una persona o animal como una afrenta personal por parte del difunto, que lo ha abandonado.

4. Reacciones hostiles hacia otros: el niño, generalmente, culpa a otros de la muerte acaecida.

5. Sustitución: el niño rápidamente comienza a buscar el afecto de otros con el fin de sustituir la figura del difunto.

6. El niño asume las maneras del difunto, intentando conseguir sus mismas características.

7. Idealización: el niño sobre valora las cosas buenas del difunto y elimina los recuerdos de sus defectos, llegando incluso a falsear los recuerdos respecto al carácter y la vida real del difunto.

8. Reacciones de ansiedad y de pánico, preocupándose por quién le cuidará en el futuro.

9. Reacciones de culpa: el niño puede pensar que la muerte tiene que ver con que «es malo» o ha tenido mal comportamiento, y elaborar a partir de aquí fantasías de muerte.

El niño debe poder des-identificarse de la causa de la muerte y estar desprovisto de todo deseo de muerte inconsciente (los cuales llevan en sí sentimientos de culpabilidad o remordimiento); además, debe elaborar y aceptar a través de su experiencia la propia muerte.

Percepción del adolescente ante la muerte.

La adolescencia se expresa en las siguientes necesidades: mayor autonomía, necesidad de estabilidad y seguridad, reconocimiento del grupo de amigos y necesidad de diferenciación.

El adolescente vivencia la muerte como un hecho romántico, entregando su vida por la lucha por ideales, el ejército, etc., a los jóvenes les importa más la calidad de la vida que la cantidad, este es otro factor que acerca a los jóvenes al suicidio. Dentro de su desarrollo mantienen una idea egocéntrica llamada "fábula personal", la cual les hace creer que pueden tomar cualquier clase de riesgos dado que a ellos jamás les ve a ocurrir nada, manejan imprudentemente, toman decisiones descabelladas, experimentan potentes drogas y formas de placer.

Cuando los adolescentes se encuentran cara a cara con la muerte reaccionan de maneras sorprendentes y contradictorias, o bien otros jóvenes enfermos optan por negar su condición y hablan como si se fuesen a recuperar aunque tienen la certeza de que eso no será así.

Los jóvenes enfermos por lo general están más enfadados y disgustados que reprimidos. Ocupan mucho menos tiempo en pensar en el suicidio en comparación a adultos de la misma condición, y probablemente están mucho más dispuestos en buscar a alguien a quien culpar.

Las distintas maneras de reaccionar ante el hecho de la muerte inminente están supeditadas en gran medida al estilo de personalidad.

2.4.2 ¿Cómo afrontan las enfermeras la muerte de los demás?

Al menos dos instancias, parecen abrirse ante la muerte de los demás. Una, la de la acción, que convida a prestar apoyo y ofrecer lo mejor para el cuidado que se proporciona. La otra, la de la reflexión, que puede ser vista como un generoso

pago a la relación afectiva que se tiene con el paciente en fase terminal, como una fundamental inversión de futuro, como un aprendizaje (cualquiera que sea la cultura humana, vivir y morir son actitudes que sólo pueden aprenderse a partir de la experiencia ajena).

En cualquier caso, situarse cara a cara con la persona que está muriendo, acompañarle en su último trayecto, es siempre difícil. Debe tenerse presente que para soportar la muerte de otro debemos enfrentarnos y luchar con sentimientos, miedo, frustración y con la percepción que se tiene de la muerte, y cuanto más se controla esa batalla interna y personal, mejor será la ayuda que se preste al moribundo y más enriquecerá esa misma experiencia a ambos. Meditar sobre la muerte del otro es el mejor camino para hacerlo sobre la propia, aceptar la del otro ayuda a aceptar la propia y viceversa.

Las enfermeras y el afrontamiento por la muerte de los niños.

Se ha reconocido ampliamente que el cuidado de los pacientes terminales es una tarea difícil y exigente. También se ha prestado mucha atención a la tensión que experimentan los profesionales de la salud al cuidar a estos pacientes, aspecto que favorece la angustia y el agotamiento.

Los profesionales que proporcionan cuidados a los niños que mueren, reconocen que esto les produce miedo intenso, aumento del sentimiento de impotencia, y un significado espiritual en la búsqueda de una muerte que a menudo se percibe como la inversión en el orden de la naturaleza, la principal fuente de estrés entre los profesionales de enfermería pediátrica es su preocupación por la muerte y el proceso de muerte de los pacientes jóvenes⁸⁹.

Igualmente se han determinado una serie de estrategias para hacer frente, y que las enfermeras utilizan para manejar su angustia por la muerte de sus jóvenes pacientes. Las estrategias que han facilitado el ajuste incluían la abierta expresión

de dolor y la atribución de significado a la muerte del niño. Además, el apoyo entre colegas y un sentido de que se deben valorar las necesidades de los niños agónicos. La utilización de diversas estrategias en el tratamiento de la angustia, tuvo consecuencias personales y profesionales que afectaron su participación con los niños que mueren, así como su libre percepción sobre la muerte.

Los principales mecanismos de defensa que se adoptan frente a las ansiedades son la negación y la rabia. La mayoría de las enfermeras niegan inicialmente tener ningún problema en el cuidado del niño con una enfermedad mortal; sin embargo (y esta es la manifestación de la negación), siempre están muy ocupadas para hablar más tiempo del imprescindible con el paciente o su familia, o bien ignoran la necesidad del niño de estar informado de los procedimientos que se le van a aplicar, para que puedan ejercer cierto control sobre las ansiedades que estos le provocan⁹⁰.

2.5 Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

En las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) se aceptan aquellos niños que, debido a su enfermedad, requieren la aplicación de medidas de soporte vital. Se trata de enfermos críticos y, por lo tanto, con una amenaza grave para su vida potencialmente recuperable, que necesitan una vigilancia continua de sus funciones vitales. En este lapso el paciente puede evolucionar bien hacia la curación, bien hacia lo que se denomina fracaso terapéutico, ya sea porque el paciente muera, porque sobreviva con graves secuelas o porque se retrase inútilmente su muerte, situación que se conoce como ensañamiento terapéutico⁹¹.

Algunos autores han concluido que las UCIP integran imágenes de un ambiente de alta tecnología con profesionales especializados, que luchan contra condiciones que amenazan la vida para curar enfermedades graves. La mayoría de niños que mueren por daños repentinos, enfermedades agudas, graves o enfermedades

crónicas, lo harán en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Aproximadamente entre el 4.6% y el 7% de los ingresos en la UCIP tienen como resultado la muerte^{3, 92,93}.

Las enfermeras de la UCIP, deducen Levetown, Liben y Audet⁹⁴, llevan a cabo su labor en un entorno estresante, que puede influir en sus emociones y que puede ocasionar diversas necesidades personales. Alcanzan y desarrollan un sentimiento de dominio por la naturaleza de su trabajo: complejo, tecnológico y que salva vidas. Afrontan factores estresantes personales propios de una formación larga, muchas horas de trabajo, recursos económicos limitados y un aislamiento relativo de la familia y amigos.

Bartel y sus colaboradores⁹⁵, mencionan que el dolor por la muerte de un niño es inevitable en la UCIP. Suelen presentarse dos situaciones: en la primera, el niño parece estar respondiendo al tratamiento y "repentinamente" muere; en la segunda, la enfermedad nunca responde al tratamiento de la manera esperada y el niño se somete a intentos, para prolongar su vida, cada vez más agresivos y con menos probabilidades de éxito.

En el primer caso, el personal de salud se sorprende por la muerte, ya que sentían que estaban haciendo un buen trabajo y cuestionan sus técnicas, habilidades, y a sus compañeros, buscando respuestas a por qué ha fallecido el niño y cuál podría haber sido la "causa evitable". El personal de salud puede necesitar tiempo para adaptarse a la muerte anticipada de un niño que se esperaba que sobreviviera.

En el segundo caso, cuando el tratamiento no ha sido eficaz, surgen tensiones entre los profesionales que pensaban que los intentos continuos para prolongar la vida son dañinos para el niño y la familia, y los que pensaban que lo razonable era seguir intentándolo. Estas diferencias de opinión resultan de la experiencia, filosofía y valores personales, creencias religiosas y una comunicación pobre y falta de información^{95,96}.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y prolectivo, con enfoque cuantitativo de diseño no experimental.

3.2 Población

La unidad de análisis fueron enfermeras del Hospital Infantil de México Federico Gómez, que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Quirúrgicos, Neonatales y de Terapia de Urgencias.

- Se incluyeron únicamente enfermeras adscritas a estas áreas, de los tres turnos.
- Excluyendo a las personas que no desearon participar en la investigación.

3.3 Plan de muestra y muestreo

Con autorización de las autoridades del Departamento de Enfermería, se consultó la plantilla de personal, para conocer el número total de enfermeras que laboran en el hospital, obteniendo un total de 698, de las cuales 201 laboran en Unidades de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, Pediátricos, Neonatales y Terapia de Urgencias en los tres turnos.

Utilizando la fórmula para poblaciones finitas ($n = Z\alpha^2 \cdot p \cdot q / d^2$) con un intervalo de confianza 95%, $p=30\%$, $q=30\%$ y 5% de error máximo, dando como resultado un

total de 123 enfermeras a las que se aplicó el cuestionario. Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

3.4 Variables del estudio

Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, religión, nivel académico, servicio donde labora, turno, antigüedad laboral y antigüedad en servicio.

Variables de interés primario: cursos de tanatología, impacto por la muerte del niño o adolescente, tiempo transcurrido de la última experiencia de presenciar la muerte afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a las emociones.

3.5 Instrumento de medición

Una vez realizada la operacionalización de las variables (*Apéndice 1*) y tomando en cuenta el instrumento original *The Cope Inventory* (C.O.P.E.), estructurado por Carver, Scheir y Weintraub³⁹ en 1989, tomado del original de Lazarus y Folkman (*Apéndice 2*), evalúa aspectos motores o conductuales de la respuesta al estrés, y consta de 60 ítems con escala tipo likert, contiene preguntas relativas a lo que hace o siente habitualmente el docente cuando experimenta sucesos estresantes durante el desempeño de su trabajo, el cual contiene 15 puntuaciones, que corresponden a cada forma de afrontamiento y cuya consistencia interna de la escala presenta correlaciones entre 0.45 y 0.92 con confiabilidad de 0.83. El C.O.P.E., mide aspectos conductuales y operativos ante una situación estresante, permite evaluar el afrontamiento y las estrategias que se emplean habitualmente ante situaciones de estrés.

Tomando en cuenta la información antes mencionada, se construyó un cuestionario autoadministrable, que contiene ítems para conocer aspectos socio-

demográficos y preguntas para determinan las formas de afrontamiento; así como un sección para establecer las emociones que se presentan con más frecuencia.

Para averiguar acerca de las emociones que se presentan ante la muerte se empleó la escala Emotional Distress usada por Carver y sus colaboradores⁹⁶. (Apéndice3).

