

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE CRÍTICO: PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS

BEREAVEMENT COPING STRATEGIES ON THE DEATH OF THE CRITICAL ILL PATIENTS: PERCEPTIONS AND NURSING EXPERIENCES

Autoras: María Gálvez González (1), Belén del Águila Hidalgo (2), Lourdes Fernández Vargas (2), Graciela Muñumel Alameda (3), Concepción Fernández Luque (2), Francisca Ríos Gallego (4)

Dirección de contacto: mariagalvez.gonzalez@gmail.com

Cómo citar este artículo: Gálvez González M, del Águila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. NURE Inv [Internet]. May-jun 2013 [citado día mes año]; 10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf

Fecha recepción: 03/09/2011

Aceptado para su publicación: 05/07/2012

Resumen

Objetivo. Explorar las respuestas de afrontamiento que experimentan las enfermeras de cuidados intensivos ante la muerte del paciente crítico. **Métodos.** Estudio cualitativo de carácter fenomenológico realizado a 16 profesionales a través de entrevistas en profundidad. La selección de los participantes fue intencional y la incorporación progresiva hasta alcanzar la saturación de datos. Para realizar el análisis de los datos se siguió el esquema analítico planteado por Taylor-Bogdan. **Resultados.** Las estrategias de afrontamiento identificadas tras el análisis cualitativo se agruparon según su frecuencia de presentación en estrategias primarias y estrategias secundarias. La aceptación y el distanciamiento son recursos de afrontamiento primarios, mientras que la búsqueda de apoyo social, la autoconfianza, la redefinición cognitiva, la generación de emociones positivas, la negación y la búsqueda de apoyo espiritual son recursos de afrontamiento secundarios. **Conclusión.** El afrontamiento de la muerte del paciente crítico es un proceso muy complejo en el que las enfermeras movilizan un nutrido grupo de recursos emocionales a fin de lograr la adaptación. Las estrategias de aceptación y el distanciamiento, tal y como son descritas en este estudio, deben ser consideradas estrategias adaptativas que muestran claramente que la prestación de cuidados a los pacientes críticos en estado terminal representa una lucha significativa a nivel personal y profesional para las enfermeras.

Palabras clave

Muerte; Atención de enfermería; Cuidados Intensivos; Investigación Cualitativa.

Abstract

Aim. To explore the coping strategies responses that the intensive care unit nurses experiment when facing the death of a critical ill patient. **Methods.** Qualitative study of a phenomenological nature carried out on 16 professionals through in-depth interviews. The selection of the participants was intentional and the incorporation was progressive until reaching the data saturation. The analytic scheme, proposed by Taylor- Bogdan, was followed to effectuate the data analysis. **Results.** The coping strategies identified after the qualitative analysis were grouped according to their frequency of appearance in primary and secondary strategies. Acceptance and distance are resources of primary coping strategies, whereas search for social support, self-confidence, cognitive redefinition, generation of positive emotions, denial and search for spiritual support are secondary coping strategies. **Conclusion.** Bereavement coping strategies on the death of the critical ill patients is a very complex process which implies that nurses mobilize a large group of emotional resources to achieve adaptation. The strategies of acceptance and distance, as they are described in this study, must be considered adaptative strategies that demonstrate very clearly that caring for critical ill patients represents a significant fight for nurses in a personal and professional sense.

Key words

Death; Nursing Care; Intensive Care; Qualitative Research.

Centro de Trabajo: (1) Centro de salud de Torrequebrada. D.S. Costa del Sol. Málaga, España. (2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. (3) Servicio de Partos. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga, España. (4) Unidad de Trastornos del Sueño del servicio de Neumología H.R.U. Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción

El número de pacientes que fallecen durante un ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha aumentado considerablemente en los países desarrollados (1).

En EEUU, una de cada cinco muertes se produce en una de estas unidades, una cifra que se espera que crezca a medida que envejece la población (2). La mayoría de las muertes producidas en este ámbito están relacionadas con la instauración de medidas de limitación del tratamiento de soporte vital (3). En estas situaciones el papel de la enfermera de UCI pasa de proveer cuidado intensivo destinado a estabilizar al paciente crítico, restaurar su estado previo de salud y evitar la muerte, a proveer un cuidado destinado a proporcionar confort y comodidad ante la muerte (1).

Esta realidad convierte a las enfermeras de cuidados intensivos en proveedoras de primera línea de asistencia a pacientes en estado terminal, sobre todo si se tiene en cuenta que estas enfermeras son las personas que están más próximas al paciente y de manera más continuada con él. En este sentido, el papel que desempeñan las enfermeras de cuidados intensivos es muy similar al de las enfermeras de cuidados paliativos. Sin embargo, mientras que las enfermeras que trabajan en cuidados paliativos son específicamente entrenadas en el abordaje del paciente terminal y suelen recibir apoyo especializado para hacer frente a la muerte, las enfermeras de cuidados intensivos, por lo general, no reciben este apoyo ni son entrenadas en el abordaje clínico de este tipo de situaciones, sino más bien en la instauración de medidas de soporte vital. De esta forma, enfermeras que han sido especialmente adiestradas en el manejo de las medidas de soporte vital se ven obligadas a asistir a pacientes en proceso de muerte. Esta circunstancia genera un alto grado de estrés entre estos profesionales (4) y provoca una serie de sentimientos y emociones negativas que la bibliografía relaciona con el cansancio emocional (5-7), tales como: angustia, impotencia, desesperanza, resignación, tristeza y decepción.

