

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS ANTE LA
MUERTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS Y
NEONATALES EN CARTAGENA, 2016**

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

ANA ACOSTA LOPEZ

COINVESTIGADOR(ES):

CAROLINA ESPAÑA

KATHERINE JIMÉNEZ

JULY SUAREZ

STEFANY ORTIZ

YENIFER VANEGAS

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS – COLOMBIA**

2016

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA.....	15
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO TEÓRICO	18
5.1 LA MUERTE.....	18
5.2 MUERTE Y ENFERMERÍA	19
5.3 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
5.4 CALLISTA ROY Y EL AFRONTAMIENTO EN ENFERMERÍA	21
5.4.1 Modelo de adaptación de Callista Roy	22
5.4.2 Estrategias de afrontamiento.....	24
6. METODOLOGÍA.....	27
6.1 NATURALEZA DEL ESTUDIO	27
6.2 TIPO DE ESTUDIO	27
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
6.3.1 Criterios de inclusión	27
6.3.2 Criterios de exclusión	27
6.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	27
6.5 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	28
6.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	29
6.7 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	30
6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
7. RESULTADOS	31
7.1 Características sociodemográficas	31

7.2 Capacidad de afrontamiento	32
7.3 Estrategias de afrontamiento	33
8. DISCUSIÓN	35
9. CONCLUSIONES	39
10. RECOMENDACIONES.....	40
10.1 Para las instituciones de salud	40
10.2 Para las instituciones de educación superior.....	40
10.3 A nivel investigativo	40
11. AGRADECIMIENTOS.....	42
12. BIBLIOGRAFÍA.....	43
13. ANEXO	49
13.1 Anexo 1. Encuesta sociodemográfica e instrumento escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.	49
13.2 Anexo 2. Consentimiento informado	52
13.3 Anexo 3. Tablas	53
13.3.1 Características sociodemográficas.....	53
13.3.2 Capacidad de afrontamiento	55
13.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 5 Género de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena	53
Tabla 6. Edad de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena	53
Tabla 7. Edad según género de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena.....	53
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la edad de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena.....	53
Tabla 9. Estado civil de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena	54
Tabla 10. Religión de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena.....	54
Tabla 11. Tipo de universidad de la que se graduaron los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena.....	54
Tabla 12. Procedencia de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena	54
Tabla 13. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 1: “recursividad y ser centrado”.....	55
Tabla 14. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 1: “recursividad y ser centrado”	55

Tabla 15. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 2: “reacciones físicas y enfocadas”	56
Tabla 16. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 2: “reacciones físicas y enfocadas”	56
Tabla 17. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 3: “proceso de alerta”	57
Tabla 18. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 3: “proceso de alerta”	57
Tabla 19. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 4: “procesamiento sistemático”	58
Tabla 20. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 4: “procesamiento sistemático”	58
Tabla 21. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 5: “conocer y relacionar”	59
Tabla 22. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 5: “conocer y relacionar”	59

RESUMEN

Objetivo: Describir capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las UCIs pediátricas y neonatales en Cartagena. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal con naturaleza cuantitativa. En el que participaron 103 enfermeras jefe que laboraban en UCI neonatales y pediátricas empleando un muestreo no probabilístico. La información fue recolectada de los datos procedentes de la encuesta sociodemográfica y del instrumento la versión en español de la “Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy”. Los datos recolectados fueron tabulados por medio del programa informático Excel 2013. **Resultados:** La *capacidad de afrontamiento* se dio en *alto grado* respecto a “recursividad y el ser centrado” (factor 1), “reacciones físicas y enfocadas” (factor 2) y “procesos de alerta” (factor 3). Las *estrategias de afrontamiento* fueron en *alto grado* para el “procesamiento sistemático” (factor 4) y *muy alto* para “conocer y relacionar” (factor 5). **Conclusiones:** Los enfermeros poseen un alto grado de capacidad de afrontamiento ante la muerte en UCI-Pediátrica y UCI-Neonatal.

Palabras claves: Capacidad, Afrontamiento, Enfermería, Cuidados Intensivos, Pediatría y Neonatal. (DeCS).

1. INTRODUCCIÓN

El propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a las situaciones de estrés; los seres humanos han demostrado una enorme capacidad de adaptación y de producir ajustes positivos frente a cualquier adversidad [1].

En el marco de esta investigación el afrontamiento constituye un aspecto importante y ocupa un lugar importante en la profesión de enfermería que día tras día se enfrenta a situaciones difíciles tales como la muerte.

La muerte es un proceso natural del ser humano que puede ocurrir en cualquiera de las etapas del ciclo vital, pero se espera que ocurra en edades avanzadas afectando ámbitos como el social, familiar, profesional, religioso entre otros [1]. Cuando el ser humano se enfrenta a la muerte de una persona que aparentemente ya cumplió las etapas de su vida, se observa este trance como un hecho normal y mucho más fácil de afrontar, lo contrario de cuando esto sucede en personas jóvenes que apenas están viviendo la vida.

El afrontamiento ante la muerte es un proceso que el profesional de enfermería esta propenso a experimentar desde su formación académica, pero desde su perspectiva personal no se encuentra preparado para actuar ante esta [2].

En la disciplina de enfermería existen pocas investigaciones realizadas en cuanto al afrontamiento de los profesionales de enfermería sobre todo en el área pediátrica, por lo tanto esta investigación ha sido un pilar importante para el campo. Una de las mayores aportantes ha sido Callista Roy mediante un instrumento creado que es la “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” en el cual se encuentra apoyada esta investigación.

Esta investigación es importante para la disciplina de enfermería por que contará con mayor experiencia en el campo y los profesionales contaran con un referente

experimental en las unidades de cuidados intensivos que le permitirá conocer la capacidad de afrontamiento de los profesionales cuando se enfrentan con la muerte día tras día.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte constituye un proceso natural e inevitable, al cual el ser humano le ha asociado ciertos rasgos culturales. Este evento junto con el de la concepción de la vida, es de los más importantes en el hombre, por tanto siempre estará presente a lo largo del transcurso de la vida.

Se observa que cuando el ser humano se enfrenta a la muerte de una persona mayor o que aparentemente ya ha cumplido las etapas de su vida, observamos este trance como un hecho natural, lo contrario de cuando este hecho sucede en personas jóvenes [1], se puede decir que la muerte puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital humano; ahora bien, se espera que el mayor número de muertes ocurra en periodos avanzados de la vida, a pesar de ello, se observa que también los niños mueren por diferentes causas.

Independientemente de cómo y en qué momento suceda el fallecimiento, este representa un proceso de sufrimiento y de pesar difícil de afrontar, es ahí donde se hace necesario entender que el afrontamiento es un proceso a manera de operación continua con cambios progresivos hacia una finalidad, abierto a detectar estímulos, y que responde a una situación motivadora, que puede ser la enfermedad, o su desenlace fatal, que correspondería a la muerte [2].

En algunas ocasiones estas muertes ocurren en la UCI neonatal y pediátrica, que corresponden a un servicio de atención al recién nacido prematuro, a término y paciente pediátrico, que presenta problemas para su funcionamiento normal y que pueden comprometer su salud, desarrollo o la vida [3], de acuerdo a lo planteado se puede definir UCI, como un servicio de atención en donde se ofrece asistencia multidisciplinar para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas con el fin de atender pacientes complejos que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos o sistemas [4].

S. Campos, en su estudio encontró que la mortalidad promedio en las UCIP de los países estudiados es de 12%, pero fluctúa desde el 4% en España hasta el 25% en Honduras. Y la mortalidad promedio en las UCIP latinoamericanas fue 13,29 y 5% en las UCIP europeas, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambas regiones ($p = 0,005$). También se halla que las cifras de mortalidad son significativamente diferentes entre los países latinoamericanos y europeos.

La ciudad cuenta con centros hospitalarios públicos y privados para la atención de niños con alteraciones en su estado de salud; las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales (UCIN) y Pediátricas (UCIP) son el lugar donde se brinda cuidado especializado a los menores con alto riesgo de morir por estado médico crítico y/o quirúrgico.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), en Cartagena los eventos que más incidencia tienen en la mortalidad en menores de cinco años son la Infección Respiratoria Aguda (en promedio 19,77 x 100.000 menores de 5 años entre 2008-2014) y la Enfermedad Diarreica Aguda (en promedio 5,35 x 100.000 menores de 5 años entre 2008-2014), las cuales se consideran muertes potencialmente evitables. Además, los factores de índole social, económico, cultural, educativo, ambiental, político, tales como saneamiento básico, pobreza, calidad y acceso a servicios de salud, entre otros favorecen la presentación de éstos eventos entre las comunidades con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas [5].