Se elaboró una carta de consentimiento informado para poder aplicar el cuestionario dentro del Hospital. (Apéndice 4). Además, se predeterminó una situación estresante: “la muerte de niños y adolescentes”, bajo esta consideración se reestructuró el instrumento original, tomando en cuenta solo las preguntas pertinentes para medir las variables mencionadas, de tal manera que se integró un cuestionario denominado *Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte C.F.A.E.A.M/2007* (Apéndice5).

El instrumento modificado, está constituido por tres secciones:

SECCIÓN I.

Datos socio-demográficos: se registran datos como la edad, sexo, antigüedad laboral, nivel académico, tiempo de estancia en el servicio, entre otras.

SECCIÓN II.

Instrumento C.F.A.E.A.M/2007, consta de 46 items para medir las formas de afrontamiento. Se evalúa el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a las emociones.

En esta sección se presentan cinco opciones de respuesta con escala tipo Likert de 1 a 5.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

Para valorar al afrontamiento dirigido al problema, primero se consideraron cinco estrategias o factores: planificación (1, 10, 17, 22, 29, 36), constrictión (2, 7, 16, 20, 26), restricción (4, 9, 23), apoyo social (6, 8), y supresión (11, 39, 44).

Para evaluar al afrontamiento dirigido a la emoción se contemplaron ocho estrategias: desasociación mental (3, 25, 32,33, 38), reinterpretación (5, 13, 28), desasociación conductual (12, 14, 31, 41), apoyo emocional (15, 19, 23, 24), negación (18, 27, 42), aceptación (30, 35, 46), religión (34,37) y evitación (40, 43,45).

SECCIÓN III.

Contiene 18 items y corresponden a las preguntas 47 a 64, para determinar los sentimientos y emociones experimentados por las enfermeras ante la muerte. Igual que en la sección anterior se proponen cinco opciones de respuesta con escala tipo Likert de 1 a 5.

1	2	3	4	5
Nunca	Un poco	A menudo	Muchas veces	Demasiado

Se indica al principio de sección que se debe pensar en lo que la enfermera hace, de manera habitual, ante la muerte de un niño o adolescente.

Como el instrumento original contenía 60 reactivos y se redujo a 46, se realizo una prueba de análisis factorial y para determinar la fiabilidad del C.F.A.E.A.M/2007, se aplica alpha de Cronbach, obteniendo un coeficiente de confiabilidad.72. (Apéndice 6).

3.6 Recolección de los datos

Previo consentimiento de las autoridades del Hospital Infantil de México, se inició la recolección de los datos, aplicando una prueba piloto a 40 enfermeras del Ser-

vicio de Oncología. Esta área se eligió por contar con pacientes con cuidados paliativos y en donde las enfermeras se enfrentan a procesos previos a la muerte del paciente. Esta actividad dio la pauta para establecer del tiempo de llenado del formato y para determinar la confiabilidad del instrumento.

Posteriormente se procedió a aplicar los cuestionarios, en acuerdo con la jefe de cada Servicio. Se acordó hacerlo en días y horas alternos, de tal manera que se abarcará a enfermeras de los tres turnos de las áreas elegidas.

Previo consentimiento informado se entregó el cuestionario para ser contestado, ocupando el tiempo establecido, que fue de 15 a 20 minutos.

Los cuestionarios se recolectaron en cuanto eran llenados en su totalidad. Terminada esta tarea se procedió a la parte operativa para su análisis.

3.7 Análisis de datos.

Para analizar los datos se elaboró una base, con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V-10). Utilizando pruebas estadísticas descriptivas como frecuencias simples y porcentajes, medidas de tendencia central como media, mediana y moda y medidas de dispersión S , S^2 , proporciones o porcentaje y la prueba de chi cuadrada (χ^2).

3.8 Aspectos organizativos.

Recursos humanos: Un investigador principal (alumna del Programa de Maestría), un director de tesis, 2 cotutores y las enfermeras de los Servicios donde se aplicó el cuestionario.

Recursos materiales: el estudio fue financiado por el investigador.

3.9 Implicaciones Éticas

La relación ética-ciencia-investigación, se constituye a partir de:

1. La búsqueda de la verdad: todo el proceso investigativo estará orientado a la búsqueda de la verdad y en ningún momento se podrá faltar a este principio. Esta búsqueda de la verdad implica otras acciones, tales como “andar con la verdad”, verdad en los procesos, verdad en los informes, verdad en los resultados, verdad en los manejos presupuestales, verdad en las relaciones con el equipo, verdad ante todo.
2. Honestidad: se garantiza que los resultados presentados corresponden al proceso investigativo realizado y que no presentan distorsión alguna ni para beneficio propio o en favor de terceros.
3. Bienestar de la comunidad y su entorno: se busca el bienestar comunitario, para las enfermeras y su entorno laboral, sin causar malestar.
4. Justicia y humildad: como investigador, ser capaz de poseer la suficiente madurez y honestidad para reconocer y valorar el trabajo de equipo, de mis colegas, reconocer aportes de otros investigadores, admitir errores y equivocaciones propias. La justicia hace relación a la verdad y a la honestidad.
5. Secreto profesional: se aplicará en todo momento de la investigación la prudencia y madurez para la conservación de los secretos propios de la investigación y, en especial, claridad para un adecuado manejo de resultados.
6. Ética profesional: No se podrá en ningún momento separar el proceso del cumplimiento de las normas propias del ejercicio profesional, es decir del Código de Ética de la profesión de enfermería.

La Ley General de Salud ⁹⁷ establece los principios y lineamientos generales en materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, reformada el 18 de diciembre del 2007, destacando el título Quinto Capítulo único, fracción III del Artículo 93, y el título Segundo, Capítulo, I Artículo 17 fracción I, que menciona a la investigación sin riesgo. También se considera el Artículo 13 de la misma ley, que certifica que los aspectos éticos deben garantizar la dignidad, protección de derechos y bienestar de la persona sujeta a investigación. De igual manera se considera el Artículo 16, que habla de la protección de la privacidad de los sujetos, identificándolo solo cuando el resultado lo requiera y el sujeto lo autorice.

De acuerdo con lo establecido en los Artículos 20, 21 y 22 del mismo reglamento, que dictaminan que deberá tomarse en cuenta el consentimiento informado incluso en investigaciones que no impliquen ningún riesgo.

CAPÍTULO IV

Resultados

Los resultados de esta investigación se presentan en dos partes, los primeros once cuadros representan la estadística descriptiva y los cinco últimos la estadística inferencial, realizadas mediante tablas de contingencia de correlación de chi cuadrada (χ^2).

4.1 Resultados descriptivos.

Los resultados descriptivos se presentan en 11 cuadros que corresponden a las variables que se estudiaron, las cuales fueron: Servicio, turno, edad, estado civil, número de hijos, religión, nivel académico, antigüedad laboral, antigüedad en servicio, cursos de tanatología, impacto por la muerte del niño o adolescente, tiempo transcurrido de la última experiencia de presenciar la muerte, forma de afrontamiento, estrategias de afrontamiento, número de emociones y principal emoción.

CUADRO No. 1

SERVICIO Y TURNO DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

		Frecuencia	%
SERVICIO	URGENCIAS	34	27.6
	UTIP	29	23.6
	TQ	30	24.4
	UCIN	30	24.4
TURNO	Matutino	45	36.6
	Vespertino	40	32.5
	Nocturno	38	30.9
	Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

Se observa que de un total de 123 enfermeras de las áreas de Terapia Intensiva, 27.6% eran de Urgencias, 23.6% de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP) y 24.4% fueron de Terapia Quirúrgica (T.Q) y de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En relación al turno en que laboran se obtuvieron porcentajes con mínima diferencia (Cuadro 1).

CUADRO No. 2

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Variable	Característica	Frecuencia (n=123)	%
EDAD	25-44 años (x=35, ds 6)	113	91.9
	ESTADO CIVIL	Casadas	49.6
	Solteras	48	39.0
	Unión libre	8	6.5
	Divorciadas	6	4.8
NO. DE HIJOS	Sin hijos	42	34.1
	1 hijo	26	21.1
	2 hijos	50	40.7
	3-6 hijos	5	4
RELIGIÓN	Católica	109	88.6
	otras	14	11.2

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)*

X= media

ds= Desviación estándar

La mayor parte de las enfermeras, 91.9%, tiene entre 25 y 44 años de edad, con una media de 35 años y una desviación estándar de 5.9. En relación al estado civil se destaca que el 49.6 % son casadas y el 39 % (48/123) son solteras (Cuadro 2). En cuanto al número de hijos, el porcentaje más alto lo ocupan las enfermeras que tienen 2 hijos. Respecto a la religión el 88.6% practica la religión católica (Cuadro 2)

CUADRO No. 3

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

NIVEL ACADÉMICO	Frecuencia	%
Técnico en enfermería	69	55.1
Postécnico	13	10.6
Licenciatura (complementaria)	15	12.2
Licenciatura (escolarizada)	20	16.3
Especialidad	6	4.9
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

En grado máximo de estudios predominó Técnico en Enfermería 55.1%, en contraste con la Licenciatura complementaria 12.2% y escolarizada con 16.3%, quienes tienen Postécnico son el 10.6% y con Especialidad el 4.9%. Por el tipo de hospital y de acuerdo a los servicios donde se aplicó el cuestionario se esperaba encontrar que el porcentaje más alto lo ocuparan licenciadas en enfermería y especialistas. (Cuadro 3)

CUADRO No. 4

ANTIGÜEDAD LABORAL Y ANTIGÜEDAD EN SERVICIO DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

ANTIGÜEDAD		Frecuencia	%
	1-8 años	38	30.9
ANTIGÜEDAD LABORAL	9-16 años	61	49.6
	17-24 años	9	7.3
	1-6	55	44.7
ANTIGÜEDAD EN SERVICIO	7-12	42	34.1
	13-18	12	9.8
	total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

En relación a la antigüedad laboral, el porcentaje más alto lo ocupan 61 enfermeras (49.6%) que tienen entre 9 y 16 años de estar laborando en la institución, y el más bajo son 9 enfermeras (7.3%) entre 17 y 24 años. En contraste 55 enfermeras (44.7%) tienen entre 1 y 6 años de antigüedad en servicio y las que menos tiempo tienen de trabajar en el mismo Servicio son 12 (9.8%). (Cuadro 4)

CUADRO No. 5

CURSOS DE TANATOLOGÍA A LOS QUE ASISTIERON LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

CURSO DE TANATOLOGIA	Frecuencia	%
Ningún curso	72	58.5
Clase de educación continua	9	7.3
Curso Monográfico	34	27.6
Diplomado	8	6.5
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

Se observa que las enfermeras que no cuentan con capacitación en Tanatología son el mayor porcentaje, seguidas por quienes han asistido a 1 curso monográfico son (los cursos monográficos tienen valor curricular y comprenden 20 horas de capacitación) y el menor porcentaje han asistido a 1 clase de educación continua (con duración de una hora) mientras que el 6.5% (8/123) refirió tener 1 diplomado (los diplomados se consideran como parte de la educación formal y se imparten en tres meses con cerca de 480 horas de capacitación). (Cuadro 5)