De hecho, el cuidado a los moribundos y sus familias en este entorno está descrito en la literatura como una situación muy estresante dentro de la profesión enfermera (8). Se han publicado numerosos estudios que se centran en el análisis y cuantificación de las fuentes de estrés laboral en las unidades de cuidados intensivos (9) tales como la tecnificación del ambiente, eventos críticos, gravedad, estrecho contacto con la muerte (10), etc. Las enfermeras que trabajan en

este tipo de unidades emprenden una serie de acciones específicas para hacer frente al estrés que son susceptibles de estudio, ya que con estas acciones se pretenden evitar las consecuencias negativas que posee el estrés sobre la calidad de vida de éstas y el cuidado directo de los pacientes. En concreto, las actitudes, comportamientos e incluso pensamientos que las personas, en general, utilizan para responder a la demanda del entorno se conocen con el nombre de estrategias de afrontamiento (11).

Para Lazarus y Folkman (12) el afrontamiento se define como "*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y que se desarrollan para manejar, reducir o tolerar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos de los individuos*". Estos autores distinguen entre estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, que buscan definir el problema y encontrar soluciones alternativas, y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación estresante. En la mayor parte de las situaciones de estrés se dan los dos tipos de estrategias, el uso de un tipo u otro de estrategias de afrontamiento dependen de la naturaleza del estresor y las circunstancias en que se produce (12).

El modelo teórico de Lazarus y Folkman muestra al afrontamiento como un proceso, es decir, en cada situación es específico por lo que no debe ser considerado como un rasgo (13). Además, establece diferencias entre la conducta adaptativa automática, que realizamos sin esfuerzo alguno y que nos hace sentir bien, y las estrategias de afrontamiento que implican un esfuerzo, una actitud positiva, una orientación cognitiva y, en algunos casos, una actitud manifiesta.

Así pues, el afrontamiento es el esfuerzo realizado por lo que no se debe confundir con el dominio de la situación o con los logros obtenidos (14). Diferente es considerar que las estrategias de afrontamiento usadas en un determinado momento sean estrategias adaptativas o desadaptativas. Las estrategias adaptativas son aquellas que consiguen reducir el estrés y disminuir la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema (11).

Así pues, el afrontamiento es un proceso cambiante y multidimensional que se relaciona con la experiencia vital por lo que necesita en su estudio abordajes como el que ofrece la fenomenología; esta vertiente teórico-metodológica permite conocer y describir las experiencias de las personas de primera mano ya que privilegia la experiencia vivida convirtiéndola en objetivo de estudio. La fenomenología,

que se puede definir como el estudio y descripción de la experiencia vital (15), parte de la premisa de que no existe una única realidad, es decir, la realidad depende del momento en el que se encuentre la persona y de la interacción de ésta con el entorno social. En este contexto de respeto hacia las diferencias en el proceso adaptativo y preocupación por las repuestas de afrontamiento desarrolladas por las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos con personas en proceso de muerte, en el que se contempla una visión holística de la persona, es en el que se enmarca este estudio.

Conocer profundamente las estrategias de afrontamiento que usan los profesionales que trabajan en un determinado ámbito es importante ya que ello puede ayudar a emprender acciones para evitar las consecuencias negativas del estrés sobre la salud de los trabajadores y mejorar la calidad asistencial (5). A pesar de ello, no existe suficiente literatura que aborde las estrategias de afrontamiento desarrolladas por las enfermeras para hacer frente a las situaciones de cuidados estresantes descritas, sobre todo en lo que concierne al cuidado del paciente moribundo en el ámbito de los cuidados críticos (8, 16, 17). El estudio de las estrategias de afrontamiento desarrolladas por las enfermeras para hacer frente a la muerte del paciente ingresado en esta área es un paso importante para mejorar la atención al paciente terminal y dignificar el proceso de muerte, por lo que merecen especial atención a la hora de describir y comprender el fenómeno de la muerte hospitalaria.

Las dificultades e implicaciones tanto personales como profesionales que posee el cuidado del paciente terminal ingresado en el área de crítico y la falta de investigaciones que aborden profundamente este tema desde la perspectiva enfermera en nuestro contexto cultural, justifican la realización de esta investigación. El objetivo de este artículo, que presenta resultados parciales de un estudio más amplio, es explorar las repuestas de afrontamiento que experimentan las enfermeras de UCI ante la muerte del paciente crítico tomando como referencia la base teórica del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (12).

Material y métodos

Diseño, emplazamiento y población de estudio

Para abordar el objetivo de estudio se eligió la investigación cualitativa desde su vertiente fenomenológica.