La muerte no es un evento ajeno a la sociedad y mucho menos a los profesionales de enfermería que brindan atención en UCIN-UCIP, a pesar de ello, Colell [6] sostiene que en la actualidad y en la sociedad occidental, la muerte es vista como un evento extraño e imprevisto, alejado de los pensamientos cotidianos, generando una negación social y los profesionales de la salud no están exentos

de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos.

En el caso de los enfermeros, puede decirse que frecuentemente se enfrentan con la muerte, por tanto padecen, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras reacciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. De manera particular, se ha encontrado que las emociones de los enfermeros frente a la muerte neonatal están representadas por los conceptos o significantes de dolor, desasosiego, frustración, tristeza, culpa, desahogo, impotencia y pérdida; en el caso de los comportamientos y las reacciones, se destacan aquellas relacionadas con la familia se centran en el sentir, pensar y actuar de estos. Además, puede decirse que los recursos personales, profesionales e institucionales de los enfermeros frente a la muerte neonatal, comprende la preparación y formación, el acompañamiento y la orientación. A pesar de estos elementos, se ha evidenciado que muchos profesionales de enfermería se quejan de no saber qué hacer ante el proceso de muerte o ante la muerte como tal, refieren no tener los recursos personales, ni la formación profesional, ni el acompañamiento y orientación proporcionados por las instituciones donde trabajan y sienten dificultades para relacionarse con los familiares [7].

Este **afrontamiento** entre las enfermeras(o) ha sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas en el campo de la enfermería. Una de las más importante es la de Callista Roy, quien en su modelo conceptual de adaptación considera a los niños como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en continua interacción con un medio ambiente cambiante [8]. Además, el afrontamiento puede entenderse como los 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. En este sentido se distinguen las 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, el personal de enfermería emplea 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 [9].

El afrontamiento en cada situación es específico, por lo que no debe ser considerado como un riesgo. En este sentido, 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 [9].

Con los elementos mencionados, se hace necesario documentar y analizar las estrategias de afrontamiento que usan los profesionales que trabajan en un determinado ámbito, como el de Enfermería. Su importancia radica en que, con ello, se pueden ayudar a emprender acciones para evitar las consecuencias negativas del estrés sobre la salud de los trabajadores y mejorar la calidad asistencial [9].

Cumplido y Molina [10], en su estudio lograron identificar como principal factor de estrés entre los profesionales de enfermería la atención al dolor y la muerte. Por su parte Alonso [1], plantea que la ansiedad puede aumentar el número de errores en el trabajo, una estrategia para reducirla consistiría en proporcionar a los enfermeros el entendimiento y la preparación necesaria frente a la muerte.

Lo anterior se torna aún más crítico cuando se trata de afrontar la muerte de niños. A pesar de que a nivel mundial existe un abundante flujo de recursos destinados a promocionar la salud y a prevenir las enfermedades en este segmento

poblacional, los casos con desenlace fatídico siguen teniendo efectos devastadores, tanto en la familia como en el personal de salud, y en particular, en los enfermeros. Dado que estos últimos casi siempre son quienes más contacto tienen con los infantes por la frecuencia en que deben proporcionarle cuidados, con lo cual llegan a establecer vínculos afectivos y relaciones de simpatía, amistad y empatía [11], es por ello que cuidar a los pacientes pediátricos en unidades de cuidados intensivos es considerado como una de las situaciones más estresantes dentro de la enfermería [12], dado que en ésta área la muerte infantil deja de ser un fenómeno aislado y pasa a ser un elemento cotidiano que está presente de forma continua [13], generando estrés, malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección.

Diversos estudios [1,7,14] sostienen que en la actualidad el personal de enfermería no se encuentra preparado para afrontar la muerte, en especial, la de un paciente pediátrico, pues durante su formación priman los conocimientos en pro de la vida, no haciéndose énfasis en la manera en que debe reaccionar durante o después de la muerte en general. Frente a esta situación, en la literatura existe poca investigación relacionada con las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los profesionales para hacer frente a estas situaciones de cuidados sumamente estresantes [15].

Según Vásquez [16] muchos profesionales de enfermería se quejan de no saber qué hacer ante el proceso de muerte o ante la muerte de neonatos, refieren no tener los recursos personales, ni la formación profesional, ni el acompañamiento y orientación proporcionados por las instituciones donde trabajan y sienten dificultades en relacionarse con los familiares.

Algunas enfermeras para afrontar la muerte de niños, cortan o suspenden temporalmente cualquier nexo con los pacientes y sus familias una vez finalizado el trabajo, además de que cuentan con el apoyo de las familias a las que pertenecen. A lo anterior, Muñoz [17] añade que es imposible no establecer o no

involucrarse emocionalmente con el sufrimiento de los niños o de la familia, pero las enfermeras están conscientes de que es una situación de la cual no son culpables, y deben establecer un límite para evitar vivir este duelo 'ajeno'.

Plaza, García y Chenovart [18] afirman que el profesional de enfermería vive, junto a la familia del paciente pediátrico terminal, la agonía de ver la forma en que día a día la vida se va apagando; en esos momentos tiene que dar consuelo a los padres, sin embargo, la mayoría del personal sanitario y de enfermería no está preparado emocionalmente para el desenlace de la patología de estos enfermos. Las autoras mencionan categóricamente que no se les prepara para ayudar al paciente terminal, para apoyar y acompañar a la familia del enfermo, ni para afrontar estos momentos de frustración, temor, desesperación y rabia.

Algunos autores, como Gerrig y Zimbardo [19], y García y Riveros [20] plantean que los sentimientos que experimentan los enfermeros impactan directamente en su persona, dejando huellas en su percepción, cognición y comportamiento. El hecho de experimentar la muerte de un niño es un proceso complejo, el cual resulta, en numerosas ocasiones, difícil de enfrentar, debido a que comprende una experiencia individual, privada e intransferible. En este orden de ideas, los enfermeros consideran que la experiencia vivida se manifiesta como una tragedia que involucra impotencia ante una escena dolorosa, expresada con variantes a lo largo de los años de trabajo, las cuales se perciben como un mitigante del dolor y una herramienta que favorece la contención. Así mismo, los sentimientos y los vínculos hacia la familia y el niño emergen de manera espontánea en esta relación donde surgen mecanismos de autodefensa en el momento del deceso y se crea una barrera que intenta mantener la distancia de la situación para evitar el propio sufrimiento; en este punto, el duelo se hace presente en el proceso vivenciado, donde la humanización de los cuidados cobra un papel primordial.

Estos antecedentes permiten comprender la relevancia y la pertinencia de la temática a trabajar. En especial, por las repercusiones tanto laborales, como

personales y de bienestar que lleva asociada el contacto y la experiencia con la muerte de niños. Así las cosas, se procede a formular la siguiente pregunta de investigación.

2.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales en Cartagena, 2016?

3. JUSTIFICACIÓN

La convivencia profesional con la experiencia de la muerte y su proceso, corresponde a uno de los hechos más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud, entre ellos los de enfermería. Es por esta razón que el proceso del fin de la vida se ha constituido en un importante foco de interés científico, siendo considerado además, como uno de los mayores desafíos al que deben hacer frente estos profesionales [21].

De esta manera, la presente investigación se justifica en la medida en que busca llenar este vacío a través de la descripción de la capacidad de afrontamiento que presentan los enfermeros que laboran en UCI pediátricas y neonatales, de esta manera se constituiría en un antecedente pionero y de obligatoria consulta para los interesados en la temática a nivel local e incluso nacional.

Esta investigación resulta beneficiosa e importante para la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena debido a que sus estudiantes estarían produciendo y aplicando conocimientos relacionados con un tema de la profesión que ha sido poco investigado. Además, la universidad contará con mayor experiencia en éste campo, lográndose así una contribución para la consolidación de las bases para futuras investigaciones con lineamientos similares de la temática tratada.