CUADRO No. 6

IMPACTO POR LA MUERTE DEL NIÑO Y/O ADOLESCENTE EN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

IMPACTO	Frecuencia	%
Muerte del niño	50	40.7
Muerte del adolescente	39	31.7
Muerte de ambos	34	26.8
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

En relación al impacto que experimentan las enfermeras con respecto a la muerte de un niño o adolescente, resultó lo siguiente: a 50 enfermeras (40.7%) les afecta más la muerte de un niño y 39 de ellas (31.7%) la muerte de un adolescente, sin embargo, a 34 enfermeras (26.8%) les afectan ambos tipos de muerte. (Cuadro 6)

CUADRO No. 7

TIEMPO TRASCURRIDO EN HABER PRESENCIADO LA MUERTE DE UN NIÑO O ADOLESCENTE EN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

TIEMPO TRASCURRIDO	Frecuencia	%
1 día - 6 meses	82	66.6
7 meses – 1 año	20	16.3
2 años o más	21	17.1
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

El tiempo que transcurrió desde que las enfermeras experimentaron por última vez este acontecimiento, fue de 1 día a 6 meses, seguidas por, 7 meses a 1 año y en las demás han pasado 2 o más años. (Cuadro 7)

CUADRO No. 8

FORMAS DE AFRONTAMIENTO QUE PRESENTAN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Forma de Afrontamiento	Frecuencia	%
Dirigido al problema	107	87.0
Dirigido a las emociones	16	13.0
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

Del total de 123 enfermeras, el 87% reportan utilizar una forma de afrontamiento dirigido al problema y el menor porcentaje el afrontamiento dirigido a las emociones. (Cuadro 8)

CUADRO No. 9

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

FORMA DE AFRONTAMIENTO	ESTRATEGIA	Frecuencia	%
Afrontamiento dirigido al problema	Planificación	27	22.0
	Apoyo social	21	17.1
	Constricción	16	13.0
	Restricción	1	0.8
	Supresión	1	0.8
Afrontamiento dirigido a la emoción	Reinterpretación	29	23.6
	Desasociación de comportamiento	16	13.0
	Aceptación	6	4.9
	Religión	4	3.3
	Desasociación mental	2	1.6
	Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

Conociendo como se presentan las formas de afrontamiento, se obtuvo la frecuencia y porcentaje de las estrategias que corresponden a cada uno de los afrontamientos y se encontró que las estrategias más utilizadas en la forma de afrontamiento dirigidas al problema son: la planificación y apoyo social, las que menos se emplean son la supresión y la restricción. En tanto que para el afrontamiento dirigido a las emociones, la reinterpretación y la desasociación de comportamiento tuvieron mayor porcentaje y la que se presentó con menos frecuencia es la desasociación mental.(Cuadro 9)

CUADRO No. 10

**NÚMERO DE EMOCIONES QUE PRESENTAN
LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO**

No. DE EMOCIONES	Frecuencia	%
0	33	26.8
1	36	29.3
2	14	11.4
3	17	13.8
4	10	8.1
5	7	5.7
6	2	1.6
7	4	3.3
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007).

33 enfermeras (26.8%) no reportan sentir ninguna de emoción al momento de la muerte del paciente; mientras que 36 solo reportan experimentar 1 emoción, 14 presentaron 2 emociones y 17 revelaron sentir 3 emociones, el resto de las enfermeras (18.7%) manifestaron entre 4 y 7 emociones durante la eventualidad. (Cuadro 10)

CUADRO No. 11

PRINCIPAL EMOCIÓN QUE PRESENTAN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Emociones	Frecuencia	%
Sin presentar emoción	33	26.8
Tensión	24	19.5
Vitalidad	18	14.6
Incapacidad	16	13.0
Tristeza	16	13.0
Enojo	4	3.3
Agotamiento	3	2.4
Activa	3	2.4
Con energía	3	2.4
Gastada	2	1.6
Alegría	1	0.8
Total	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.A..M, 2007)

De entre las emociones que se presentan con mayor frecuencia están: tensión, vitalidad, incapacidad y tristeza; el resto de las emociones se presentan con bajo porcentaje y son: enojo, agotamiento, actividad, energía, gastada y alegría. (Cuadro 11)

4.2 Resultados de estadística inferencial

Los resultados de estadística inferencial se presentan en cinco cuadros, que corresponden a la correlación de las variables más representativas que fueron estudiadas como: edad, nivel académico, antigüedad en servicio, impacto y última experiencia al presenciar la muerte, relacionados con la forma de afrontamiento, mediante tablas de contingencia, en las cuales se calculo la prueba de chi cuadrada (χ^2).

CUADRO No. 12

**EDAD DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO
RELACIONADA CON LA FORMA DE AFRONTAMIENTO**

EDAD	FORMA DE AFRONTAMIENTO					
	Afrontamiento dirigido al problema		Afrontamiento dirigido a las emociones		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
De 25 a 39 años	90	73.2	10	8.1	100	81.3
De 40 a 56 años*	17	13.8	6	4.9	23	18.7
Total	107	87	16	13	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.M, 2007)

Fr.= Frecuencia

$X^2 = 95.8$ * $p = .000$

Respecto a la edad de las enfermeras, relacionada con la forma de afrontamiento, y utilizando porcentajes relativos, se observa que predominó el afrontamiento dirigido al problema en cada rango de edad; así el porcentaje más alto se presentó en enfermeras de 25 a 39 años. En general el porcentaje de afrontamiento dirigido a la emoción fue bajo, pero puede distinguirse que las enfermeras que afrontan emocionalmente son las que tienen de 40 a 56 años de edad con una diferencia de chi cuadrada de 4.27 y significancia de $p = .03$. (Cuadro 12).

CUADRO No. 13

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO RELACIONADO CON LA FORMA DE AFRONTAMIENTO

NIVEL ACADÉMICO	FORMA DE AFRONTAMIENTO				Total	
	Afrontamiento dirigido al problema		Afrontamiento dirigido a las emociones		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Técnico*	61	88	8	12	69	100
Postécnico	12	92	1	8	13	100
Licenciatura (C)'	12	80	3	20	15	100
Licenciatura (E)''	16	80	4	20	20	
Especialidad	6	100	0	0	6	100
Total	107	87	16	13	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.M, 2007)

'(C) Licenciatura complementaria, ''(E) Licenciatura Escolarizada.

Fr= Frecuencia $\chi^2 = 104.27$ * p= .000

Con respecto al nivel académico de las enfermeras, relacionado con la forma de afrontamiento; del total de enfermeras (123), 107 presentan una forma de afrontamiento dirigido al problema, de estas, el mayor porcentaje relativo lo ocupan las enfermeras con nivel técnico (cuadro 13). Las que tienen licenciatura complementaria y escolarizada ocupan un 80%, mientras que las enfermeras con postécnico reportan 92% y las enfermeras con especialidad el 100% (Cuadro 13).

Solamente 13 enfermeras emplean una forma de afrontamiento dirigida a las emociones, y el porcentaje relativo más alto lo ocupan las enfermeras de nivel técnico con 12%, mostrando chi cuadrada $\chi^2 = 104.27$ y significancia de p= .000 (Cuadro 13).

CUADRO No. 14

ANTIGÜEDAD EN SERVICIO DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO RELACIONADO CON LA FORMA DE AFRONTAMIENTO

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	FORMA DE AFRONTAMIENTO				Total	
	Afrontamiento dirigido al problema		Afrontamiento dirigido a las emociones		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Menos de 1 año	10	83	2	17	12	100
De 1 a 6 años	52	96	3	4	55	100
De 7 a 12 años*	34	81	8	19	42	100
De 13 a 18 años	10	83	2	17	12	100
19 a 24 años	1	50	1	50	2	100
Total	107	87	16	13	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.M, 2007)

Fr= Frecuencia

$\chi^2=83.54$ * P=.000

En lo que corresponde a la antigüedad en el servicio, relacionado con la forma de afrontamiento, se observa que el 96% (porcentaje relativo) de las enfermeras tienen de 1 a 6 años de permanencia en el servicio, en el 81% la antigüedad es de 7 a 12 años y dirigen su afrontamiento al problema con una significancia de $p=.000$ (Cuadro 14). En contraste, el mayor porcentaje relativo de las enfermeras que dirigen el afrontamiento a las emociones, de igual manera lo ocupan las enfermeras que tienen de 7 a 12 años en el servicio (Cuadro 14).

CUADRO No. 15

CAPACITACIÓN EN TANATOLOGÍA DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO RELACIONADO CON LA FORMA DE AFRONTAMIENTO

CAPACITACIÓN	FORMA DE AFRONTAMIENTO				Total	
	Afrontamiento dirigido al problema		Afrontamiento dirigido a las emociones			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ninguna	64	89	8	11	72	100
Clase de educación continua	8	89	1	11	9	100
Curso Monográfico*	30	88	4	12	34	100
Diplomado*	5	63	3	37	8	100
Total	107	87	16	13	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras Ante la Muerte. (C.F.A.E.M, 2007)

Fr= Frecuencia

$X^2=87.89$ * P= .000

Se ha estimado que la capacitación en tanatología puede relacionarse con las formas de afrontamiento, en este sentido, se puede observar que las enfermeras con afrontamiento dirigido al problema 89% no tienen ninguna capacitación, mientras que 88% han obtenido capacitación a través de cursos monográficos y 63% cursaron un diplomado (Cuadro 15).

Las enfermeras con forma de afrontamiento dirigido a la emoción que no tienen capacitación tanatológica son 11%, y quienes han tomado cursos monográficos y diplomados se representan con 12% y 37% respectivamente, ambas presentan una diferencia de chi cuadrada $X^2= 87.89$ y significancia $p= .000$ (Cuadro 15).

CUADRO No. 16

IMPACTO POR LA MUERTE DE UN NIÑO O ADOLESCENTE EN LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO RELACIONADO CON LA FORMA DE AFRONTAMIENTO

IMPACTO POR LA MUERTE DE UN NIÑO O ADOLESCENTE	FORMA DE AFRONTAMIENTO				Total	
	Afrontamiento dirigido al problema		Afrontamiento dirigido a las emociones			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Muerte de un niño	43	86	7	14	50	100
Muerte de un adolescente	35	90	4	10	39	100
Ambas muertes	29	85	5	15	34	100
Total	107	87	16	13	123	100

FUENTE: Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.M, 2007)

Fr= Frecuencia

$X^2 = 3.26$ $P = .195$

Es importante describir el impacto por la muerte de un niño o adolescente y su correlación con las formas de afrontamiento; en este cuadro se muestran porcentajes relativos y se observa que el afrontamiento dirigido al problema predomina y lo ocupan las enfermeras a las que les impacta la muerte de un niño 86% vs las de afrontamiento dirigido a emociones, al igual que las enfermeras a las que les impacta más la muerte de adolescentes (90%) vs las de afrontamiento dirigido a emociones, y a 85% les afectan los dos tipos de muertes vs las de afrontamiento dirigido a emociones en proporción a las cifras totales relativas, A un con estas diferencias, cabe mencionar que no se presenta significancia estadística $p = .195$ (Cuadro 16).

V. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar las formas de afrontamiento de las enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, ante la muerte de niños y adolescentes y determinar las emociones más comunes conforme al afrontamiento presentado.

Lazarus y Folkman²⁶, estudiaron intensamente al afrontamiento y establecieron un proceso con dos vertientes: afrontamiento dirigido al problema, orientado a cambiar una situación estresante hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto, y afrontamiento dirigido a la emoción, el cual conduce al sujeto a aceptar la realidad de la limitación de los recursos con los que cuenta para modificarla y entonces muestra cierta capacidad de tolerar y soportar, sin modificar la situación.

El afrontamiento que presentan con mayor frecuencia (87%) las enfermeras que presencian la muerte de niños y adolescentes en este hospital, es el orientado al problema.

Antes de explicar si existe diferencia con las características de las enfermeras que participaron, es importante describir las variables sociodemográficas: respecto a estas variables se encontró coincidencia con los datos estadísticos de nuestro país⁹⁸, respecto a la edad, estado civil, grado académico y religión, por lo tanto se puede señalar la factibilidad de llevar a cabo investigaciones similares en otras entidades hospitalarias, bajo las mismas premisas.

En cuanto a la edad, se aprecia que las enfermeras de las UCI que laboran en el Hospital Infantil de México, tienen un promedio de 35 años (DE 6) dentro de un rango de 25 a 44 años (91.9%). éste dato muestra que la mayor parte de la población de enfermeras activas está por encima de los 30 años. Un estudio reporta que la edad es determinante en la forma de afrontamiento que se presenta⁴,

otros en cambio, encontraron que la edad no interfiere para definir el tipo de afrontamiento y resaltan que el género es una de las variables que influye en la manera de pensar y actuar ante la muerte, porque las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento^{5,92}.

Respecto al estado civil, el 50% de las enfermeras están casadas o tienen una relación en unión libre, esta característica es relevante en la estrategia de apoyo social, que es parte de los mecanismos de defensa empleados para determinar la forma de afrontamiento dirigido al problema, por lo tanto, se le considera parte del repertorio de las estrategias para amortiguar el estrés¹⁰⁰; no obstante, si se tratara de relaciones disfuncionales perjudicarían el afrontamiento. Guerrero-Barona¹⁰¹, demostró que desahogarse con la pareja es una estrategia de apoyo social cuando se sienten muy agotadas.

En referencia al nivel académico, Callahan¹³, enfatiza que a mayor nivel académico se presenta menos estrés, y el afrontamiento se dirige al problema, luego entonces, cuando el nivel académico es menor, el afrontamiento se conduce a las emociones. Contrario a lo que se menciona, en la presente investigación resultó que las enfermeras con licenciatura y las enfermeras técnicas así como las enfermeras con categorías intermedias, presentan frecuencias más altas de afrontamiento dirigido al problema.

La antigüedad laboral de las enfermeras que participaron en el estudio se encuentra en un rango de 9 y 16 años, y tienen una antigüedad en servicio de 1 a 6 años, por lo tanto, se infiere que las enfermeras con nivel técnico que laboran en las UCI, han adquirido experiencia suficiente en el cuidado de pacientes críticamente enfermos con pronóstico de muerte, condición que confiere mayor seguridad para brindar el cuidado y coadyuva a disminuir el grado de estrés que provoca esta circunstancia. Seguramente también se relaciona con estrategias de afrontamiento más positivas y es por ello que el afrontamiento que experimentan está dirigido al problema. En esta misma línea, algunos estudios revelan que los

profesionales de nuevo ingreso son más jóvenes e inexpertos y, por tanto tienen menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes^{100,101}, incluyendo la muerte del paciente.

La experiencia per se, no es suficiente para enfrentar situaciones como la muerte de un niño o adolescente, lo deseable es que las enfermeras tengan conocimientos de tanatología y/o cuidados paliativos; al respecto Limonero y cols¹⁰², comentan que es evidente la necesidad de una formación específica sobre la muerte y cuidados que se otorgan al paciente agónico, en la medida en que esta formación pueda capacitar al profesional de enfermería para ejercer con mayor eficiencia la atención prestada, contribuirá también a reducir sus propios temores o ansiedad ante la muerte y la enfermedad terminal, redundando en una mejora de su bienestar personal. La mayoría de las enfermeras que participaron en la investigación no cuentan con una capacitación específica en Tanatología (58.5%), no obstante, afrontan de manera positiva la muerte de los pacientes, la explicación radica en que probablemente cuentan con otros mecanismos internos que les permite mantener un mejor equilibrio emocional.

Con todo lo anterior y respondiendo al primer objetivo de la presente investigación, los resultados muestran que las enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos presentan dos formas de afrontamiento: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento centrado en las emociones, la primera forma es la que presenta mayor porcentaje, este dato se corresponde con la clasificación de Carver y cols³⁹.

Las enfermeras que dirigen su afrontamiento al problema (87%) lo hacen utilizando estrategias como planificación, apoyo social y constrictión, es decir, son personas que planean el cuidado, buscan apoyo en otros profesionistas, solicitan información pertinente para concentrarse en la ejecución de las intervenciones para confortar al paciente y, de esta manera, disminuye el estrés que les provoca el pensar que su paciente está muriendo, se concientizan de la realidad que perci-

ben y eliminan de su pensamiento todo aquello que les provoca desequilibrio emocional, sustituyéndolo por tareas o actividades competentes en la atención de los pacientes. Se ha demostrado en otras investigaciones que el afrontamiento centrado en el problema, actúa como un factor protector contra el estrés psicológico¹⁰³.

En cambio, con el afrontamiento dirigido a la emoción, la persona se sumerge en emociones de rabia, enfado, miedo, desorientación, es decir, predomina una emoción primaria, lógica pero inadecuada, dando lugar a un estado de temor, bloqueo, impulsividad o no reflexión¹⁰⁴.

Con esta forma de afrontamiento, las estrategias que presentan las enfermeras que participaron son: reinterpretación y desasociación de comportamiento. En la práctica se observa que al reinterpretar, las enfermeras que presencian la muerte de un niño o adolescente, tratan de controlar la angustia que les provoca esa situación; con actitudes de huida cuando expresan “a mí no me toca ese paciente”, no le miran cara a cara, limitan la comunicación (evitación), dan prioridad a otras actividades antes que atender las necesidades del paciente (aplazamiento), abandonan cualquier esfuerzo para afrontar (apatía), no tienen acercamiento con la familia del paciente (distanciamiento).

Internamente estos mecanismos no limitan la tensión, sirven más bien como apoyo emocional, y permiten transformar la emoción negativa (inutilidad, pesimismo, pasividad), por una emoción positiva (aceptación si no hay solución, autocontrol, confrontación) con ello aumenta la confianza y eficacia¹⁰⁵.

Por último, respondiendo al segundo objetivo de la investigación, un número importante de enfermeras que laboran en las UCI revelan aparentemente no sentir ninguna emoción ante la muerte inminente del paciente (26.8%); este hallazgo permite suponer que las enfermeras evitan exponer sus emociones naturalmente, en párrafos anteriores se señala que en el contexto real, las reacciones ob-

servadas no son precisamente de indiferencia emocional, considero que reinterpretan la situación y esto explica porque fue mayor el número de enfermeras que dirigen el afrontamiento al problema.

A pesar de lo anterior, se determino que las emociones que se con más frecuencia son tensión, vitalidad, incapacidad y tristeza, estos resultados coinciden con los de Taylor y cols.¹⁰⁶, quienes reportan la tristeza y ansiedad como emociones principales. En estudios anteriores Kiger¹⁰⁷, obtuvo mayor frecuencia en emociones como incapacidad, tensión y nerviosismo, aun cuando un porcentaje alto de enfermeras señalaron que nunca se sienten agotadas o con ansiedad.

Si bien es cierto que se distinguen dos formas de afrontamiento, se debe recordar que ambas se complementan, la diferencia radica básicamente en el entorno donde se desarrollan las personas y el estresor que genera la activación del proceso.

5.1 Conclusiones

El estudio reveló que las enfermeras del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de las áreas de Terapia Intensiva presentan afrontamiento dirigido al problema ante la muerte de niños y adolescentes.

Las características propias de este colectivo son: personal adulto joven, enfermeras técnicas y en proceso de profesionalización, con menos de diez años de trabajo en la unidad, escasa capacitación en tanatología a las que les impacta más la muerte de los niños, en comparación con la de los adolescentes.

Por lo tanto, se rechaza la primera hipótesis nula que a mayor nivel de escolaridad las enfermeras presentan una forma de afrontamiento dirigido al problema, pues se demuestra que aun las enfermeras con nivel técnico dirigen el afrontamiento de manera positiva (afrontamiento dirigido al problema).

El uso de la forma de afrontamiento dirigida al problema esta dada principalmente por tres estrategias: 1) planificación, 2) constrictión y 3) apoyo social.

Aunque el afrontamiento dirigido a las emociones reporto un menor porcentaje, se destacan dos estrategias para determinarlo: 1) reinterpretación y 2) desasociación del comportamiento. Funcionan como distractores para manejar la angustia (respuesta al estrés) en lugar de resolver la situación que lo genera (en este caso presenciar la muerte del niño o adolescente), Si se utiliza la reinterpretación no se reduce únicamente la aflicción si no que sirve como táctica de afrontamiento activo con un estresor, es decir que la angustia que sienten las mantiene alertas para entrar en acción; en cambio si se ocupan la desasociación de comportamiento experimentarían desamparo o impotencia, estos aspectos limitan la actuación de la enfermera en la atención del paciente, es probable que por

este tipo de mecanismos internos se mencione que este tipo de afrontamiento no es positivo.

Por otra parte, la utilización de ambas estrategias se orienta a la experimentación de cuatro tipos de emociones negativas como: tensión, vitalidad, incapacidad y tristeza, las cuales son esperadas en las primeras etapas del duelo.

Con lo anterior se confirma la segunda hipótesis de que las enfermeras presentarán mayor tensión y tristeza, pues se observa que las enfermeras experimentan estas emociones en mayor grado.

El tema de la muerte es un tema de difícil abordaje, como también lo es hablar del afrontamiento ante este acontecimiento, ya que se involucran aspectos cognitivos- conductuales e incluso se podrían mencionar también culturales, físicos y espirituales; referirnos a la muerte de niños y adolescentes es aun más delicado por la concepción que se tiene de estas etapas de la vida. Es necesario contar con más elementos metodológicos para guiar esta investigación hacia un proyecto de tipo cualitativo.

Este estudio constituye una primera aproximación al fenómeno del afrontamiento en el personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico, por lo que es recomendable realizar estudios similares en otras áreas afines, en muestras con características similares.