El estudio se realizó en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Málaga. Esta UCI es una unidad polivalente que cuenta con 42 camas, subdividida en 4 áreas, en las que se atienden a pacientes con patologías tanto médicas como quirúrgicas.

La unidad de cuidados intensivos cuenta con una plantilla de 94 enfermeras que configuran la población de estudio de esta investigación. En el momento de la investigación, cinco de los miembros del equipo investigador formaba parte de la plantilla de enfermería de esta unidad.

La selección de los informantes fue intencional, ciñéndose a criterios de adecuación y diversidad; en concreto, se eligieron profesionales en función de su capacidad de aportación, disponibilidad, interés y experiencias profesionales.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: acceder voluntariamente a participar en el estudio y tener experiencia profesional en cuidados intensivos. Se consideró a efectos prácticos, como tal, llevar como mínimo 2 años trabajando en UCI de forma continuada con el fin de garantizar un mínimo de exposición al fenómeno de la muerte. Quedaron excluidas todas aquellas personas que habían sufrido una pérdida personal en los seis meses anteriores al inicio de la investigación con la intención de evitar que el discurso de los informantes se centrara en la pérdida personal en vez de las experiencias profesionales.

Con el propósito de maximizar la diversidad de perspectivas en la muestra, se incluyó la edad como criterio de segmentación de la población. En base a este criterio, se estructuraron 4 grupos de edad: grupo A (25-30 años), grupo B (31-40 años), grupo C (41-50 años) y grupo D (más de 50 años).

Los participantes fueron incorporados progresivamente hasta llegar a la saturación de datos. Se dejó de incluir participantes cuando la información obtenida se repetía.

Recolección de los datos

La información se recogió desde julio de 2008 a septiembre de 2009 mediante entrevistas en profundidad. La entrevista en profundidad es una técnica de recolección de datos apropiada en el abordaje fenomenológico puesto que permite recoger la experiencia personal en un contexto de intimidad.

Tras el contacto personal o telefónico con los participantes, se acordó una cita con cada uno de ellos. Al comienzo de la entrevista se le agradecía a

la persona entrevistada su participación, se le indicaba que la conversación iba a ser grabada y se les pedía que iniciase su discurso después de formularle el siguiente enunciado: "Ante la gran cantidad de pacientes que fallecen durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, me gustaría que me contaras cómo te sientes y qué haces para sobrellevar esta situación".

Las entrevistas fueron realizadas por todos los miembros del equipo investigador en lugares y horas muy diversas según convino a los informantes (centro hospitalario, domicilio informante, cafeterías y parques), tuvieron una duración variable entre 20 y 60 minutos y fueron grabadas en su totalidad con el previo consentimiento de los participantes. Los datos así recogidos fueron transcritos literalmente. Las observaciones e incidencias que se sucedieron durante la realización de las mismas fueron registradas en un cuaderno de campo e insertadas en las transcripciones.

Análisis de los datos y rigor metodológico

El proceso de análisis de los datos empezó durante su recopilación y se llevó a cabo siguiendo el esquema analítico planteado por Taylor y Bogdan (18).

Las transcripciones y las notas se estudiaron cuidadosamente. Así, se realizó una primera identificación de temas subrayando aquellas palabras, frases o párrafos que resultaran significativos para el fenómeno de estudio. A continuación, se crearon categorías para englobar todos los temas identificados anteriormente y agruparlos según significados compartidos. Se trabajó cada una de las categorías intentando identificar las características y dimensiones de las mismas.

Se llevó a cabo triangulación de investigadores: las entrevistas fueron analizadas de forma independiente por dos investigadoras colaboradoras y la investigadora principal. Posteriormente, en una sesión de trabajo conjunta, se contrastaban y discutían las áreas temáticas definidas en cada análisis de forma independiente hasta llegar a un consenso.

Los resultados del análisis final fueron enviados por correo electrónico al 40 % de los participantes entrevistados, de esta forma se llevó a cabo un proceso de verificación de datos. Las personas implicadas en este proceso confirmaron que la descripción e interpretación realizada de las estrategias de afrontamiento coincidía con su experiencia vivida.

La confirmabilidad de los datos se trabajó por medio de la estrategia de reflexividad: todos los miembros del equipo investigador tuvieron en cuenta sus propias suposiciones internas y externas acerca del fenómeno de estudio, a la hora de recoger y analizar los datos, con el fin de influir lo mínimo sobre la información aportada por los participantes. Para ello todos los investigadores detallaron por escrito, antes de iniciar la recogida de datos, sus creencias acerca del fenómeno de estudio por medio de la redacción de una narrativa clínica (19). Estos documentos estuvieron presentes durante todo el estudio tanto en la recogida como en el análisis e interpretación de los datos.

Consideraciones éticas

El comité de ética del hospital aprobó la realización de este estudio.

Antes de iniciar la grabación de la entrevista todos los informantes firmaron un consentimiento en el que se indicó los objetivos del proyecto, la posibilidad de abandonar el proyecto cuando se deseara sin dar explicaciones y la confidencialidad de los datos.