Los beneficios para las autoras radicarán en el hecho de que pondrán en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de su período de estudios en aras de la comprensión de una problemática que afecta el ejercicio profesional, tal como lo es el afrontamiento ante la muerte en las UCI pediátricas y neonatales, esto lo harán a través de un ejercicio de apropiación de información y su análisis mediante el método científico.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las Unidades de Cuidado Intensivos pediátricas y neonatales en Cartagena.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las enfermeras que laboran en UCI pediátricas y neonatales en Cartagena.
- Identificar la capacidad de afrontamiento que tiene el profesional de enfermería de las UCI pediátricas y neonatales ante la muerte.
- Identificar las estrategias de afrontamiento del profesional de enfermería de las UCI pediátrico y neonatal ante la muerte.

5. MARCO TEÓRICO

Se parte de la conceptualización de la muerte como fenómeno inherente a los seres humanos.

5.1 LA MUERTE

En los seres humanos, la toma de conciencia de la muerte puede considerarse como una crisis en la vida de las personas, incluso, pudiendo ser, no la muerte en sí, sino su representación anticipada lo que inspira temores. Si bien lo anterior es crítico para las personas, la fatalidad de la muerte se torna más acuciante si se concibe como una característica propia del ser viviente desde su origen [22].

A pesar de que lo anterior resulta de gran relevancia para el ser humano, en la actualidad no se dispone de una definición única y precisa de la muerte, pues son variados los ámbitos los que involucra, desde el biológico y médico, hasta el legal, social, religioso, sin contar algunos otros, que se encuentran entrelazados de una forma compleja, no obstante cada cual intenta darle un sentido particular [23].

A continuación se proveerán algunas definiciones útiles para enmarcar la presente investigación:

Puede decirse, que en términos generales, la muerte es la pérdida total de las funciones vitales [1].

La muerte se comprende desde el ámbito social como aquella pérdida irreversible de la capacidad de interacción social. Se basa en el hecho específico de que el ser humano posee la habilidad de razonar, luego de que el sujeto pierde las funciones mentales (la conciencia), debe considerarse muerto. En este sentido, implica la pérdida de toda posibilidad de contacto, relación, comunicación con otras personas, así como con el ambiente externo [24].

Por otro lado, bajo un enfoque filosófico, la muerte se concibe al distinguir la individualidad orgánica del ser humano del cuerpo material, respecto de la personalidad humana, que es inmaterial. Cuando esta ocurre, la persona se transforma en cadáver, por lo cual, fallece y el individuo muere. Este enfoque también la conceptualiza como ocultamiento (aniquilación, negación total, fracaso definitivo), respecto a la cual la vida únicamente es aplazamiento constante a través del tiempo [25].

Entre tanto, la definición sanitaria y legal sugiere que la muerte corresponde al proceso a través del cual se estropea la preservación de la integridad física del cuerpo, en otras palabras, la interrupción del proceso de la vida involucra necesariamente la cesación de las funciones biológicas y fisiológicas [21].

5.2 MUERTE Y ENFERMERÍA

Se considera que la muerte es el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico, así, se ha establecido que es la enemiga suprema de la medicina contemporánea. Frente a esta realidad, son muchas las personas que no entienden la inevitabilidad de la muerte, esperando que los avances médicos la puedan evitar de forma indefinida. A pesar de esto, la realidad y los avances médicos tienen como finalidad solamente evitar la muerte prematura [26].

Intentar esconder la muerte en la actualidad viene dado por una revalorización del cuerpo humano como máquina cosechadora de éxitos, con lo que la muerte se considera un fracaso estrepitoso [27]. Con todo esto sólo se consigue la negación de la realidad, generando así respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes [28].

Algunos investigadores plantean que morir en la actualidad constituye algo mecánico, solitario y deshumanizado. Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la

realidad de la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella. Esto, de alguna u otra forma, puede influir positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario [29].

Dada la naturaleza de las profesiones en salud, es necesario que quienes las desempeñan, desarrollen actitudes positivas en aras de proporcionar cuidados de alta calidad, sobre todo, en situaciones en las cuales el paciente se encuentra a punto de enfrentar la muerte. En lo que respecta a los enfermeros, sus cuidados deberán enfocarse en proveer una buena muerte, por lo que es importante que hayan elaborado una buena aceptación de la muerte como parte de la vida, para evitar que intervengan sus propios miedos a la muerte [28].

Uno de los efectos más comunes que lleva al individuo a movilizarse ante situaciones de amenaza o riesgo (en este caso al riesgo de morir), es la ansiedad. Frente a esto, se ha encontrado en varios estudios que el personal de enfermería presenta niveles de ansiedad ante la muerte que son reducidos cuando se le compara con el resto de la sociedad, sin embargo, estos niveles son altos al contrastarlo con otros profesionales de salud. Esto sucede porque en los hospitales, son los enfermeros quienes la mayor parte del tiempo pasan al lado de los pacientes, en razón de la naturaleza de su profesión; esto hace que en su actividad normal tengan que enfrentarse directa y frecuentemente con la muerte [30].

Generalmente los individuos que conforman el personal de enfermería tienen en mente no crear relaciones afectivas a través de mantener cierta “distancia emocional” con el paciente, de tal suerte que su eventual muerte incida lo menos posible en su estabilidad emocional. Así mismo, no todas las muertes se contemplan de igual modo, pues esto se encuentra en función de la edad del paciente, su enfermedad y relación que se tenga con la familia; en ocasiones se les asigna identidad, por ejemplo, a través de un número, otras veces el paciente es tratado como “cosa” o como una patología [31]. Todo esto funciona como

mecanismo de defensa, pues la relación con el paciente moribundo hace más conscientes de su propia mortalidad a las personas que lo rodean [32].

5.3 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las UCI son unidades con equipos altamente sofisticados donde se proporcionan cuidados de alto nivel técnico, pues los pacientes están en estado crítico y la idea de la muerte siempre está presente. El enfoque de los cuidados en ellas está centrado en la curación y preservar la vida de los pacientes, lo que hace que no sea el entorno natural para que se dé el proceso final de la vida. Por ello, cuando un paciente muere, los profesionales en muchos casos sienten un alto nivel de insatisfacción, considerándolo un fracaso personal o profesional. Situación que se torna crítica cuando se trata de la muerte de un paciente pediátrico, dado que a veces resulta ser un hecho difícil de comprender, que un ser en desarrollo, que está creciendo, elaborando vínculos afectivos con la familia y la sociedad, y que es frágil de naturaleza, termine en esta situación; así, su atención en el proceso final de la vida resulta más difícil de asimilar [27].

5.4 CALLISTA ROY Y EL AFRONTAMIENTO EN ENFERMERÍA

En enfermería, el afrontamiento se constituye en un aspecto clave en el marco de la investigación y adaptación en salud, ocupando una posición importante en la profesión. Puede decirse que se entiende como un proceso a manera de operación continuada con cambios progresivos hacia una finalidad, abierto a detectar estímulos, y que responde a una situación motivadora, que puede ser la enfermedad, o su desenlace fatal, que correspondería a la muerte. En términos generales, el propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a las situaciones de estrés; los seres humanos han demostrado una enorme capacidad de adaptación y de producir ajustes positivos frente a cualquier adversidad, lo que torna el concepto de adaptación, en un aspecto esencial dentro de la enfermería [33].

5.4.1 Modelo de adaptación de Callista Roy

La teorista Callista Roy reconoce que este modelo surgió de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Mientras que sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo [34]. Los componentes de este modelo se presentan a continuación.

En primer lugar aparece la *adaptación*, entendida como el proceso y a la vez resultado por los que las personas que tienen capacidad de pensar y de sentir, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno.

Otro de los elementos corresponde a la *enfermería*, que es la profesión dedicada a la atención sanitaria, que se centra en los procesos humanos vitales y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias y de la sociedad en general. De acuerdo con el modelo, la teorista define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Para ello la enfermera tiene que analizar las conductas y los estímulos que intervienen en la adaptación. A esto debe añadirse que los enfermeros tienen como objetivo mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas como parte de la adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad [33].

Las *personas*, como elementos del modelo de Roy corresponden a sistemas holísticos y adaptables, que se definen como un todo, con partes que funcionan como una unidad para un propósito completo. Para esta teorista, la persona es el

foco principal de la enfermería, en la medida en que se compone de procesos internos, y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en cada modo de vida.

De otro lado, se tiene que la *salud* corresponde tanto a un proceso como a un resultado, a través del cual la persona piensa, siente y usa la conciencia consciente para crear una integración humana y ambiental. Las enfermeras intervienen para cambiar el ambiente y promover la adaptación por medio de la expansión de las habilidades adaptativas del individuo [33].