5.2 Sugerencias

Con esta evidencia se sugiere desarrollar estrategias formativas, para que las enfermeras desarrollen mecanismos psicológicos, necesarios para mantener o modificar el tipo de afrontamiento y conserven un equilibrio emocional, esto redundaría en una mejor atención dirigida a los niños que lamentablemente mueren.

Es pertinente que desde la formación básica del profesional de Enfermería se aborde el tema de la muerte como proceso normal del ciclo de vital, no como un elemento adyacente, sino más bien como una materia formal que brinde elementos claros del cuidado al paciente que muere y a su entorno.

La formación integral de las futuras enfermeras (os) deberá constituir una garantía para contar con personal más competente ante las demandas de cuidado en estas áreas.

Se sugiere una propuesta de dos tipos de programas de intervención: uno individual y otro organizacional:

Programa individual:

a) Dirigido a la adquisición de estrategias instrumentales cuyo contenido comprenda el entrenamiento en solución de problemas, en habilidades para una comunicación eficaz con el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario, gestionar la capacitación en cuidados paliativos y tanatología para el personal que labora en la institución.

b) Programas dirigidos a manejar emociones, que comprendan el entrenamiento en la expresión de emociones, en el manejo de sentimientos en técnicas de relajación.

Programa organizacional:

Planear sesiones para el control de estrés, elaborar un proyecto educativo de formación inicial y permanente para las enfermeras, con la intervención de especialistas calificados en el tema.

Se sugiere además, ampliar una investigación acerca de las estrategias de Afrontamiento con respecto a las formas encontradas, incluyendo variables no expuestas en este trabajo y que sean extensivas a otras instituciones, deseando que se efectúen estudios comparativos y cualitativos para contar con mayor número de evidencias, pues se ha mencionado que al respecto existe poca información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kubler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.
2. Papadatou, D., Martison I.M., Chung, P.M. *Caring for Dying Children: A Comparative Study of Nurses Experiences in Grece and Hong Kong*. *Cancer Nursing*. 2001.24 (5):402-412 [citado 9 agosto 2006] Disponible en: <http://journals.www.com/cancernursingonline/Pages/default.aspx>.
3. Trenchs Sáinz de la Maza, V., Cambra Lasaosa, FJ., Palomeque Rico, A., Balcells Ramírez, J., Serriñá Ramírez, C., Hermana Tezanos, M^a., Grupo de Trabajo en *Limitación terapéutica en cuidados intensivos*. An. Pediatr Vol. 57 num. 06, 2002; 57: 511-7.
4. Guerrero, B.E. *Modos de afrontamiento de estrés laboral en una muestras de docentes universitarios*. Revista íteruniversitaria de formación profesional.2002; No.43:93-112.
5. González, B.R., y cols. *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes*. *Psicotema* 2002.Vol 14, no 2: 363-368.
6. Tomas, SJ., Guix LL E. *Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermaría*. *Enfermería clínica* 2001.Vol.1, no.3:20-24.
7. Hernández, CG., González,GV. *Actitud ante la muerte en los médicos de familia*.*Rev.Cubana Med Gen Integr*.2002; 18(1):22-32.
8. Gala, LF., Lupiani, JM., Raja, HR., et al. *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual*. Cuaderno médico forense. [Online]. oct. 2002, no.30 [citado 22-mayo-2006]:39-50. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S11357606200200400004 &lng= es&nrm=iso>. ISSN 1135 -7606.
9. Colle Brunet, R. *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Universidad Aut6noma de Barcelona. 2005 [Citado 2 julio 2006]. Disponible en: www.tdx.cesca.es/TDX-1125105-175855/.
10. Kaunonen, M., Tarkika, M-T., Hautamäki, K., Paunonen, M. *The staff's experience of the death of a child and of supporting the famil*. *Internacional Nursing Review* .2000 Vol. 47. p 46-52

11. Escriba, A.B., y cols. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76:595-604.
12. Tomas- Sabado, J., Limonero, J.T. *Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España*. *Enfermería Clínica* 2001; 1(6):328-33.
13. Callahan, P., y Cols. *Factors related to estress and coping among Chinese nurses in Hong Kong*. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(6), 1518-1527.
14. Darwin, C. *The expression of the emotions in man and animals*. New York. Appleton. En Lazarus, RS., Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. España, ed. Roca 3a ed 1991.p 140
15. Lazarus, RS., Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. España, ed. Roca 3a ed 1991.p 141.
16. Folkman, S., Lazarus, RS. *An Analysis of coping in a middle-aged community sample*. *Journal of Health and Social Behaviour* 1980; 21(9):219-239.
17. Mechanich, D. *Medical Sociology*. New York: The free Press; 1986. En Zabalegui, YA., Vidal, MA., Soler, GD., Latre, ME., Fernández, OP. *¿Qué es el afrontamiento?* *Rev ROL Enf* 2002, 25(7-8) p. 552-556.
18. Lipowski, ZJ. *Physical illness, the individual and the coping processes*. *Psychiatry medicine* 1970; 1:91-102. En Zabalegui, YA., Vidal, MA., Soler, GD., Latre, ME., Fernández, OP. *¿Qué es el afrontamiento?* *Rev ROL Enf* 2002, 25(7-8) p. 552-556.
19. Weisman, AD., Worden, JW. *The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days*, *International Journal of Psychiatry and Medicine* 1976; 7(1):1-15. En Zabalegui YA, Vidal MA, Soler GD, Latre M.E, Fernández OP. *¿Qué es el afrontamiento?* *Rev ROL Enf* 2002, 25(7-8) p. 552-556
20. Pearlin, LI., Schooler, C. *Title structure of coping*. *Journal of Health and Social Behaviour* 1978; 19: 2-21. En Zabalegui YA, Vidal MA, Soler GD, Latre M.E, Fernández OP. *¿Qué es el afrontamiento?* *Rev ROL Enf* 2002, 25(7-8) p. 552-556.
21. Caplan, G. *Mastery of stress*. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138:4143-20. En Zabalegui YA, Vidal MA, Soler GD, Latre M.E, Fernández OP. *¿Qué es el afrontamiento?* *Rev ROL Enf* 2002, 25(7-8) p. 552-556.
22. Roy, C., Roberts, SL. *Theory construction in nursing: An adaptational model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981. en Zabalegui YA, Vidal MA, Soler GD,

Latre M.E, Fernández OP. *¿Qué es el afrontamiento?* Rev ROL Enf 2002, 25(7-8) p. 552-556.

23. Lazarus, SR. *Psychological Stress and the Doping Process*. New York: Mc Graw-Hill; 1966.

24. White, RW. *Strategies of adaptation: An attempt at systematic description*. En: Monat A & Lazarus RS (Eds.), *Stress and Coping: An anthology*, 2ª ed. New York: Collumbia University Press; 1985. p. 121-143.

25. Rowland, JH. *Interpersonal resources: coping*. En: Holland JC & Rowla JR (Eds.). *Handbook of Psychooncology. Psychotological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press; 1990. p. 58-71.

26. Lazaruz, RS., Folkman, S. *El concepto de Afrontamiento. En Estrés y procesos cognitivos*, Ediciones Martínez Roca. S.A. Barcelona España. 1986. p. 140-244.

27. Sánchez-Cánovas, JM., Sánchez, L. *Personalidad, Estrés y Salud. En Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A. Madrid, España1994. Capítulo XIV p. 483-525.

28. Carver, CS. *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-Cope*. *International Journal of Behavioral Medicine*.1997 4(1), p 94-100.

29. Parkes, KR. *Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors and situational characteristics*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986 51(6). p. 1277-1292.

30. Terry, DJ. *Determinants of coping. The role of stable and situational factors*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994, 66(5). p. 895-910.

31. Moos, RH. *Life stressors and coping resources influence health and well being*. *Evaluación Psicológica*. 1988, 4. p. 133-158.

32. Casado, CF. *Modelo de afrontamiento de Lázarus como marco de comprensión de los trastornos de ansiedad*. *Apuntes de Psicología*. 2002. Vol. 20. [Citado 9 Octubre 2006]. Disponible en: www.portalsaludmental.com/Article75.html.

33. Billings, AG., Moos, RH. *The role of coping responses and the social resources in attenuating the impact of stressful life events*. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981, 4. p. 131-157.

34. Páez, RD. *Salud, expresión y represión social de las emociones [Health, expression and social repression of emotions]*. Valencia: Promolibro.1993

35. Aldwin, CM., Revenson, TA. *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health.* Journal of Personality and Social Psychology. 1987. 53.p.237 – 248.
36. Erikson, E. *Identidad, juventud y crisis [Identity, youth and crisis]*.Taurus Humanidades. Madrid. 1963.
37. Fernández-Abascal, EG. *Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En: Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción.* Ed. Pirámide. Madrid 1997.
38. Hay, D., Oken, D. *The Psychological Stresses of Intensive Care Unit Nursing.* Psychosomatic Medicine, Vol. 34, No. 2 March-April 1972.p 109-113
39. Carver, Ch., Scheier, MF., Weintraub, JK. *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach.* Journal of Personality and Social Psychology 1989.Vol 56. No. 2, p 267-283.
40. Aldwin, CM., Revenson, TA. *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health.* Journal of Personality and Social Psychology. 1987. p.237 – 248.
41. Slaikeu, K. *Intervención en crisis [Crisis intervention]*. Manual Moderno. México. 1991.
42. Breznitz, S. *The denial of stress.* New York.International Universities press.1983.
43. Cohen, S., Lazarus, R.S. *Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery.* Psychosomatic Medicine. 1973 p 375-389. En Carver, CH., Scheier, M. *Assessing Doping Strategies: A Theoretically Based Approach.* Journal of Personality and Social Psychology 1989.Vol 56. No.2,p 267-283.
44. Wilson, J.F. *Bejavioral preparation for surgery: Benefit or harm?* Journal of Bejavioral Medicine.1981.p 79-102.
45. Matthews, K.A., Siegel, JM., Kuller, L.H., Thompson, M., y Varat, M. *Determinants of decisions to seek medical treatment by patients with acute myocardial infarction symptoms.* Journal of Personality and Social Psychology.1983.p 1144-1156.
46. Carver , C.S., Peterson, L.M., Follansbee, D.J., y Scheier, M.F. *Effects of self-directed attention on performance and persistence among persons high and low in test anxiety.* Cognitive Therapy and Research.1983. p 333-354.