En todo momento se respetó el anonimato de los informantes. A cada informante se le asignó un código alfanumérico, de modo que su entrevista fue identificada, en todo momento, con dicho código, y no con el nombre del participante. También fueron retirados del texto de los discursos todos los nombres propios que hacían referencia al resto de profesionales que trabajan en el emplazamiento de estudio. Igualmente, se respetó la libre participación en el estudio.

Resultados

En total se incorporaron 16 participantes y se aseguró un mínimo de dos participantes por segmento de población definido, en concreto, 11 mujeres y 5 hombres, con edades comprendidas entre 27 y 60 años. En la **Tabla 1** se detallan las principales características socio-demográficas de la muestra seleccionada junto a las estrategias de afrontamiento usadas por cada uno de los informantes.

A pesar de haber tomado como base teórica el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (12), la presentación formal de las estrategias no se ajusta a la clasificación de estos autores puesto que muchas de las estrategias descritas no se enmarcan de forma exacta en su clasificación.

Tabla 1. Características socio-demográficas y estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes.

Participante	Edad	Sexo	Experiencia	Estrategias de afrontamiento
A1	27	H	2 años	Aceptación Distanciamiento Redefinición cognitiva
A2	30	M	6 años	Aceptación Distanciamiento Búsqueda de apoyo social
A3	29	H	4 años	Aceptación Distanciamiento Autoconfianza
A5	28	M	2 años	Aceptación Distanciamiento Redefinición cognitiva
B1	38	M	14 años	Distanciamiento Autoconfianza Generación de emociones positivas
B2	31	M	7 años	Aceptación Distanciamiento Búsqueda de apoyo social
B3	32	M	8 años	Aceptación Distanciamiento Búsqueda de apoyo social
C1	41	M	18 años	Aceptación Distanciamiento
C2	48	H	25 años	Distanciamiento Búsqueda de apoyo social Generación de emociones positivas
C3	43	H	20 años	Distanciamiento Generación de emociones positivas Negación
C4	45	M	8 años	Aceptación Autoconfianza
C5	44	M	6 años	Aceptación
D1	55	M	30 años	Distanciamiento Autoconfianza
D2	60	M	30 años	Distanciamiento Apoyo espiritual Redefinición cognitiva
D3	51	H	25 años	Distanciamiento Negación Búsqueda de apoyo social Redefinición cognitiva
D4	52	M	27 años	Distanciamiento

Las estrategias identificadas tras el análisis cualitativo se han agrupado según el número de veces que han sido descritas por los participantes con la intención de mejorar su organización y presentación formal. Las estrategias que han sido narradas por más del 50 % de los informantes se han reunido bajo el título *estrategias de afrontamiento primarias*. Por el contrario, las estrategias que han sido narradas por menos del 50 % de los informantes se han agrupado bajo la denominación: *estrategias de afrontamiento secundarias*. En la **Tabla 2** se recogen la agrupación de las estrategias de afrontamiento según su frecuencia de presentación.

1. Estrategias de afrontamiento primarias. El distanciamiento y la aceptación

1.A. Distanciamiento

El distanciamiento es un grupo de recursos tendientes a bloquear los pensamientos desde el mundo laboral al personal, limitando la importación de problemas desde un entorno a otro. En consecuencia, se entiende como distanciamiento los intentos de apartarse del dolor y sufrimiento vividos ante la presencia de la muerte en la jornada de trabajo, evitando pensar en ello. Los entrevistados describen dos tipos de distanciamiento: distanciamiento emocional y distanciamiento terapéutico.

La distancia emocional se consigue por medio de la desconexión mental, expresada en términos de olvido, coraza o barrera.

"...En el trabajo tengo una coraza. Yo me implicó mucho, pero, durante el turno de trabajo. He aprendido a salir del turno y no acordarme del paciente." (A1)

"Moribundo o no moribundo... siempre he intentado hacerme una barrera, y aún así ha habido enfermos que se me han colado." (B3)

La distancia emocional se encuentra modulada por las posibilidades de supervivencia de los pacientes, de forma que los informantes marcan una mayor distancia emocional con aquellos pacientes que, por su situación clínica o hemodinámica, tengan escasas posibilidades de supervivencia.

"...Con los enfermos que veo que no van a salir, para no hacer un vínculo demasiado grande marco una distancia; esa distancia es personal e interna. Al enfermo intento no transmitirlo." (A2)

La distancia terapéutica es descrita en términos de justa implicación personal o profesionalidad. Usar la distancia terapéutica conlleva mantenerse cerca del sufrimiento del paciente y la familia sin dejarse llevar por la situación de dolor, así como, centrarse en los aspectos más instrumentales de la práctica para poder prestar una ayuda eficaz.

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento y frecuencia de presentación entre los participantes.