El *entorno* hace referencia a todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y la conducta de las personas y de los grupos, con especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales; es el entorno cambiante el que empuja a una persona a cambiar para adaptarse [33].

Entre tanto, se considera que el *proceso de afrontamiento* son los modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. Entendiendo como mecanismos innatos, aquellos determinados genéticamente o comunes para la especie, que suelen verse como procesos automáticos, en los que la persona ni siquiera piensa para ejecutarlos. En cambio, los mecanismos adquiridos se crean por medio de métodos como el aprendizaje [33].

Por último, se encuentra el componente referente a la *filosofía y afrontamiento*, el primero de los cuales, para Callista Roy, tiene dos connotaciones básicas, una referida a los procesos de encontrar significados a través del análisis, y la otra referida a compartir valores, creencias y metas. En general, la perspectiva filosófica afecta o conmueve aquello sobre lo cual la persona se interesa, se da cuenta y comprende [33].

5.4.2 Estrategias de afrontamiento

Desde el punto de vista teórico-conceptual, las estrategias de afrontamiento se entienden como aquellos esfuerzos del orden cognitivo y conductual, que de manera continua cambian, y se desarrollan con el fin de manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. A su vez, para que lo anterior sea efectivo, debe existir concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del sujeto [15].

En la literatura generalmente las estrategias de afrontamiento deben ser distinguidas de los llamados estilos de afrontamiento, que se refieren a las tendencias generales, habituales y preferenciales que se presentan con mayor consistencia entre las personas sin importar las características del evento estresante o las demandas que impone el ambiente [32]. Cabe mencionar que el presente estudio se enfoca en las estrategias de afrontamiento, por tanto, serán detallarán a continuación.

5.4.2.1 Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son una serie de herramientas o recursos que el individuo posee y desarrolla con la finalidad de hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Cabe mencionar además, que tales herramientas o recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial [11].

- Estrategia cognitiva

La estrategia cognitiva corresponde a aquella que involucra los conocimientos de los profesionales de enfermería acerca del proceso de la muerte, siendo importante en la medida en que implica además, la puesta en marcha de actos tendientes al correcto acompañamiento de parientes del niño recién fallecido, así como el manejo del proceso de duelo [11].

Lo anteriormente planteado sobre la estrategia cognitiva se relaciona con algunos patrones que le son propios, destacándose el *patrón ético de conocimiento* (el cual se refiere a los marcos teóricos propios de la profesión), el *patrón de conocimiento empírico* (fundamentado en la observación), el *patrón de conocimiento personal* (referido a la experiencia humana), y el *patrón de conocimiento estético* (afín a la creatividad en el cuidado) [35].

- Estrategia afectiva

Corresponde a aquella reacción de orden psicológico expresable por medio del habla en términos de gustos, lo cual implica que el profesional de enfermería encare tanto a sus sentimientos, como a sí mismo, en especial en lo referente a su intervención con el fin de coadyuvar en el duelo [11]. Los sentimientos a los cuales se hace referencia implican miedo y angustia, incertidumbre, ansiedad, tristeza, rechazo, aislamiento, ira, rabia, resentimiento, impotencia y resignación [36].

Así las cosas, y como parte de la estrategia afectiva, el proceso de duelo tiene adjuntas una serie de etapas; algunas de las más relevantes son las siguientes: aceptar la realidad de la muerte; experimentar el dolor del duelo; adaptarse al nuevo ambiente e incorporarse a las anteriores actividades; y retirar la energía emocional puesta en la persona, reinvertirla en otra situación [7].

- Estrategia comportamental

Esta estrategia se encuentra íntimamente ligada al grado de inteligencia de cada sujeto, así como a aspectos tales como la personalidad, las creencias y las

experiencias. Las actitudes que surgen de lo anterior implican acompañamiento, dialogo, acercamiento, rechazo y evasión entre otras. Particularmente, se ha identificado que los individuos dentro de su estrategia comportamental ante la muerte, generalmente no quieren nombrar a la misma muerte y, por asociación, tampoco a las patologías o males que se cree que la atraen; no miran cara a cara al enfermo y evitan su contacto; aumentan la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico [11].

Hernández [22] concluye que “las personas mueren de diferentes enfermedades, en diferentes circunstancias y ámbitos culturales, con diferentes niveles de conciencia y con diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte. La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos...”.

6. METODOLOGÍA

6.1 NATURALEZA DEL ESTUDIO

Estudio de naturaleza cuantitativa [37].

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal [38]. Que buscaba describir la capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en UCIs pediátricas y neonatales.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población correspondió a 103 enfermeros y se escogieron en función a que laboraran en las UCIs neonatales y pediátricas de la ciudad de Cartagena empleando un muestreo no probabilístico.

6.3.1 Criterios de inclusión

- Enfermeros que trabajan en las UCI neonatales y pediátricas de Cartagena.
- Enfermeros con disposición de tiempo y con voluntad para participar en la investigación.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Enfermeros que se nieguen a participar en la investigación.

6.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Se incluyeron en el estudio las UCI neonatales y pediátricas ubicadas en la ciudad de Cartagena, se escogieron por ser las UCI que atienden a este tipo de pacientes, por tanto el personal de enfermería que aquí labora es de sumo interés para los propósitos de esta investigación.

6.5 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se recolectó la información de los datos procedentes de la encuesta sociodemográfica y del instrumento la versión en español de la “Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy” la validez y la confiabilidad de la versión en español fueron evaluadas por Gutiérrez C, 2007.

El instrumento de Callista Roy está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre, cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o afrontar una situación o un evento difícil. Los tres primeros factores midieron los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. El Factor 1: Recursivo y centrado (10 ítems), refleja los comportamientos personales y los recursos, para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados, Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones, el Factor 3: Proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos del yo personal y físico, Factor 4: Procesamiento sistemático (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas, y el Factor 5: Conocer y relacionar (8 ítems) describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros. Para establecer la validez se utilizaron dos métodos; el primero correspondió a un panel de expertos, quienes evaluaron el instrumento considerando tres criterios de calificación: claridad, precisión, comprensión; al respecto se encontró que 45 (96%) del total de los 47 ítems del instrumento cumplieron estos criterios. El segundo correspondió a cinco sujetos de estudio quienes evaluaron el instrumento en su totalidad, determinando su comprensión. De esta forma se estableció que el instrumento tiene validez [39].

Para evaluar la capacidad de afrontamiento y adaptación se realizó la siguiente categorización, teniendo en cuenta el puntaje mínimo de 47 y máximo de 188.

Tabla 1. Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global.

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Los profesionales de enfermería se le hizo entrega de las encuestas en los sitios de trabajo (clínicas) y posteriormente se recogerían en un tiempo no mayor a 1 día, a los participantes se les explicó la encuesta, el fin del estudio y se le solicitó la participación voluntaria (consentimiento informado), garantizando la confidencialidad en el transcurso del estudio.

En cuanto a la recolección de datos se consideraron los siguientes aspectos: sexo, edad, estado civil, religión, procedencia, universidad (pública o privada), capacidad de afrontamiento y estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, afectivo y comportamental.

Los datos recolectados fueron tabulado por medio del programa informático Excel 2013, además, en éste se organizó y depuró la información, con el fin de conformar una base de datos adecuada para el análisis.

6.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la base de datos se usó el paquete estadístico Stata 12, se recurrió al uso de diversas medidas estadísticas tipo descriptivo (media, intervalos de confianza, moda, mediana, valores mínimo y máximo, desviación estándar), con las cuales se pudo representar en cifras significativas el conjunto de

observaciones de cada una de las variables que se estudiaron, además se pudo describir con ellas las características del personal de enfermería en relación con los objetivos propuestos.

6.7 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

La información que fue recolectada esta presentada a través de tablas y gráficos.

6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se enmarca dentro de la Resolución 8430 de 1993 [40], la cual permite clasificarla como una *investigación sin riesgo* pues concuerda con el hecho de ser un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Además no se identifican los individuos, ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta. Cabe mencionar que en las investigaciones con seres humanos, la investigación en comunidades y los aspectos necesarios para la elaboración del consentimiento informado, la clasificación del riesgo y los compromisos que adquieren los investigadores se reglamentan por la Resolución mencionada, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

7. RESULTADOS

7.1 Características sociodemográficas

El presente estudio conto con la participación de 103 profesionales de enfermería que laboran en las UCI neonatales y pediátricas de Cartagena. Los resultados reportaron con respecto al sexo un 81,6% (84) fueron femeninas y un 18,4% (19) masculinos (Tabla 1).