47. McCrae R.R., y Costa, P.T., Jr. *Personality, doping, and doping effectiveness in and adult sample*. Journal of Personality. 1986.P 385-405.
48. Urmeneta, A. *El Afrontamiento de la Muerte a través de la Historia*. En www.sovpal.org/capitulos/NecesidadesPsico19.pdf.
49. Lacast, MA., Sastre, P. El manejo del duelo. En: M. Die y E. López, eds. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades Ediciones, 2000; 491-506.
50. Bayés. R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
51. Lacasta, MA., Soler, MC. *El duelo*. En González Barón M y Ordóñez Gallego A, eds. *Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. Madrid: Editorial Panamericana, 2006; Capítulo 71.
52. Soler, MC., Jordá, E. *El duelo manejo y prevención de complicaciones*. Medicina Paliativa 1996; 3(2): 18-27.
53. Lacasta, MA., Soler, MC. *El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte*. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: Dispublic, SL 2004:713-730.
54. Hilton, J. *Experiencias sobre el morir*. Ed. Seix Barral. Barcelona, 1996.
55. Borrel, F. El pacto de silencio. El médico. 1989. Gala León, F.J., Lupiani, J.M., Raja, HR. *et al. Psychological attitudes toward death and bereavement: One conceptual review. Cuad. med. forense*. [online]. 2002, no. 30 [citado 2007-12-06], pp. 39-50. Available from:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-7606.
56. Altarriba, F. *La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica*, Quaderm Caps (XXIII). Barcelona, 1995.
57. Bowlby, J. *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Ed. Herder. Barcelona, 1980. En Gala Leon, F.J., Lupiani J.M., Raja HR. *et al. Psychological attitudes toward death and bereavement: One conceptual review. Cuad. med. forense*. [Online]. 2002, no. 30 [cited 2007-12-06], pp. 39-50. Available from:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-7606.
58. Abdel-Khalek, AM. *Death, anxiety and depression in Lebanese undergraduates*. Omega J Death Dying 1998;37:289-302. Tomás-Sábado J, Limonero JT. Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. Enfermería clínica 2004; 14(6):328-33.

59. Limonero, JT. *El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones*. Rev Psicol Gen Aplic 1996; 49:249-65.
60. Limonero, JT. *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte* [tesis doctoral en microfichas]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, 1994.
61. Azulay, A. *Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte*. Med Paliat 2000; 7:145-56.
62. Schumaker, JF., Warren, WG., Groth-Marnat, G. Death anxiety in Japan and Australia. J Soc Psychol 1991; 13:511-8. En Tomás-Sábado J, Limonero JT. *Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España*. Enfermería clínica 2004; 14(6):328-33.
63. Busquets, X., Pujol, T. *Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir*. Rev Med Paliativa 2001; 8:116-9.
64. Colell, R., Limonero, JT., Otero, MD. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. Invest Psicológica 2003; 5:104-12.
65. Pereda, R. *Importancia de la prevención y tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en pacientes en relación a la muerte, una alternativa para un mejor enfrentamiento*. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM. ENEP Iztácala. México (1988).
66. Ortiz, Q. *Memorias de la muerte*. Ed. México Nueva Imagen 1997.
67. Delgado, P. *Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte en pacientes terminales*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM. ENEP Iztácala México 1998.
68. Westheim, P. *La calavera*. Lecturas mexicanas. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1985.
69. Aizpuru, A. *Confrontando la finitud humana*. Psicoterapia con pacientes terminales. Universidad Iberoamericana. Prometeo. No. 6. México 1994.
70. Fromm, E. *Miedo a la libertad*. Ed. Paidós. Buenos Aires 1962.
71. Riojas, R. *Modelo psicoterapéutico de corte psicoanalítico, para el manejo de la angustia generada ante el proceso de morir*. Tesis de Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Intercontinental. México (1999).

72. Guevara, R., Martínez, G. *Apoyo psicológico a los familiares de enfermos terminales*. La re conceptualización del duelo. Tesis de licenciatura en psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala.
73. Meyer, J. *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Ed. Herder. Barcelona 1983.
74. Sherr, L. *Agonía, muerte y duelo*. Ed. Manual Moderno. México 1992.
75. Cifuentes, D. *La Epopeya de Gilgamesh y la definición de los límites humanos*. Barcelona, 2000. www.lacavernadeplaton.com/histofilobis/gilgamesh.htm
76. Aristóteles. *Metafísica* Ed. Porrúa. p.92. En Rebolledo MF. *Cosmovisión de la muerte. En Aprender a morir*. México D.F.Ed. Distribuidora y Editora Mexicana S.A de C.V. 2003.
77. Shifter, I. *La ciencia del caos*. SEP FCE 1996. En Rebolledo MF. *Cosmovisión de la muerte. En Aprender a morir*. México D.F. Ed. Distribuidora y Editora Mexicana S.A de C.V. 2003.
78. Freud, S. *Psicología de los procesos oníricos*. Ed. Biblioteca Nueva Madrid. España, 1973.
79. Rebolledo, MF. *Cosmovisión de la muerte. En Aprender a morir*. México D.F.Ed. Distribuidora y Editora Mexicana S.A de C.V. 2003. p 13-34, 35-65.
80. Aries, P. *El hombre ante la muerte*. Ed. Taurus, España. Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Ed. La Piqueta, Madrid, España. 1999.
81. Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. Ed. La Piqueta, Madrid, España. 1990.
82. Menéndez, E. *La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?* 1994. En: *Alteridades*, 4 (7): pp.71-73, México.
83. Freud, S. *De guerra y muerte*. Temas de actualidad (1915). Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina. 1992.
84. Gala, F.J.; Lupiani, M; y Diaz, M. *Sobre las concepciones de la muerte*. ROL, 1991. 159:63-66.
85. Pacheco, R. *Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia*. Tesis doctoral. Univ de Murcia, 1987.
86. Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.

87. Gala, F.J., Lupiani, M; Díaz, M. et al. *Oportunidad de una formación académica específica en Técnicas de Comunicación y en Habilidades Sociales para los alumnos de Ciencias de la Salud*. En J.M. Alberca et al. Ed. *Avances en Psicología Clínica y de la Salud*. Publicaciones del centro Clínico Los Naranjos. Málaga, 1997. p 32-38.
88. MC Van, B. *Paciente terminal y muerte*. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.
89. Papadatou, D., Papazoglou, I., Bellali, T., Petraki, D. *Caring for Children Dying of Cancer* .28 (4):345 - 353, 2002.
90. Levine, AS., Blumberg, BD., Hersh, SP. *The psychosocial concomitants of cancer in the young patients*. En: Levine AS, editor. *Cancer in the young*. Londres: Masson Publishing, 1982; 367-387.
91. Couceiro, V. *¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico?* *Anales Españoles de Pediatría*. 2002; 57:505-7.
92. Levetown, M., Pollack, MM., Cuerdon, TT., Ruttiman, UE, Glover JJ. *Limitations and withdrawals of medical intervention in pediatric critical care*. *JAMA*. 1994; 272:1271-75. [Medline]
93. Rosychuk, RJ., Cox, PN. *Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit*. *Pediatrics*. 2003; 112:e371-9. [Medline].
94. Levetown, M., Liben, S., Audet, M. *Palliative care in the pediatric intensive care unit*. En: Carter, B., Levetown, M., editors. *Palliative care for infants, children, and adolescents*. A practical handbook. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press; 2004. p. 273-91.
95. Bartel, DA., Engler, AJ., Natale, JE., Misra, V., Lewin, AB., Joseph JG. *Working with families of suddenly and critically ill children: physician experiences*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154: 1127-33. [Medline].
96. Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., & Moffat. *How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer*. *Journal of Personality and Social Psychology*.1993. 65:375-390.
97. Reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación para la salud (acceso 19 de enero 2008). Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
98. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *“Estadísticas a propósito del día de la enfermera” datos nacionales México*, D.F. 6 de

enero de 2004.(citado:20-junio-2012) disponible en:
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadísticas/2004/enfermera04.pdf>

- ⁹⁹. Gil-Monte, PR., Peiró, JM., Valcárcel, P. *Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería*. Revista de Psicología Social Aplicada; Madrid; 1996; 6(2): 43-63.
- ¹⁰⁰. Sánchez, A. *Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario*. Emergencias; Madrid; 2001; 13:170-175.
- ¹⁰¹. Guerrero-Barona E. *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario*. An. Psicol. 2003; 19(1):145-158.
- ¹⁰². Limonero, JT., Tomás-Sábado J., Fernández CJ., Cladella, RP., Gómez BJ. *Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería*. En Ansiedad y estrés, ISSN 1134-7937, Vol. 16, Nº 2-3, 2010, págs. 177-188.
- ¹⁰³. Higgins, J., Endler, NS. *Coping, life stress, and psychological and somatic distress*. European Journal of Personality 1995, 9:271-281.
104. Lazarus, SR. *Stress and Emotion*. New York. Spring Publishing. 1999.
- ¹⁰⁵. Pastor, GE., *Formas de afrontar las adversidades: estrategias de afrontamiento*. (Citado 20 de junio de 2012)<http://www.actualpsico.com/formas-de-afrontar-las-adversidades-estrategias-de-afrontamiento/>
- ¹⁰⁶. Taylor, S., White, B., Muncer, S. *Nurses' cognitive structural models of work based stress*. Journal of Advanced Nursing, 1999. 29, 974-983.
- ¹⁰⁷. Kiger, A.M. *Student nurses' involvement with death: The image and the experience*. Journal of Advanced Nurse, 1994. 20, 679-686.

APÉNDICES

Apéndice 1. Operacionalización de variables.

Apéndice 2. The Cope Inventory (versión completa).
Versión en español.

Apéndice 3. Emotional distress .
Versión en español.

Apéndice 4. Carta de consentimiento informado.

Apéndice 5. Cuestionario formas de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte. (C.F.A.E.M /2007).