Grupo	Denominación de la estrategia	Frecuencia
Grupo I: Estrategias de afrontamiento primarias Narradas por 8 o más participantes	Distanciamiento	14
	Aceptación	9
Grupo II: Estrategias de afrontamiento secundarias Narradas por menos de 8 participantes	Búsqueda de apoyo social	5
	Autoconfianza	4
	Redefinición cognitiva	4
	Generación de emociones positivas	3
	Negación	2
	Búsqueda de apoyo espiritual	1

"... A mí no me pagan por ser sentimental, me pagan por ser profesional... eso quiere decir que yo no soy el familiar... tengo que ser el punto de apoyo de ellos, pero si yo soy el que se pone a llorar, entonces ¿Qué ayuda le puedo dar yo a ellos? ¿Qué soporte puedo ser yo?" (C3)

Las estrategias de distanciamiento puestas en práctica por los participantes conllevan tratar la muerte de los pacientes con cierto grado de frialdad. Esta "frialdad" es vista de forma positiva, en el sentido de que limita el trabajo emocional, la exposición a sensaciones negativas y favorece el cuidado del paciente. Sin embargo, los propios participantes reconocen el riesgo de perderse en ella y desembocar en conductas de despersonalización y deshumanización.

"Nosotros la ventaja que tenemos es que este es un episodio que se repite muchas veces. Entonces valoramos estas situaciones con una cierta frialdad. Yo creo que eso es bueno, tanto para nosotros como para la gente de la calle." (A1)

"Vemos tragedias todos los días, y eso te vuelve frío. Por un lado es bueno.... Pero no puedo perder la perspectiva, no puedo pensar que el paciente es la continuidad de la máquina." (B1)

"...No nos damos cuenta pero, muchas veces, estamos con nuestro café, y a lo mejor tienes a un enfermo allí, al lado que está terminando. Es muy frío, estás allí con el café y el enfermo muriéndose [resopla]." (D2)

1.B. Aceptación

La aceptación, como estrategia de afrontamiento, a efectos de esta investigación, está modulada por la imprevisibilidad de la muerte, implica aprobar la presencia de la muerte en el ámbito laboral y comprende dos aspectos complementarios: normalización y resignación.

La aceptación con normalización supone incorporar la muerte de los pacientes como elemento natural del entorno, desde esta perspectiva el fallecimiento es una posibilidad que siempre existe para todos los enfermos que están ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

"...Para mí la muerte en una unidad de cuidados intensivos es una posibilidad diaria que existe, se puede dar y hay que estar preparada para esa posibilidad." (A5)

"Al principio te vas mal a tu casa... Pero conforme va pasando el tiempo, asumes esas vivencias como naturales y te haces más fuerte. Hace como de terapia...Aceptas la muerte de la personas que cuidas" (A1)

La aceptación con resignación, en cambio, representa aprobación con disconformidad de la situación en la que se produce la muerte, y supone, para la persona que la pone en práctica, la imposibilidad de provocar cambios en este proceso. Esta estrategia se suele usar cuando el profesional considera que hay una prolongación innecesaria de la vida del paciente.

"...Aquí la muerte es así, una desproporción. Este tipo de cosas sé que van a pasar. (...) Asumir lo que hay y punto." (A3)

"En definitiva, aceptas que estás ahí para lo que haga falta y ahora le pongo más tratamiento, y ahora le pongo la máquina del hemofiltro, y ahora le pongo más medicación... Muchas veces lo que tú estás valorando es la pérdida de material, la angustia con la que aceptas la situación y el cansancio generalizado que produce esta situación sin sentido." (A1)

2. Estrategias de afrontamiento secundarias

Búsqueda de apoyo social, autoconfianza, redefinición cognitiva, generación de emociones positivas, negación y búsqueda de apoyo espiritual.

2.1. Búsqueda de apoyo social

Esta estrategia representa un esfuerzo por conectar con otras personas (amigos, compañeros, familiares, etc.) a través de la expresión de los afectos y se produce cuando la enfermera acude a estas personas de referencia para buscar ayuda, información, o también comprensión y apoyo emocional.

Respecto al apoyo emocional, la familia constituye el grupo de referencia que con más frecuencia ayuda a estos profesionales a afrontar el estrés procedente del trabajo.

"...Llegas a tu casa y te evades. Yo en mi caso tengo a mi familia: mi mujer y mis hijos, eso sólo me evade." (D3)

"En cuanto a llevarse este sufrimiento a casa hay de todo...Cuando se nos va gente joven intento hablarlo con mi familia. Eso me tranquiliza." (B2)

"Cuando hay pacientes que impresionan por lo que sea, cuento en casa lo que ha pasado y ya está. Repasas y después ya no te acuerdas ni del nombre del enfermo." (A2)

2.2. Autoconfianza

La autoconfianza, en el contexto de esta investigación, debe ser entendida como la capacidad de creer en sí mismo y en las competencias y habilidades desarrolladas para manejar la situación. La autoconfianza alude a un esfuerzo por sentir que se está haciendo lo mejor posible en cada momento. Este esfuerzo ayuda a considerar el abordaje del proceso de muerte desde una perspectiva más favorable.