Respecto a la edad, predominaron los enfermeros dentro del rango de los 30 – 39 años con el 47,6% (49) de la participación, seguidos de cerca por aquellos con 20 – 29 años (47). En menor medida hubo enfermeros con edades entre 40 – 49 años, dado que fueron apenas el 4,9% (5), y mayores de 49 años, los cuales se ubicaron en 1,9% (2) (Tabla 2).

Al relacionar la edad según el sexo se puede decir que entre los enfermeros se destacaron las más jóvenes, es decir, del rango de 20 – 29 años, con un 46,4% (39), a su vez, entre la contraparte masculina la mayor participación fue del rango de 30 – 39 años con 57,9% (11) (Tabla 3).

Los datos descriptivos para la variable edad arrojaron que en promedio, el personal de enfermería masculino fue más joven que el femenino, en la medida en que alcanzaron promedios de 29,2 y 31,3 años respectivamente, correspondiendo la diferencia a 2,13 años. La edad mediana y la desviación estándar fueron de 30 y 4 años, entre los masculinos, y de 30 y 6,3 para el caso de los femeninos. Entre tanto, las edades mínimas y máximas correspondieron a 20 y 35 años para los hombres, y de 20 y 55 años para las mujeres, respectivamente (Tabla 4).

El estado civil más destacado de los profesionales de enfermería correspondió a soltero, el cual se destacó con una participación del 50,5% (52), seguido de quienes conviven en unión libre con 29,1% (30) y los casados con 20,4% (21) (Tabla 5).

La religión católica predominó en un 78,6% (81) de los enfermeros, los cristianos en un 20,4% (21) y relativamente pocos evangélicos con 1% (1) (Tabla 6).

En mayor medida se observaron enfermeros graduados de universidades privadas, representando el 56,3% (58), no obstante, también fue importante la participación del restante 43,7% (45) que procede de universidades de naturaleza pública (45) (Tabla 7).

Entre tanto, se observó que el 59,2% (61) de los enfermeros procede de zonas urbanas, en cambio, el restante 40,8% (42) pertenece a áreas rurales (Tabla 8).

7.2 Capacidad de afrontamiento

El *factor 1* correspondiente a comportamientos personales y recursos, para expandir las entradas, “*ser creativo y buscar resultados*”, a la hora de enfrentar la muerte de un niño en una UCI pediátrica y neonatal, mostró que el personal de enfermería posee frecuentemente *alta capacidad* al respecto, en una proporción del 88,3% (91) (Tabla 9).

Algunos aspectos o ítems sobresalientes dentro de este factor correspondieron al hecho de que *siempre* estos profesionales obtienen la mayor información posible para aumentar sus opciones 67% (69), están atentos a cualquier cosa relacionada con la situación 62,1% (64) y tratan de ser recursivos para enfrentar la situación 61,2% (63); en contraste, expresaron que *raras veces* están dispuestos a modificar su vida radicalmente con tal de salir de las crisis 43,7% (45) y tratan de que todo funcione a su favor 27,2% (28) (Tabla 10).

Con respecto al *factor 2*, el cual resalta las “*reacciones físicas y la fase de salida*” durante el manejo de las situaciones, puede decirse que los enfermeros tienen *alta capacidad* de afrontamiento y adaptación, en particular el 71,8% (74) del total, mientras que en segundo lugar aparecen aquellos con *mediana capacidad* representando el 20,4% (21) (Tabla 11).

Específicamente los enfermeros, ante la muerte de un niño en UCI-P y UCI-N, reportaron con mayor frecuencia que *nunca* tienden a paralizarse y confundirse al menos por un tiempo 52,4% (54); así mismo, *raras veces* encuentran la situación demasiado compleja, con más elementos de los que pueden manejar 48,5% (50); junto con esto, *casi siempre* se dan cuenta que se me enferman 42,7% (44), al parecer se hacen muchas ilusiones acerca de cómo resultaran las cosas 39,8% (41), y además, suelen experimentar cambios en la actividad física 36,9% (38) (Tabla 12).

Para el caso del *factor 3*, el cual condensa los comportamientos del “*yo personal y físico*”, enfocándose en tres niveles de procesamiento de la información (entradas, procesos centrales y salidas), los resultados dieron a entender que los profesionales de enfermería mostraron *alta capacidad* de afrontamiento y adaptación ante la muerte de un niño en las unidades de atención objeto de estudio, estando representados por el 64,1% (66) (Tabla 13).

A su vez, los aspectos puntuales que sobresalieron correspondieron a que estos profesionales *siempre* adoptan rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver el problema 61,2% (63), además, se sienten alerta y activos durante el día 49,5% (51); reconocieron que *raras veces* son menos eficaces bajo situaciones de estrés 47,6% (49), y por el contrario, *nunca* suelen ser más eficaces en este tipo de situaciones 34,0% (35) (Tabla 14).

7.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente (en este caso la muerte de un niño en UCI-N y UCI-P), corresponden al procesamiento sistemático de las mismas y se sintetizan por medio del *factor 4*, ante el cual la mayor parte de los profesionales de enfermería mostraron, tanto *alta capacidad* 56,3% (58) como *muy alta capacidad* 43,7% (45) (Tabla 15).

De manera desagregada se apreció que los enfermeros en gran proporción *siempre* llaman al problema por su nombre y tratan de verlo en su totalidad 84,5% (87), así mismo, tienden a analizar la situación como realmente es 55,3% (57); también se apreció que *casi siempre* tratan de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso 46,6% (48) (Tabla 16).

Frente al *factor 5*, mediante el cual se describen las estrategias que utilizan los enfermeros para utilizarse así mismo y a otros, en términos de memoria e imaginación, la evidencia cuantitativa recolectada mostró que al respecto existe *muy alta capacidad* 49,5% (51) y también *alta capacidad* 47,6% (49) (Tabla 17).

Para llegar a este resultado se tuvo en cuenta que los enfermeros en alta proporción reconocieron que *siempre* se sienten bien al saber que están manejando el problema lo mejor que pueden 68,9% (71), miran la situación positivamente como oportunidad o desafío 48,5% (50); otros expresaron que *raras veces* hacen uso del humor para manejar la situación 40,8% (42) (Tabla 18).

8. DISCUSIÓN

El personal de enfermería tiene un *alto grado* de capacidad de afrontamiento ante la muerte en UCI pediátrica y neonatal en Cartagena.

Las características sociodemográficas en cuanto al género en este estudio se halló que fueron principalmente mujeres, lo cual resultó consistente con lo que presentan otros investigadores en sus estudios. García A, Sainz A y Botella M. [41] reconocen que la Enfermería desde su inicio ha estado muy ligada al género, ya que es una actividad eminentemente femenina. También, en concordancia con Pérez S. [42], se puede decir que esto ocurre porque las mujeres son más propensas a ser cuidadoras y protectoras. Así mismo, Gallardo G, Verde E, Compeán S, Tamez S, Ortiz L. [43], plantean que posiblemente el predominio de mujeres en algunas profesiones –tales como la Enfermería– sea producto del rol de género, en este caso, la feminidad radicaría fundamentalmente en realizar un papel maternal ya sea como hijas, esposas o madres, o en el caso de las enfermeras, proporcionando cuidados a quienes los necesitan. Lo anterior se asume debido a la naturalización del rol de cuidadoras.

En lo referente a la religión se constató que existió predominio de profesionales católicos y cristianos. Con estos elementos se confirma que la dimensión religioso-espiritual es una fuerza que da sentido a la vida, de acuerdo a Quintero M. [44] con esto se busca dar respuesta a aquello que no se puede explicar con la razón y el conocimiento, a su vez, puede servir de soporte a la hora de hacer frente a situaciones tales como enfrentar la enfermedad y la muerte, en este caso la de pacientes pediátricos, tal como se estudió en esta investigación. El ser humano generalmente cuando se enfrenta a la muerte acude a un ser superior.