Apéndice 6. Confiabilidad del Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

Apéndice 1.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Ordinal	Intervalos (quinquenios) 1. 25-34 años 2. 35-44 años 3. 45-55 años 4. 56 ó más años
Sexo	Características fenotípicas del sujeto	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado Civil	Condición a la cual está sujeta la vida de cada persona soltería, matrimonio, viudez, etc.,	Nominal	1. Soltera (o) 2. Casada (o) 3. Unión libre (o) 4. Divorciado (o) 5. Viuda (o)
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Nominal	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Ninguna 5. Creyente
Nivel académico	Fase o etapa del sistema educacional con unos objetivos y tipo de estudios que le caracterizan	Nominal	1. Técnico 2. Post-técnico 3. Licenciatura (complementaria) 4. Licenciatura (escolarizada) 5. Especialidad 6. Maestría
Servicio donde labora	Espacio que se ocupa para otorgar un servicio	Nominal	1. Terapia de Urgencias 2. Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica 3. Unidad de Terapia Quirúrgica 4. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Turno	Desempeño de las actividades de una persona, según un orden establecido previamente en tiempo y espacio.	Nominal	1. Primer turno 2. Segundo turno 3. Tercer turno

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Antigüedad laboral	Tiempo transcurrido que lleva la persona en un cargo o empleo	Intervalar	Intervalos 1. Menos de un año 2. 1 a 8 años 3. 9 a 16 años 4. 17 a 24 años 5. 25 a 32 años 6. 33 o más años
Antigüedad en servicio	Tiempo transcurrido ha permanecido la persona en un área o servicio determinado.	Intervalar	Intervalos 1. Menos de un año 2. 1 a 6 años 3. 7 a 12 años 4. 13 a 18 años 5. 19 a 24 años
Curso de Teratología	Estudio sobre los conocimientos acerca de la muerte, puede ser desde un nivel básico hasta avanzado.	Nominal	1. Ninguno 2. Clase de educación continua 3. Curso monográfico 4. Diplomado 5. Especialidad
Impacto de la muerte	Efectos producidos en la persona que ve morir a otro.	Nominal	1. Muerte de un niño 2. Muerte de un adolescente 3. Ambas muertes
Ultima experiencia ante la muerte	Tiempo transcurrido en que la persona experimento el acontecimiento de la muerte del otro.	Intervalar	1. de 1 día a 6 meses 2. de 7 meses a 1 año 3. de 2 años o más
Afrontamiento dirigido a la solución del problema	Esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona al manipular o alterar una situación estresante para modificarla o resolverla. Caracterizado por 5 factores o estrategias.	Nominal	Planificación Ítems 1, 10, 17, 22,29 y 36 Constricción Ítems 2, 7, 16, 20 y 26 Supresión Ítems 11, 39 y 44 Restricción Ítems 4, 9 y 23 Búsqueda de apoyo social Ítems 6 y 8

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
<p>Afrontamiento dirigido a las emociones</p>	<p>Acciones que se dirigen a la descarga emocional de la persona para la regulación afectiva ante una situación estresante.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Desasociación conductual Ítems 12, 14, 31 y 41 Desasociación mental Ítems 3, 25, 32,33 y 38 Reinterpretación Ítems 5, 13 y 28 Negación Ítems 18, 27 y 42 Aceptación Ítems 30, 35 y 46 Religión Ítems 34 y 37 Evitación Ítems 40, 43 y 45 Búsqueda de apoyo emocional Ítems 15, 19, 23 y 24</p>

Apéndice 2. The COPE Inventory (COPE version completa).

The COPE Inventory was developed to assess a broad range of coping responses, several of which had an explicit basis in theory. The inventory includes some responses that are expected to be dysfunctional, as well as some that are expected to be functional. It also includes at least 2 pairs of polar-opposite tendencies. These were included because each scale is unipolar (the absence of this response does not imply the presence of its opposite), and because we think people engage in a wide range of coping during a given period, including both of each pair of opposites.

The items have been used in at least 3 formats. One is a "dispositional" or trait-like version in which respondents report the extent to which they usually do the things listed, when they are stressed. A second is a time-limited version in which respondents indicate the degree to which they actually did have each response during a particular period in the past. The third is a time-limited version in which respondents indicate the degree to which they have been having each response during a period up to the present. The formats differ in their verb forms: the dispositional format is present tense, the situational-past format is past tense, the third format is present tense progressive (I am ...) or present perfect (I have been ...).

You are welcome to use all scales of the COPE, or to choose selected scales for use (see below regarding scoring). Feel free as well to adapt the language for whatever time scale you are interested in. Be sure to adapt the instructions for completion, as well as the items themselves.

An abbreviated version of the COPE has also been created, if you have time constraints or high response burden.

If you are interested in assessing in Spanish, the abbreviated version was translated into (western hemisphere) Spanish by our research group, and can be found. The full COPE has been translated (independently) into Spanish Spanish by Dr. Esther Calvete, of the University of Deusto in Bilbao, Spain. It can be found. I believe that the COPE has been translated by at least one team into French. Contact Dr. Lise Fillion at the University Laval in Quebec: Lise.Fillion@fsi.ulaval.

Citation to the full COPE: Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. For a copy of the article.

The items below are the "dispositional" version of the COPE Inventory, as we have administered it. The items are followed by instructions regarding which items are summed for each scale.

COPE

We are interested in how people respond when they confront difficult or stressful events in their lives. There are lots of ways to try to deal with stress. This questionnaire asks you to indicate what you generally do and feel, when you experience stressful events. Obviously, different events bring out somewhat different responses, but think about what you usually do when you are under a lot of stress.

Then respond to each of the following items by blackening one number on your answer sheet for each, using the response choices listed just below. Please try to respond to each item separately in your mind from each other item. Choose your answers thoughtfully, and make your answers as true FOR YOU as you can. Please answer every item. There are no "right" or "wrong" answers, so choose the most accurate answer for YOU not what you think "most people" would say or do. Indicate what YOU usually do when YOU experience a stressful event.

1 = I usually don't do this at all.

2 = I usually do this a little bit.

3 = I usually do this a medium amount .

4 = I usually do this a lot.

1. I try to grow as a person as a result of the experience.

2. I turn to work or other substitute activities to take my mind off things.

3. I get upset and let my emotions out.

4. I try to get advice from someone about what to do.

5. I concentrate my efforts on doing something about it.

6. I say to myself "this isn't real."

7. I put my trust in God.
8. I laugh about the situation.
9. I admit to myself that I can't deal with it, and quit trying.
10. I restrain myself from doing anything too quickly.
11. I discuss my feelings with someone.
12. I use alcohol or drugs to make myself feel better.
13. I get used to the idea that it happened.
14. I talk to someone to find out more about the situation.
15. I keep myself from getting distracted by other thoughts or activities.
16. I daydream about things other than this.
17. I get upset, and am really aware of it.
18. I seek God's help.
19. I make a plan of action.
20. I make jokes about it.
21. I accept that this has happened and that it can't be changed.
22. I hold off doing anything about it until the situation permits.
23. I try to get emotional support from friends or relatives.
24. I just give up trying to reach my goal.
25. I take additional action to try to get rid of the problem.
26. I try to lose myself for a while by drinking alcohol or taking drugs.
27. I refuse to believe that it has happened.
28. I let my feelings out.
29. I try to see it in a different light, to make it seem more positive.
30. I talk to someone who could do something concrete about the problem.
31. I sleep more than usual.
32. I try to come up with a strategy about what to do.
33. I focus on dealing with this problem, and if necessary let other things slide a little.
34. I get sympathy and understanding from someone.
35. I drink alcohol or take drugs, in order to think about it less.
36. I kid around about it.
37. I give up the attempt to get what I want.
38. I look for something good in what is happening.
39. I think about how I might best handle the problem.
40. I pretend that it hasn't really happened.

41. I make sure not to make matters worse by acting too soon.
42. I try hard to prevent other things from interfering with my efforts at dealing with this.
43. I go to movies or watch TV, to think about it less.
44. I accept the reality of the fact that it happened.
45. I ask people who have had similar experiences what they did.
46. I feel a lot of emotional distress and I find myself expressing those feelings a lot.
47. I take direct action to get around the problem.
48. I try to find comfort in my religion.
49. I force myself to wait for the right time to do something.
50. I make fun of the situation.
51. I reduce the amount of effort I'm putting into solving the problem.
52. I talk to someone about how I feel.
53. I use alcohol or drugs to help me get through it.
54. I learn to live with it.
55. I put aside other activities in order to concentrate on this.
56. I think hard about what steps to take.
57. I act as though it hasn't even happened.
58. I do what has to be done, one step at a time.
59. I learn something from the experience.
60. I pray more than usual.

 Scales (sum items listed, with no reversals of coding):

Positive reinterpretation and growth: 1, 29, 38, 59.

Mental disengagement: 2, 16, 31, 43.

Focus on and venting of emotions: 3, 17, 28, 46.

Use of instrumental social support: 4, 14, 30, 45.

Active coping: 5, 25, 47, 58.

Denial: 6, 27, 40, 57.

Religious coping: 7, 18, 48, 60.

Humor: 8, 20, 36, 50.

Behavioral disengagement: 9, 24, 37, 51.

Restraint: 10, 22, 41, 49.

Use of emotional social support: 11, 23, 34, 52.

Substance use: 12, 26, 35

Acceptance: 13, 21, 44, 54.

Suppression of competing activities: 15, 33, 42, 55.

Planning: 19, 32, 39, 56.

I have had many questions about combining scales into "problem focused" and "emotion focused" aggregates, or into an "overall" coping index. I do not generally do that in my own use of the scales. There is no such thing as an "overall" score on this measure, and I recommend no particular way of generating a dominant coping style for a give person. I generally look at each scale separately to see what its relation is to other variables. An alternative is to create second-order factors from among the scales (see the 1989 article) and using the factors as predictors. If you decide to do that, I recommend that you use your own data to determine the composition of the higher-order factors. Different samples exhibit different patterns of relations.

Traducción al español

El Inventario de Afrontamiento (versión completa).

Estamos interesados en cómo la gente reacciona cuando se enfrentan a los acontecimientos difíciles o estresantes de su vida. Hay muchas maneras de tratar de lidiar con el estrés. Este cuestionario le pide que indique qué hace y por lo general como se sienten, cuando usted experimenta acontecimientos estresantes.

Obviamente, pueden presentarse diferentes eventos y diferentes respuestas, pero piense en lo que suele hacer cuando se encuentran bajo una gran cantidad de estrés.

A continuación, debe responder a cada una de las siguientes preguntas tachando un número que aparece en su hoja de respuestas para cada una, utilizando la respuesta justa de las opciones enumeradas. Por favor, trate de responder a cada uno de los temas por separado. Elija cuidadosamente sus respuestas.

No hay respuestas buenas o malas, de modo que elija la respuesta más exacta para usted -- no lo que piensa "la mayoría de las personas" que dicen o hacen. Indique usted qué suele hacer cuando experimenta un acontecimiento estresante.

- 1 = por lo general no suelo hacerlo
- 2 = Suelo hacer esto un poco
- 3 = Suelo hacerlo a mediana cantidad
- 4 = Suelo hacer esto mucho

1. Trato de crecer como persona, como resultado de la experiencia.
2. Me referiré al trabajo o de otras actividades sustitutivas a tomar las cosas fuera de mi mente.
3. Me molesta expresar mis emociones.
4. Intento conseguir el asesoramiento de alguien sobre lo que debo hacer.
5. concentro mis esfuerzos en hacer algo al respecto.
6. Me digo a mi mismo "esto no es real".
7. Puse mi confianza en Dios.

8. Me río acerca de la situación.
9. Reconozco que no puedo hacer todo el trabajo, y dejar de intentar.
10. Me restrinjo de hacer nada con demasiada rapidez.
11. Discuto mis sentimientos con alguien.
12. uso alcohol o drogas para sentirme mejor.
13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió.
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.
15. Trato de mantenerme distraído por otros pensamientos o actividades.
16. sueño acerca de las cosas relacionadas a la situación.
17. Me molesto, y estoy muy consciente de ello.
18. Busco la ayuda de Dios.
19. Hago un plan de acción.
20. Debo hacer bromas sobre ello.
21. Reconozco que esto ha sucedido y que no se puede cambiar.
22. espere hacer nada al respecto hasta que la situación lo permita.
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.
24. Acabo de renunciar a tratar de alcanzar mi objetivo.
25. Tomo nuevas medidas para tratar de deshacerse del problema.
26. Trato de perderme por un tiempo en el consumo de alcohol o de drogas.
27. Me niego a creer que ha ocurrido.
28. Debo hacer para que mis sentimientos.
29. Trato de verlo diferente, para hacer que parezca más positiva.
30. Hablar con alguien que podía hacer algo concreto sobre el problema.
31. Duermo más de lo habitual.
32. Trato de encontrar una estrategia sobre lo que debe hacer.
33. Me centro en la solución de este problema, y si es necesario dejo que otras cosas pasen
34. Obtener la simpatía y la comprensión de alguien.
35. Bebo alcohol o tomo drogas, con el fin repensar menos en la muerte.
36. Me comporto como niño.
37. Abandono e intento de lograr lo que quiero.
38. Busco sacar algo bueno de lo que está sucediendo.
39. Pienso en la forma en que podría manejar mejor el problema.
40. Finjo que no ha sucedido realmente.