"...Pienso que la única manera de protegerte es intentar hacer las cosas bien. Estar segura de lo que se hace. Cuando me voy con mal sabor de boca a la casa es cuando se han hecho las cosas mal." (B1)

"El esfuerzo yo no digo que sea en vano porque tú has hecho lo que tú tenías que hacer. Venir aquí a trabajar y tu trabajo consiste en todo eso." (A3)

2.3. Redefinición cognitiva

La redefinición cognitiva está orientada a dotar de significado positivo los eventos ocurridos durante la jornada de trabajo. Esta estrategia ayuda a ver la muerte y el proceso de muerte como una oportunidad para valorar la vida desde una perspectiva diferente dotando de nuevos significados a determinados aspectos de la cotidianidad. Los participantes describen qué aspectos de su vida se han visto modificados con la vivencia continuada de la muerte.

"...En muy poco tiempo lo vivo todo de otra manera. Hoy por hoy, vivo la vida apasionadamente. Lo vivo todo al 100%.... Si algo aprendes al llegar aquí es que nunca sabe uno lo que le va a pasar". (A1)

"...La muerte se puede dar cada día, en cada minuto y en cada segundo. Determinadas conductas que tenemos son perjudiciales... Antes no era consciente pero desde que estoy aquí valoro las conductas perjudiciales que tiene la gente y que tengo yo...En ese sentido puedo decir que la muerte me ha cambiado." (A5)

"...Trabajar en un servicio de críticos hace que veas las cosas de otra manera... En cuanto a la vida valoras otras cosas y das importancia a otras cosas. Eso es positivo" (D3)

2.4. Generación de emociones positivas

Otro recurso, menos documentado, pero utilizado por los profesionales entrevistados, es la generación de emociones positivas mediante técnicas de distracción tales como el humor (contar chistes, decir tonterías, etc.) o escuchar música durante la jornada laboral.

"...Poner música en el módulo de trabajo y decir tonterías, eso es lo que hago para intentar no traerme ese sufrimiento a casa." (C2)

"En la UVI hay mucha gente, entre los cuales yo me incluyo, que tendemos a intentar quitarle hierro a la cosa con humor. Si hubiera un observador extraterrestre diría: "qué poca vergüenza y que falta de respeto". Pero eso seguramente será también un mecanismo de defensa." (B1)

2.5. Negación

En yuxtaposición a la aceptación, algunos participantes han informado sobre el uso de la negación como estrategia de afrontamiento, entendida ésta como el recurso por el que de forma sistemática no se contempla la muerte como una posibilidad real del paciente ingresado en UCI. Esta estrategia la han documentado los informantes de mayor edad, experiencia y sexo masculino pertenecientes a los grupos C y D, sin embargo, no ha sido contemplada por los participantes más jóvenes (grupos A y B).

"Estamos aquí para intentar que la gente se cure, no para esperar que se muera, aunque pasa, obviamente eso está claro, pero en principio el enfermo te llega y te llega para intentar curarle." (D3)

"Cuando un enfermo está en UCI sabes que puede vivir, porque si no, no iría a UCI. En UCI entra alguien que tiene proyecto de vida, entonces lo que se lucha cien por cien es para que viva. No nos olvidemos que estamos en un entorno donde nadie entra para morirse..." (C3)

2.6. Búsqueda de apoyo espiritual

Implica usar acciones relacionadas con la expresión de la espiritualidad, como por ejemplo rezar, para aliviar el sufrimiento y estrés que produce la vivencia de la muerte.

Esta estrategia tan sólo ha sido descrita de forma muy tangencial por una de las participantes, en concreto, por la de mayor edad y experiencia.

"...Yo siempre rezo un padrenuestro por lo bajo. Me da mucha pena verlos allí solos..." (D2)

Discusión

Las estrategias de afrontamiento descritas por los informantes incluyen un nutrido grupo de recursos que hacen eco de la multitud de situaciones con impacto sobre el proceso de adaptación que deben afrontar las enfermeras de cuidados críticos cuando cuidan a pacientes en estado terminal.

Según el modelo teórico de afrontamiento de Lazarus y Folkman (12) la mayor parte de los recursos descritos en este estudio se podrían encuadrar dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. No es de extrañar que sea así, puesto que en el ámbito laboral cada trabajador difícilmente puede controlar o modificar las situaciones estresantes, debido a que en gran parte no dependen de él, sino de la organización, la legislación y las características específicas del entorno (20). En este sentido, es particularmente interesante la propuesta mediante investigación-acción participativa de Morago-Báez R et al. (21). Estos autores han desarrollado una intervención para el afrontamiento del estrés ocupacional en la que se implica directamente a los profesionales asistenciales en el proceso de generación de la estrategia de afrontamiento.