Otro de los aspectos sociodemográficos tenidos en cuenta fue la procedencia de los profesionales. En particular, la evidencia mostró que hubo predominio de los urbanos en comparación con los de origen rural. A partir de estos elementos se

puede afirmar que existió similitud con la distribución de la población en el país, en donde las personas urbanas son mayoría (75%) ante las rurales (25%) [45]. Al respecto, algunos autores como Rivero J. [46] argumentan que es probable que existan ciertas desventajas entre alguien de procedencia rural en comparación con los urbanos, en la medida en que en las zonas rurales predominan condiciones más desfavorables en aspectos como educación, salud, servicios públicos, calidad de vida, etc., lo que genera cierto rezago [47]. No obstante, cuando un individuo posee la suficiente dedicación, laboriosidad, voluntad de superación y ansias de desarrollo, estas desventajas tienden a desaparecer

Este estudio se desarrolló considerando que el proceso morir y la muerte como tal de pacientes pediátricos, afecta no solamente a los familiares del niño, sino también a quienes forjaron un vínculo con él, entre los cuales se hallan los profesionales de enfermería que lo atendieron [48]. Esta situación se torna crítica si no se asume de manera adecuada, sin embargo, gracias a los resultados obtenidos se determinó que estos profesionales presentan *alto grado de afrontamiento* ante la muerte en las UCI pediátricas y neonatales de la ciudad de Cartagena. Esto se puede entender en el sentido de que los enfermeros poseen modos adecuados para actuar ante la situación mencionada, ya sea a través de mecanismos innatos (aquellos determinados genéticamente o comunes para la especie, que suelen verse como procesos automáticos, en los que la persona ni siquiera piensa para ejecutarlos), o a través de mecanismos adquiridos (que se crean por medio de métodos como el aprendizaje) [33].

Uno de los aspectos específicos que conviene destacar fue el hecho de que los profesionales encuestados reconocen con mucha frecuencia (casi siempre: 42,7% y siempre: 47,6%) que aprenden de las soluciones que han funcionado para otros a la hora de afrontar la muerte de un paciente pediátrico. Esto podría sugerir que comparten su dolor con otros profesionales de enfermería, y de estos toman los consejos y las estrategias que mejor les han funcionado. Tal resultado sería similar al reportado por Vega P, González R, Palma C, Mandiola J, Oyarzún C, y

Rivera S [49], pues en estas interacciones se da el intercambio de ideas e información para la toma eficaz de decisiones, aceptar las elecciones hechas y realizar un cierre emocional dentro del equipo, por lo tanto para los profesionales de enfermería es de mucha importancia compartir las experiencias vividas para que otros compañeros aprendan a sobre llevar situaciones similares.

Lo mencionado en el párrafo anterior difiere con lo evidenciado por Vásquez C [50], quien mediante el desarrollo de un estudio cualitativo reconoció que muchos profesionales de enfermería se quejan de no saber cómo actuar frente a la muerte de niños. Esta autora afirma que los enfermeros carecen de los recursos personales, de la formación profesional, del acompañamiento y de la orientación necesaria que deben proporcionar las instituciones de salud donde laboran y sienten dificultades para relacionarse con los familiares.

Es necesario mencionar que este estudio contribuyó a generar información y evidencia sobre la manera a través de la cual los enfermeros afrontan aspectos críticos como parte de su labor asistencial, tal es el caso de la muerte de un niño que previamente se hallaba en estado crítico. Este aporte tiene un carácter precursor a nivel local y regional, por tanto se espera que sea de obligatoria consulta para los interesados en el área, a la vez que sea útil para las entidades y personas encargadas de la toma de decisiones afines a la temática en las instituciones de salud cartageneras.

En lo que respecta a las fortalezas de la investigación puede decirse que representó un estudio pionero a nivel de la ciudad de Cartagena, dado que no existían trabajos similares que trataran sobre esta temática. Con los elementos presentados se contribuyó a la comprensión de la capacidad de afrontamiento utilizadas por los enfermeros profesionales para afrontar la muerte de un niño en una unidad de cuidado crítico, junto a esto se aportaron una serie de recomendaciones.

Para el caso de las debilidades es necesario afirmar que el estudio, por su propia naturaleza de corte transversal, carece de una perspectiva temporal dado que no es posible conocer la manera en que el problema cambia a través del tiempo. Esta debilidad puede subsanarse con la realización de otras investigaciones de tipo longitudinal, o que al menos lleven a cabo mediciones periódicas de la capacidad de afrontamiento en relación con la temática de interés.

9. CONCLUSIONES

En términos generales se estableció que el personal de enfermería tiene *alto grado* de capacidad de afrontamiento ante la muerte en UCI pediátrica y neonatal en Cartagena.

Respecto a las características sociodemográficas de los enfermeros se concluyó que en mayor medida fueron de género femenino, jóvenes, solteros, católicos, graduados tanto de universidades públicas como privadas, y de origen urbano.

La *capacidad de afrontamiento*, según los factores considerados, arrojó que existió *alto grado* en relación con la “recursividad y el ser centrado” (factor 1), con las “reacciones físicas y enfocadas” (factor 2) y con los “procesos de alerta” (factor 3).

A su vez, sobre las *estrategias de afrontamiento* pudo concluirse que el “procesamiento sistemático” (factor 4) se dio en *alto grado*, mientras que fue *muy alto* respecto a “conocer y relacionar” (factor 5).

Mediante los resultados presentados en este documento se llevó a cabo una descripción detallada de la capacidad de afrontamiento que emplean los enfermeros ante la muerte en UCI pediátricas y neonatales en la ciudad de Cartagena, con lo cual se cumplió satisfactoriamente el objetivo planteado al comienzo de la investigación.

10. RECOMENDACIONES

10.1 Para las instituciones de salud

- Las instituciones de salud en cuyas UCI-N y UCI-P laboran enfermeros deben disponer de recursos necesarios que permitan apoyar adecuadamente a estos profesionales que se enfrentan con la experiencia de la muerte de niños, de modo tal que estas situaciones sean atendidas a tiempo y no surtan efectos negativos sobre estas personas.
- Se recomienda que se establezcan redes de apoyo, mediadas por un profesional de la psicología de tal manera que los guíe asertivamente en el proceso de superación de esta experiencia.

10.2 Para las instituciones de educación superior

- Es recomendable que en el currículo de la carrera se de enfermería se aumenten temáticas sobre la muerte y su afrontamiento, pues constituye una situación presente en el ejercicio profesional.
- Deben impartirse cursos, seminarios, talleres, conferencias, entre otros, de tal manera que se haga un acercamiento y una difusión de los modos y estrategias más saludables para afrontar la muerte de pacientes, en especial de niños.

10.3 A nivel investigativo

- Es necesario continuar estudiando la temática más a fondo, en especial, porque a nivel local y regional son escasos los estudios que la aborden.
- Se recomienda que se lleven a cabo nuevos estudios, tales como trabajos de grado, se publiquen artículos científicos, se hagan revisiones sistemáticas, entre otros, que permitan explorar la temática desde puntos de vista alternativos y complementarios (cualitativos, longitudinales, explicativos, de cohorte, etc.).

- Se recomienda continuar la investigación del tema con objetivo analítico, necesario para hacer correlación entre las características sociodemográficas de los enfermeros y la capacidad de afrontamiento y adaptación global ante la muerte en este caso de un niño en una unidad de cuidados intensivos.
- Los estudios que se lleven a cabo pueden tomar en cuenta la perspectiva temporal, en el sentido de que se lleven a cabo cada cierto tiempo, para darle seguimiento a la manera en que los enfermeros suelen afrontar la muerte de niños en el servicio de UCI neonatal y pediátrica, de tal manera que cuando se presenten resultados negativos, se puedan tomar acertadamente y a tiempo las medidas correspondientes.
- En los grupos de investigación de las universidades donde existe el programa de Enfermería debe estructurarse una línea de investigación dedicada a la temática de la muerte de pacientes y el afrontamiento que al respecto tiene el personal sanitario, en particular, el de enfermería. Con esto se constituiría una base investigativa sólida que serviría como referente nacional e incluso internacional.

11. AGRADECIMIENTOS

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Nuestros sinceros agradecimientos están dirigidos en primer lugar a Dios por habernos guiado por el camino estando con nosotras en cada paso que dimos, cuidándonos y llenándonos de fortaleza para continuar.

Agradecer de manera especial a nuestra docente y tutora *ANA ACOSTA LOPEZ* por aceptarnos para realizar esta tesis de pregrado bajo su dirección. Su apoyo y confianza en este trabajo sumado a su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente para el desarrollo de esta tesis, sino también para nuestra formación como investigadores. Las ideas siempre Enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos.

Gracias a nuestras familias, porque en todo momento estuvieron atentas a todas nuestras necesidades y requerimientos para el desarrollo con excelencia de nuestra formación profesional.