41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.
42. Me esfuerzo en evitar que otras cosas interfieran en el tratamiento de este.
43. Me voy al cine o ver la televisión, a reflexionar.
44. Acepto la realidad de que el hecho sucedió.
45. Pido a las personas que han tenido experiencias similares lo que hicieron.
46. Siento mucha angustia emocional y me cuesta mucho que expresa los sentimientos
47. Aprovecho la acción directa para evitar el problema.
48. Trato de encontrar la comodidad en mi religión.
49. Me fuerza a mí mismo que esperar el momento adecuado para hacer algo.
50. me burlo de la situación.
51. reduzco la cantidad de esfuerzo que estoy poniendo en la solución del problema.
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento.
53. uso alcohol o drogas para ayudar a obtener alivio a través de él.
54. Aprender a vivir con ella.
55. Dejo de lado otras actividades a fin de concentrarse en el presente.
56. Reflexionar sobre qué medidas tomar.
57. Actuar como si no ha ocurrido aún.
58. Hacer lo que hay que hacer, paso a paso.
59. Aprendo algo de la experiencia.
60. Rezo más de lo habitual.

Escalas (suma artículos enumerados, sin retrocesos de codificación):

Reinterpretación positiva y crecimiento: 1, 29, 38, 59.

Mental de separación: 2, 16, 31, 43.

Y centrarse en la evacuación de las emociones: 3, 17, 28, 46.

El uso de apoyo social: 4, 14, 30, 45.

Active hacer frente: 5, 25, 47, 58.

Negación: 6, 27, 40, 57.

Religiosos hacer frente: 7, 18, 48, 60.

Humor: 8, 20, 36, 50.

Separación: 9, 24, 37, 51.

Moderación: 10, 22, 41, 49.

Uso de apoyo social emocional: 11, 23, 34, 52.

Uso de sustancias: 12, 26, 35, 53.

Aceptación: 13, 21, 44, 54.

Represión de las actividades en competencia: 15, 33, 42, 55.

Planificación: 19, 32, 39, 56.

Apéndice 3. Emotional Distress (as used in Carver et al., *JPSP*, 1993)

The items below are a set of mood-descriptive adjectives that are included in a number of measures of mood states. Previous articles, including the Perczek et al. article that presented the translations of these various measures into Spanish, erroneously conveyed the impression that this is an "authorized abbreviated version" of the Profile of Mood States. It is not. For information concerning the Profile of Mood States, contact EdITS, P. O. Box 7234, San Diego, CA 92167.

Following is a list of feelings. For each word, choose the answer that best describes how much you have experienced that feeling during the past week including today. The response options are:

1 = Not at all.

2 = A little

3 = Moderately

4 = Quite a bit

5 = Extremely

1. Tense

2. Helpless

3. Angry

4. Lively

5. Unable to concentrate

6. Nervous

7. Worn out

8. Unhappy

9. Cheerful

10. Resentful

11. Active

12. Anxious

13. Exhausted

14. Worthless

15. Grouchy

16. Energetic

17. Forgetful

18. Hopeless

Emotional Distress (en español)

Ahora le vamos a dar una lista de emociones. Por cada palabra por favor díganos con qué frecuencia Usted se ha sentido de esta manera en la pasada semana.

1 = Nunca.

2 = Un poco.

3 = A menudo.

4 = Muchas veces.

5 = Muchísimo.

1. Tensa/tenso.

2. Incapaz.

3. Enojada/enojado.

4. Vivaz.

5. Dificultad al concentrarme.

6. Nerviosa/nervioso.

7. Gastada/gastado.

8. Triste.

9. Alegre.

10. Resentida/resentido.

11. Activa/activo.

12. Ansiosa/ansioso.

13. Agotada/agotado.

14. Inútil.

15. Malhumorada/malhumorado.

16. Con energía.

17. Olvidadiza/olvidadizo.

18. Sin esperanza.

Apéndice 4. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____ de _____ de 2007.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Identificación de los modos de afrontamiento en las enfermeras ante la muerte de niños y adolescentes en un hospital de 3 nivel de atención.

El objetivo del estudio es: Identificar los tipos de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte de niños y adolescentes y, describir las emociones que experimentan de acuerdo con el tipo de afrontamiento.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder por completo un cuestionario que consta de tres apartados (I, II, III). Declaro, que se me ha informado ampliamente que no existe riesgo por llevar a cabo la investigación, además de que con los resultados se contribuirá al desarrollo de la disciplina de enfermería en el área del cuidado del paciente.

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee relacionada el cuestionario.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Me han asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma

Nombre, firma del investigador responsable.

Testigos:

Nombre y firma

Nombre y firma

II. A continuación se presentan una lista de afirmaciones, todas se deben responder. Marque una X en la respuesta que mejor se ajuste a su situación **que hace habitualmente ante la muerte de un niño o adolescente**

		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUE NTE	MUY FRECUE NTE
1	Me concentro exclusivamente en las intervenciones que debo realizar al paciente.					
2	Intento analizar la situación para comprenderla.					
3	Me dedico a atender a otros pacientes o realizo otras actividades.					
4	Pienso que con el tiempo el paciente se recuperará y lo único que queda es esperar.					
5	Me propongo sacar algo positivo de la situación.					
6	Hablo con alguien para averiguar más sobre la condición real del paciente.					
7	Critico mi actuación ante lo que esta ocurriendo.					
8	Trato de conseguir consejo de alguien sobre lo que tengo que hacer.					
9	Confió en que puede ocurrir un milagro.					
10	Sigo atendiendo al paciente, de acuerdo a sus necesidades.					
11	Realizo mis actividades como si no estuviera pasando nada.					
12	Guardo mis sentimientos frente al paciente y sus familiares.					
13	Intento ver lo positivo de la situación.					
14	Experimento enojo por lo que le esta pasando al paciente.					
15	Busco conseguir apoyo emocional con mis compañeras del servicio.					
16	Trato de encontrar consuelo yo misma (o).					
17	Ante la condición del paciente pienso en hacer algo creativo para mejorar su confort.					
18	Me olvido de todo.					
19	Busco ayuda de otros profesionales para exteriorizar n sentir por lo sucedido.					
20	El deceso del paciente, me hizo reflexionar y cambiar como persona.					
21	Espero hasta ver que pasa y no intento hacer nada.					
22	Desarrollo un plan de acción para la atención del paciente y lo llevo a cabo.					

		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUE NTE	MUY FRECUE NTE
23	Expreso mis sentimientos.					
24	Cuento a alguien como me siento					
25	Recurso a experiencias pasadas para proporcionarle cuidados al paciente y soportar lo que pasará					
26	Sé lo que tengo que hacer, y aumento mis esfuerzos para apoyar al paciente y a su familia.					
27	Me niego a creer lo que esta pasando.					
28	Me comprometo para que las cosas sean distintas la próxima vez.					
29	Propongo un par de soluciones para mejorar la atención al paciente.					
30	Acepto el acontecimiento, ya que no puedo hacer nada al respecto.					
31	Logro que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras actividades.					
32	Deseo cambiar lo que esta ocurriendo y la forma como me siento.					
33	Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.					
34	Prefiero rezar.					
35	Me preparo para lo peor.					
36	Repaso mentalmente lo que debo hacer y lo que voy a decir cuando ocurra el desenlace.					
37	Pido la ayuda de Dios.					
38	Veo las cosas desde el punto de vista del familiar del paciente.					
39	Siempre que puedo me alejo del paciente para realizar otras tareas.					
40	Después de ocurrido el deceso del paciente, tengo la necesidad de consumir un tranquilizante.					
41	Trato de poner buena cara, para dar apoyo al paciente y al familiar.					
42	Descarto la idea de pensar en la muerte del paciente por mucho tiempo.					
43	Evito estar con el paciente y sus familiares cuando ocurre lo inminente.					
44	Oculto a los demás lo mal que me siento.					
45	Hago bromas acerca de la situación.					
46	Me acostumbro a la idea de que finalmente va morir.					

III. A continuación se presenta una lista de sentimientos y emociones, indique con una X la sensación que presenta ante la muerte de los niños o adolescentes.

		NUNCA	UN POCO	A MENUDO	MUCHAS VECES	DEMACIADO
1	Tensa (o)					
2	Incapaz					
3	Enojada (o)					
4	Vivaz					
5	Dificultad para concentrarme					
6	Nerviosa (o)					
7	Agotada (o)					
8	Triste					
9	Alegre					
10	Resentida (o)					
11	Activa (o)					
12	Ansiosa (o)					
13	Gastada (o)					
14	Inútil					
15	Malhumorada (o)					
16	Con energía					
17	Olvidadiza (o)					
18	Sin esperanza					

Elaborado y modificado por: Lic. Enf. Araceli Saldivar Flores. Basado en Tlie Co5Invsntary (COPE), Elaborado por: Carver C.S., ScheierM.F., 1989.

¿Entendió todas las palabras o frases empleadas en el cuestionario? Si () NO ()

Si la respuesta es no, por favor indique cual o cuales fueron las palabras que no se entendieron _____

¿Tiene alguna sugerencia o modificación para el cuestionario? si _____ no _____

¿Cuál _____

GRACIAS por su colaboración

Apéndice 6.

Confiabilidad del Cuestionario Formas de Afrontamiento de las Enfermeras ante la Muerte. (C.F.A.E.A.M, 2007)

	No de reactivos	reactivos	Coefficiente de confiabilidad
Escala completa	46	Todos	.72
Afrontamiento dirigido al problema	19		.67
Afrontamiento dirigido a la emoción	27		.54

Afrontamiento dirigido al problema	No de reactivos	reactivos	Coefficiente de confiabilidad
Planificación	6		.53
Constricción	5		.50
Restricción	3		.45
Apoyo social	2		.46
Supresión	3		.33

Afrontamiento dirigido a la emoción	No de reactivos	reactivos	Coefficiente de confiabilidad
Desasociación mental	5		.40
Reinterpretación	3		.57
Desasociación de comportamiento	4		.03
Apoyo emocional	4		.60
Negación	3		.34
Aceptación	3		.33
Religión	2		.49
Evitación	3		.07