Algunos de los estudios realizados en nuestra comunidad científica han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes modos de afrontamiento y el nivel de *Burnout*, de forma que las enfermeras tienden a usar estrategias

de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta el nivel de *Burnout* (5, 20). Estas investigaciones aportan una información muy valiosa de cara a la prevención del estrés laboral crónico, sin embargo, abordan el estudio de las estrategias de afrontamiento desde la perspectiva del *Burnout* y con el uso de escalas. El abordaje cualitativo permite un cambio de perspectiva en el estudio de las estrategias de afrontamiento, y ofrece un modelo explicativo de las mismas basadas en el análisis de las experiencias vividas por las personas que ponen en práctica dichas estrategias. En este sentido, nuestra investigación aporta un conocimiento innovador, puesto que se aproxima al estudio de dichas estrategias desde una perspectiva diferente, circunstancia que permite una comprensión profunda de las mismas y viene a complementar el conocimiento ya existente.

La presencia de la muerte y el proceso de morir, en sí mismos, no están considerados por las enfermeras de UCI como factores estresantes que requieran de la construcción de una respuesta de afrontamiento (22). Sin embargo, la prolongación innecesaria de la vida ha sido reportada como uno de los factores que más estrés producen en este grupo de profesionales y, por tanto, una de las situaciones laborales que requiere más esfuerzos cognitivos y conductuales por parte de éstos (22). La aceptación ha sido descrita en nuestro estudio como una estrategia de afrontamiento adaptada a las circunstancias en las que se produce la muerte, en concreto, la aceptación con resignación es un recurso emocional que usan los participantes de nuestro estudio de forma específica ante la prolongación innecesaria de la vida. La aceptación es una aportación novedosa de este estudio ya que no ha sido documentada en el contexto de las unidades de cuidados intensivos. Se ha encontrado alguna referencia bibliográfica acerca de su uso entre los profesionales médicos de atención especializada (23).

La involucración emocional excesiva con pacientes y familiares ha sido reportada en la literatura como un factor de riesgo para desarrollar *Burnout* (6). En este sentido, se puede afirmar que las estrategias de distanciamiento expuestas por los participantes protege al profesional y le ayuda a adaptarse de forma efectiva a su medio laboral. Los informantes la describen como una táctica que les permite afrontar las situaciones de sufrimiento de forma eficaz.

La búsqueda de apoyo social es otra de las estrategias de afrontamiento reseñada en los discursos de los profesionales entrevistados como estrategia adaptativa. Diferentes investigaciones han

señalado su importancia en el afrontamiento del estrés laboral y la prevención del *Burnout* (24-27). De hecho, se ha evidenciado una relación estadísticamente significativa con el estado civil y el número de hijos, de manera que el tener pareja estable o familia numerosa protege contra el *Burnout* (27), ya que estas circunstancias suponen tener y recibir un apoyo emocional ajeno al trabajo, que facilita el afrontamiento de problemas personales y conflictos emocionales (24).

El uso del humor es considerado por algunos autores como una estrategia de afrontamiento eficaz en el entorno de cuidados intensivos (28). Inclusive se han encontrado correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la muerte como factor de estrés laboral en el contexto de la UCI y la generación de emociones positivas por medio de la distracción y el humor durante la jornada de trabajo (29). Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo en que el humor, sobre todo el que está relacionado directamente con los enfermos, sea saludable. Algunos autores argumentan que el uso de estas estrategias, en un contexto de estrés, puede ser en sí un signo revelador de la angustia (30). Los participantes de este estudio que usan esta estrategia la describen como un medio liberador de tensión y consideran que es un buen método para hacer frente a la hostilidad del entorno.

La negación tal y como es relatada por los informantes de este estudio implica no reconocer la muerte como una posibilidad real cuando se atiende a pacientes en estado crítico. El cuestionario Brief-COPE (31), el cual responde teóricamente al modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (12) y al modelo de autorregulación de Carver et al. (32), encuadra la negación en un nuevo grupo de estrategias denominadas estrategias de afrontamiento evitativas. El afrontamiento evitativo, y consecuencia la negación, está considerada en la literatura como un grupo de recursos poco eficaces (33), resultados que coinciden con nuestros hallazgos.

La negación ha sido descrita exclusivamente por hombres, por lo que se intuye una diferencia de género que precisa de abordajes más profundos y complejos al realizado en este estudio, en que no se contempló el género como criterio de segmentación.

Las actitudes y las prácticas de las enfermeras ante la muerte están influidas no tan sólo por las demandas del entorno sino también por factores de índole personal, profesional y sociocultural (34). A este respecto, existe una gran producción científica acerca de la relación entre estrategias de

afrontamiento y rasgos de personalidad, la mayoría de estos estudios se han centrado en describir el papel de determinados rasgos tradicionales de la personalidad como predictores del afrontamiento eficaz o ineficaz (35, 36). De hecho, el tipo de personalidad es un determinante intrínseco del afrontamiento (37). A pesar de ello, en nuestro estudio no hemos tenido en cuenta los rasgos de personalidad a la hora de estudiar las estrategias de afrontamiento, lo cual supone una limitación de estudio. Las investigaciones que se planteen de cara al futuro deberían considerar los rasgos de personalidad y las diferencias de género en sus planteamientos a fin de evitar esta limitación.