Finalmente a la institución en la que desempeñamos nuestra labor como estudiantes universitarios, que fue la encargada de proveernos los suficientes conocimientos sobre el campo al que nos hemos dispuesto a vernos inmersas.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso L. Ansiedad del personal de enfermería en relación a la muerte de sus pacientes. Comparativa UCI y oncología. Leioa, Universidad del País Vasco; 2014.
2. Fernández C. Afrontar la muerte en Ciencias de la salud. Almería: Universidad de Almería, 2012.
3. Clínica de Occidente [Internet]. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico. [citado 25 agosto de 2015]. Disponible en: <http://clinicadeoccidente.com.co/site/index.php/servicios/unidad-de-cuidados-intensivos-neonatal-y-pediatrico>.
4. Ministerio de Sanidad y Protección Social [Internet]. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. [citado 25 agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
5. DADIS. Perfil epidemiológico de Cartagena 2011. Cartagena: Alcaldía Mayor; 2013.
6. Colell R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona; 2005.
7. Vásquez C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; 2012.
8. Gutiérrez C, del Mar M, Moreno M, Durán M, de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición

del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichán*. 2007; 7(1): 54-63.

9. Gálvez M, Águila B, Fernández L, Muñumel G, Fernández F, Ríos F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *Nure Investigación*. 2013; 10(64): 1-12.
10. Cumplido R, Molina C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*. 2011; 18(4): 141-148.
11. Guacaneme F, Pérez C. Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras de la unidad de cuidado intensivo pediátrico frente a la muerte de un niño. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2007.
12. Hopkinson J, Hallett C, Luker K. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud*. 2005;42(2): 125-133.
13. González T. Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Enfermería Intensiva*. 2008; 3(19): nd.
14. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*. 2008; 15(1): 39-48.
15. Brito P, Rodríguez M, García A. [Internet]. Actuación de enfermería ante la muerte inminente en UCIP. [citado 10 enero 2014]. Disponible en: <http://www.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/XXV/libro%20cd/ponencias/ActuaciondeenfermeriaantelamuerteinminenteenUCIP2.htm>.

16. Vásquez C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; 2012.
17. Muñoz A. Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras ante el impacto emocional y psicológico en la atención de niños y adultos con cáncer. Una perspectiva fenomenológica. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2009.
18. Plaza E, García L, Chenovart R. Afrontamiento de la muerte en un paciente pediátrico oncológico desde el punto de vista de la enfermería. *Enfermería integral*. 2013; (101): 30-32.
19. Gerrig R, Zimbardo P. El estudio del aprendizaje. 17a ed. México DF: Pearson Educación; 2005.
20. García V, Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería*. 2013; 19(2): 111-124.
21. Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan B. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(1): 197-205.
22. Hernández F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. 2006; 7(8): 2-7.
23. Palomo J, Ramos V, Cruz E, López A. Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*. 2010; 16(4): 217-229.

24. González E [Internet]. Aspectos culturales y religiosos acerca de la muerte a través de la historia: el tabú de la muerte. [citado 9 Sep 2014]. Disponible en: http://www.huellasdigitales.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=2155&Itemid=1.
25. Castro I. Concepciones ético filosóficas de la muerte. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2009; 3(3).
26. Hasting Center. Los fines de la medicina. *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*. 2005; (11).
27. Allúe M. La antropología de la muerte. *Rol de Enfermería*. 2009; (nd): 33-39.
28. Fernández P. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*. 2011; 22(3): 96-103.
29. Yagüe A, García M. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales [citado 9 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>.
30. Santisteban I, Mier O. Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2006; 13: 18-24.
31. Brito P, Reverón D. La enfermería ante la muerte. *Metas de Enfermería*. 2006; 9: 29-32.
32. Montoya J. *Las artes del bien morir*. Cartagena: Agora USB; 2006.
33. Fernández C. *Afrontar la muerte en Ciencias de la salud*. Almería: Universidad de Almería, 2012.

34. Grupo de Estudio para el Desarrollo del Modelo de Adaptación. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2009; 2: 4-9.
35. Martínez A, Piqueras J, Inglés C. Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *REME*. 2011; 14(37): 1-24.
36. Dewe P, O'Driscoll M, Cooper C. Theories of Psychological Stress at Work. Gatchel and I.Z. Schultz (Eds.). *Handbook of Occupational Health and Wellness*. Nueva York, Springer; 22-38.
37. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 4 ed. México D.F.: McGraw Hill; 2006.
38. García J. *Estudios descriptivos*. Madrid: Nure Investigación; 2007.
39. Gutiérrez C, del Mar M, Moreno M, Durán M, de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, Bogotá D.C Aquichán. 2007.
40. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
41. García A, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería* 2004; 13(46): 45-48.
42. Pérez S. La perspectiva de género: una alternativa en los estudios de alimentación y nutrición. En: Arechiga J, Bertrán M. *Significación sociocultural de la variación morfológica*. México; UNAM, 2007.

43. Gallardo G, Verde E, Compeán S, Tamez S, Ortiz L. Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educación Médica*. 2007; 10(1): 44-51.
44. Quintero M [internet]. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. [citado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyP de Enfermeria/03.pdf>
45. Delgado M. La educación básica y media en Colombia: retos en equidad y calidad. Bogotá: Fe desarrollo; 2014.
46. Rivero J [Internet]. Las brechas entre la educación rural y urbana. 2014 [citado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.las2orillas.co/las-brechas-entre-la-educacion-rural-y-urbana/>
47. Ramos R, Duque J, Nieto S [Internet]. Un análisis de las diferencias rurales y urbanas en el rendimiento educativo [citado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aecr.org/web/congresos/2012/Bilbao2012/htdocs/pdf/p354.pdf>
48. Gómez M. Los niños y la muerte. *Revista Avances en Cuidados Paliativos*. 2013: 539-581.
49. Vega P, González R, Palma C, Ahumada E, Mandiola J, Oyarzún C, Rivera S. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*. 2013; 13(1): 81-91.
50. Vásquez C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.

13. ANEXO

13.1 Anexo 1. Encuesta sociodemográfica e instrumento escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

1. Encuesta sociodemográfica

Edad _____ Años

Sexo: Masculino____ Femenino____

Estado civil: Soltero____ Unión Libre____ Casado____
Otros_____

Religión: Católica____ Cristiana____ Evangélica____
Otros_____

Universidad: Publica____ Privada____

Procedencia: Rural____ Urbana____

2. Instrumento escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

Versión en español de la “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy” por Gutiérrez C, 2007

ITEM	CRITERIOS			
	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Puedo hacer varias actividades al tiempo				
2. Propongo soluciones para problemas nuevos				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4. Obtengo información para aumentar mis opciones				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7. Trato de que todo funcione a mi favor				
8. Solo pienso en lo que me preocupa				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10. Identifico como quiero que resulte la situación				
11. Soy menos eficaz bajo estrés				
12. No actué hasta que tengo comprensión de la situación				
13. Encuentro la crisis demasiado complicada				
14. Pienso en el problema paso a paso				
15. Parece que actué con lentitud sin razón aparente				
16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18. Soy realista con lo que sucede				
19. Estoy atento a la situación				
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento				
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la				

situación				
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28. Utilizo el humor para manejar la situación				
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31. Soy más eficaz bajo estrés				
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36. Aprendo de las soluciones de otros				
37. Miro la situación positivamente como un reto				
38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39. Experimento cambios en la actividad física				
40. Analizo los detalles tal como sucedieron				
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio				
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermado				
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45. Me rindo fácilmente				
46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47. Al parecer me hago ilusiones de como resultaran las cosas				

13.2 Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA – FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Persona participante del estudio

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Estrategias de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte de un niño en unidad de cuidados intensivos pediátricas y neonatales en Cartagena, 2015”; el cual es desarrollado por Katherine Jiménez, Estefany Ortiz, Yenifer Vanegas, Carolina España y July Suarez y el docente Ana Costa López; estudiantes de pregrado y docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy enfermera asistencia de las UCI pediátrica y neonatales. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física y social.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otras enfermeras que trabajan en estos servicios y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto, Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha _____