Conclusiones

A modo de conclusión, podemos afirmar que el afrontamiento de la muerte del paciente crítico es un proceso muy complejo en el que las enfermeras movilizan diferentes recursos emocionales a fin de lograr la adaptación. La falta de previsión en el fallecimiento del paciente crítico modula el proceso de afrontamiento y dificulta el establecimiento de una relación terapéutica adecuada entre equipo profesional y núcleo paciente-familia; esta situación representa un desafío para la humanización de la asistencia, la prestación de los cuidados paliativos óptimos y, sobre todo, para el afrontamiento eficaz.

Las estrategias de aceptación y el distanciamiento, tal y como son descritas en este estudio, deben ser consideradas, en sentido genérico, estrategias adaptativas que muestran claramente que la prestación de cuidados a los pacientes en estado terminal en el entorno de UCI representa una lucha significativa a nivel personal y profesional.

Bibliografía

1. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Crit Care Nurs Q.* 2010 Jul-Sep; 33(3):273-81.
2. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med.* 2004; 32(3):638-643.
3. Rocker GM, Curtis JR. Caring for the dying in the intensive care unit: in search of clarity. *JAMA.* 2003; 290(6):820-22.

4. Robichaux CM, Clark AP. Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life. *Am J Crit Care*. 2006 Sep; 15(5): 480-91.
5. Popp MS. Estudio preliminar sobre el Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*. 2008; 25(1): 5-27.
6. De las Cuevas Castresana C. Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003; 5(2):107-13.
7. Gracia E, Martínez IM, Slanova M, Nogadera C. NPT 720: El trabajo emocional: concepto y prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo.
8. González Gil T. Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Enferm Intensiva*. 2008; 19(3): 113-22.
9. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, López Romera A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva*. 2008; 19(1):2-13.
10. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA, editor. *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.; 1999. p. 739-59.
11. Perea Baena JM, Sánchez Gil LM. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2008; 17(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/6615.php> [Consultado el 09-12-2011].
12. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
13. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURE Inv.* [Internet] 2011 Mar-Abr [citado 10-10-2011]; 8(51):(aprox. 10 pant). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51_original_apocuid.pdf
14. Perona Garcelán S, Galán Rodríguez A. Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema* 2001; 13(4): 564-572.
15. Palacios-Ceña D, Corral-Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*. 2010; 21 (2): 68-73.
16. Da Silva Britto E, Pimenta Carvalho AM. Stress, Coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Enferm Global* [Internet]. 2004 May [citado 10 Ene 2010]; 4. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/589/611>
17. Lenart SB, Bauer GG, Brighton DD, Johnson JJ, Stringer TM. Grief support for nursing staff in the ICU. *J Nurses Staff Dev*. 1998; 18: 1141-50.
18. Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Mariano Cubí, coordinador. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 4ª reimpresión. Barcelona: Paidós; 1998. p. 152-76.
19. Gálvez González M. La UCI y el "amor tecnológico". *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2008; 17(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/6640a.php> [Consultado 04-04-2012]
20. Hernández-Mendoza E, Cerezo-Reséndez S, López-Sandoval MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 15 (3): 161-66.
21. Morago-Báez R, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M, Prieto Guerrero MM, García-Nieto AA. Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa. *Enferm Clin*. 2009; 19(5):240-48.
22. Hays MA, All AC, Mannahan C, Cuaderes E, Wallace D. Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006 Jul-Aug; 25(4):185-93.
23. Escriba-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 595-604.

24. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clin.* 2005; 15(3):123-30.
25. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001; 52:397-422.
26. Albar Marín JM, Romero Hernández ME, González Moreno MD, Carbayo Pérez E, García Gámez A, Gutiérrez Martínez I et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clin.* 2004; 14 (5): 281-5.
27. Caballero MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria.* 2001; 27:313-7.
28. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs.* 2000; 31: 681-88.
29. Li J, Lambert VA. Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nurs Crit Care.* 2008; 13(1): 12-24.
30. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nurs Crit Care.* 2010; 15(3): 129-40.
31. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-COPE. *J Behav Med.* 1997; 4: 94-100.
32. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1998; 54: 267-83.
33. Krzemien D. Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *R interam Psicol [Internet].* 2007 [citado 17 Nov 2011]; 41(2): 139-150. Disponible en: www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04115.pdf
34. Hays MA, All AC, Mannahan C, Cuaderes E, Wallace D. Reported Stressors and Ways of Coping Utilized by Intensive Care Unit Nurses. *Diems Crit Care Nurs.* 2006; 25(4):185-93.
35. Maestre CR, Martínez AE, Zarazaga R E. Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *J Behav Med.* 2004; 27(2): 147-65.
36. Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Women's Health Issues.* 2003; 13(1): 32-8.
37. Blanco HE, Rodríguez JT, Scheneider R. Síndrome del intestino irritable y otros trastornos relacionados. *Fundamentos biopsicosociales.* 1ed. Madrid: Editorial Médica Paraamericana; 2010.

Agradecimientos

A los participantes del estudio, ya que sin su colaboración no podría haberse realizado.

Financiación

En este artículo se presentan resultados parciales del proyecto PI 225/2007, financiados en su totalidad por la Junta de Andalucía.