Firma del participante ----- ó huella -----

Firma del investigador responsable-----

13.3 Anexo 3. Tablas

13.3.1 Características sociodemográficas

Tabla 1 Género de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Género	N	%
Masculino	19	18,4%
Femenino	84	81,6%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 2. Edad de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Edad	N	%
20 - 29	47	45,6%
30 - 39	49	47,6%
40 - 49	5	4,9%
> 49	2	1,9%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 3. Edad según género de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Edad / Género	N		%	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
20 - 29	8	39	42,1%	46,4%
30 - 39	11	38	57,9%	45,2%
40 - 49	0	5	0,0%	6,0%
> 49	0	2	0,0%	2,4%
Total	19	84	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la edad de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Procedencia	Masculino	Femenino	Total
Media	29,2	31,3	30,9
Mediana	30	30	30
Desviación estándar	4,0	6,3	6,0
Mínimo	20	20	20
Máximo	35	55	55

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 5. Estado civil de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Estado civil	N	%
Soltero	52	50,5%
Unión libre	30	29,1%
Casado	21	20,4%
Otro	0	0,0%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 6. Religión de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Religión	N	%
Católica	81	78,6%
Cristiana	21	20,4%
Evangélica	1	1,0%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 7. Tipo de universidad de la que se graduaron los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Tipo	N	%
Pública	45	43,7%
Privada	58	56,3%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 8. Procedencia de los profesionales de enfermería que laboran en UCI-P y UCI-N en Cartagena

Procedencia	N	%
Rural	42	40,8%
Urbana	61	59,2%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

13.3.2 Capacidad de afrontamiento

Tabla 9. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 1: “recursividad y ser centrado”

Tipo	N	%
Baja	0	0,0%
Mediana	0	0,0%
Alta	91	88,3%
Muy alta	12	11,7%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 10. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 1: “recursividad y ser centrado”

Ítem	N					%				
	N	RV	CS	S	TOT	N	RV	CS	S	TOT
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente	24	45	29	5	103	23,3%	43,7%	28,2%	4,9%	100,0%
Trato de que todo funcione a mi favor	19	28	36	20	103	18,4%	27,2%	35,0%	19,4%	100,0%
Propongo una solución nueva para un problema nuevo	5	12	51	35	103	4,9%	11,7%	49,5%	34,0%	100,0%
Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación	0	36	32	35	103	0,0%	35,0%	31,1%	34,0%	100,0%
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio	0	3	52	48	103	0,0%	2,9%	50,5%	46,6%	100,0%
Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones	0	2	50	51	103	0,0%	1,9%	48,5%	49,5%	100,0%
Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente	0	8	39	56	103	0,0%	7,8%	37,9%	54,4%	100,0%
Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr	0	6	36	61	103	0,0%	5,8%	35,0%	59,2%	100,0%
Obtengo la mayor información posible para aumenten mis opciones	0	0	40	63	103	0,0%	0,0%	38,8%	61,2%	100,0%
Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación	0	0	39	64	103	0,0%	0,0%	37,9%	62,1%	100,0%
Trato de ser recursivo para enfrentar la situación	0	5	29	69	103	0,0%	4,9%	28,2%	67,0%	100,0%

N: Nunca RV: Raras veces CS: Casi siempre S: Siempre TOT: Total

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 11. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 2: “reacciones físicas y enfocadas”

Tipo	N	%
Baja	0	0,0%
Mediana	21	20,4%
Alta	74	71,8%
Muy alta	8	7,8%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 12. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 2: “reacciones físicas y enfocadas”

Ítem	N					%				
	N	RV	CS	S	TOT	N	RV	CS	S	TOT
Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo	54	41	8	0	103	52,4%	39,8%	7,8%	0,0%	100,0%
Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar	23	50	29	1	103	22,3%	48,5%	28,2%	1,0%	100,0%
Me rindo fácilmente	72	29	1	1	103	69,9%	28,2%	1,0%	1,0%	100,0%
Tengo dificultad para completar tareas o proyectos	39	45	15	4	103	37,9%	43,7%	14,6%	3,9%	100,0%
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	35	47	17	4	103	34,0%	45,6%	16,5%	3,9%	100,0%
Parece que actuó con lentitud sin razón aparente	45	28	25	5	103	43,7%	27,2%	24,3%	4,9%	100,0%
Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema	39	40	19	5	103	37,9%	38,8%	18,4%	4,9%	100,0%
Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas	21	54	22	6	103	20,4%	52,4%	21,4%	5,8%	100,0%
Solo puedo pensar en lo que me preocupa	22	42	29	8	101	21,8%	41,6%	28,7%	7,9%	100,0%
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	22	39	28	14	103	21,4%	37,9%	27,2%	13,6%	100,0%
Experimento cambios en la actividad física	10	31	38	24	103	9,7%	30,1%	36,9%	23,3%	100,0%
Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarían las cosas	20	17	41	25	103	19,4%	16,5%	39,8%	24,3%	100,0%
Me doy cuenta que me estoy enfermando	8	19	44	32	103	7,8%	18,4%	42,7%	31,1%	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 13. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 3: “proceso de alerta”

Tipo	N	%
Baja	0	0,0%
Mediana	7	6,8%
Alta	66	64,1%
Muy alta	30	29,1%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 14. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 3: “proceso de alerta”

Ítem	N					%				
	N	RV	CS	S	TOT	N	RV	CS	S	TOT
Soy menos eficaz bajo estrés	31	49	18	5	103	30,1%	47,6%	17,5%	4,9%	100,0%
Soy más eficaz bajo estrés	35	18	42	8	103	34,0%	17,5%	40,8%	7,8%	100,0%
Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a algunos lugares desconocidos	8	21	56	18	103	7,8%	20,4%	54,4%	17,5%	100,0%
Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez	7	18	46	32	103	6,8%	17,5%	44,7%	31,1%	100,0%
Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos	0	10	53	40	103	0,0%	9,7%	51,5%	38,8%	100,0%
Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede	0	15	46	42	103	0,0%	14,6%	44,7%	40,8%	100,0%
Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron	0	7	54	42	103	0,0%	6,8%	52,4%	40,8%	100,0%
Me siento alerta y activo durante el día	0	9	43	51	103	0,0%	8,7%	41,7%	49,5%	100,0%
Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema	0	1	39	63	103	0,0%	1,0%	37,9%	61,2%	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

13.3.3 Estrategias de afrontamiento

Tabla 15. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 4: “procesamiento sistemático”

Tipo	N	%
Baja	0	0,0%
Mediana	0	0,0%
Alta	58	56,3%
Muy alta	45	43,7%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 16. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 4: “procesamiento sistemático”

Ítem	N					%				
	N	RV	CS	S	TOT	N	RV	CS	S	TOT
Trato de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso	5	18	48	32	103	4,9%	17,5%	46,6%	31,1%	100,0%
Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso	3	19	43	38	103	2,9%	18,4%	41,7%	36,9%	100,0%
Me tomo el tiempo necesario y no actué hasta que no tengo una buena comprensión de la situación	4	18	37	44	103	3,9%	17,5%	35,9%	42,7%	100,0%
Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar	0	1	46	56	103	0,0%	1,0%	44,7%	54,4%	100,0%
Analizo la situación como realmente es	0	8	38	57	103	0,0%	7,8%	36,9%	55,3%	100,0%
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad	0	0	16	87	103	0,0%	0,0%	15,5%	84,5%	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 17. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación respecto al factor 5: “conocer y relacionar”

Tipo	N	%
Baja	0	0,0%
Mediana	3	2,9%
Alta	49	47,6%
Muy alta	51	49,5%
Total	103	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N

Tabla 18. Frecuencia de comportamientos, reacciones y estrategias ante aspectos del factor 5: “conocer y relacionar”

Ítem	N					%				
	N	RV	CS	S	TOT	N	RV	CS	S	TOT
Utilizo el humor para manejar la situación	0	38	42	23	103	0,0%	36,9%	40,8%	22,3%	100,0%
Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros	1	20	40	42	103	1,0%	19,4%	38,8%	40,8%	100,0%
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	0	22	35	46	103	0,0%	21,4%	34,0%	44,7%	100,0%
Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	3	17	36	47	103	2,9%	16,5%	35,0%	45,6%	100,0%
Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado	2	10	43	48	103	1,9%	9,7%	41,7%	46,6%	100,0%
Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros	0	10	44	49	103	0,0%	9,7%	42,7%	47,6%	100,0%
Miro la situación positivamente como oportunidad o desafío	0	6	47	50	103	0,0%	5,8%	45,6%	48,5%	100,0%
Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo	0	5	27	71	103	0,0%	4,9%	26,2%	68,9%	100,0%

Fuente: Encuestas sobre capacidad de afrontamiento y estrategias de los profesionales de enfermería ante muerte de un niño en UCI-P y UCI-N