

2019

En mi guardia no : capacidad de afrentamiento de los enfermeros ante la muerte de personas capacidad de afrentamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende

Oh, Marina Patricia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/987>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Trabajo final de graduación para Licenciatura en Enfermería, Taller de Trabajo Final:

TITULO: “En mi guardia no”.

“Capacidad de afrontamiento de los enfermeros ante la muerte de personas Capacidad de Afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende.”

Directora: Dra Mónica Barg

Autor: Marina Patricia Oh

19/12/2019

RESUMEN

El personal de enfermería que trabaja en los servicios de cuidados críticos trabaja en forma regular con situaciones límites de vida-muerte de manera frecuente. Cada cual experimentará de manera diferente esas situaciones y la influencia que esta tenga en mayor o menor medida en su vida personal. Aunque la muerte es un tema presente en nuestras vidas pocas veces se considera parte integral de la existencia humana antes bien se trabaja en la lucha para evitarla, para evadir el fin de la vida. El presente estudio se centra en la detección, registro y análisis de las respuestas humanas expresadas y observadas en enfermeros y enfermeras que están implicados en cuidados críticos.

Al conocer la capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros de áreas de cuidados críticos asociadas a la muerte de personas se accede a un mejor entendimiento de la manera en que se brindan los cuidados. Los resultados que se obtengan del presente estudio favorecerá la formulación de propuestas y políticas institucionales para “el cuidado de los cuidadores” que implica la planificación de acciones específicas que protejan el valioso recurso humano.

PALABRAS CLAVES

Enfermería – muerte – afrontamiento y adaptación de enfermeros – tabú- Cuidados de enfermería - estrategias de cuidados- adaptación y duelo- recursos y condicionantes.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
.FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Trabajo final de graduación : “En mi guardia no”
“Capacidad de afrontamiento de los enfermeros ante la
muerte de personas Capacidad de Afrontamiento y
adaptación de los enfermeros ante la muerte de
personas internadas en cuidados críticos del Hospital
Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende.”

Carrera: Licenciatura en Enfermería.

Asignatura: Taller de Trabajo Final.

Profesora: Dra Mónica Barg

Estudiante: Marina Patricia Oh

19/12/2019

Índice

Introducción

Introducción Problema a Investigar.....	2
Fundamentación.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4

Marco Teórico

Estado del arte	5
Marco Teórico.....	7

Diseño metodológico

Tipo de estudio.....	17
Variable.....	18
Metodología de recolección.....	19
Instrumentos de medición.....	20

Resultados

Características de la muestra.....	21
Niveles de Afrontamiento y adaptación.....	22
Factores identificados en las entrevistas semi estructuradas.....	24
Conclusiones y recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	40
Anexo A: tablas y gráficos.	43
Anexo B: Entrevista Likert de Callista Roy.....	50
Anexo C: Consentimiento informado	52

I. INTRODUCCION

A introducción al problema

La Enfermería se caracteriza por cuidar, por buscar brindar las herramientas necesarias para que cada persona, familia y comunidad pueda vivir de manera saludable, mejorando así su bienestar. Las habilidades apropiadas para esta labor, implican la adquisición de sólidas bases científicas que aporten el fundamento para la toma de decisiones y acciones propias de enfermería. Al considerar una mirada integradora es necesario analizar también la formación propia del profesional desde la preparación académica específica teórico- práctica, considerando además las experiencias personales, familiares y sociales que demarcan sus decisiones.

La mirada clásica de los servicios de salud se enfoca en la promoción de la salud para disminuir el riesgo de lesiones, evitar el desarrollo de enfermedades, las secuelas y el agravamiento de la condición. De esta manera el cuidado de personas en estado crítico, y la eventual muerte de estos, puede constituirse en situaciones de connotaciones negativas o tabú al asociarse a expectativas incumplidas de mejoría.

El personal de enfermería que trabaja en los servicios de cuidados críticos trabaja en forma regular con situaciones límites de vida-muerte de manera frecuente. Cada cual experimentará de manera diferente esas situaciones y la influencia que esta tenga en mayor o menor medida en su vida personal.

Aunque la muerte es un tema presente en nuestras vidas pocas veces se considera parte integral de la existencia humana antes bien se trabaja en la lucha para evitarla, para evadir el fin de la vida.

El presente estudio se centra en la detección, registro y análisis de las respuestas humanas expresadas y observadas en enfermeros y enfermeras que están implicados en cuidados críticos.

B. Fundamentación

Es una preciada responsabilidad y privilegio favorecer una mirada integradora de los conocimientos que nos permita favorecer los cuidados que brindamos en las áreas de cuidados críticos, y la calidad de mismo.

Al conocer la capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros de áreas de cuidados críticos asociadas a la muerte de personas se accede a un mejor entendimiento de la manera en que se brindan los cuidados.

Los resultados que se obtengan del presente estudio favorecerá la formulación de propuestas y políticas institucionales para “el cuidado de los cuidadores”¹ que implica la planificación de acciones específicas que protejan el valioso recurso humano.

¹ De Simone G., Tripodoro V. “Fundamentos de cuidados paliativos y el control de síntomas” Manual para estudiantes de la carrera de medicina. I Edición Bs As.2004 Cap “Cuidado de los cuidadores”

c. Objetivo General:

Caracterizar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos.

d. Objetivos específicos

- Identificar capacidad de afrontamiento de los enfermeros.
- Identificar capacidad de adaptación de los enfermeros.
- Sumarizar y describir las maneras de afrontamiento y adaptación de los enfermeros.

Estado del arte

Berrios Carmona Zoraida. y Bracho de Lopez Cira ²(2008) trabajaron con el análisis de los sentimientos de profesionales de salud. Para su investigación realizaron encuestas a profundidad para interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Su investigación, “La muerte el duelo, y equipo de salud”, de corte cualitativo encontró como componente común en las entrevistas el temor ante la muerte.

En estas se describe situaciones donde prima la vivencia anticipada de la propia muerte y la impotencia ante la muerte del sujeto. Se encontró además patrones similares de respuestas que asocian a la muerte angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza y tristeza como respuestas comunes.

Entre los aspectos negativos se mencionó dificultades para informar la muerte a los familiares, para brindar cuidados a quien está muriendo, y para retomar las tareas o rutinas de cuidados posterior a un fallecimiento.

Las autores Castanedo Córdoba María y Suárez Solana Carmen, Por medio de medio de un estudio descriptivo buscaron establecer la relación entre Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo³.

Obtuvieron los siguientes resultados: un 85% reconoce los síntomas del duelo, solo un 10% niega ser afectado por la muerte y un 70% dice que afecta “solo a ese día”, contra un 155 que extiende el plazo a “unos días”.

Un dato particular fue que en las respuestas dadas no asocian a una influencia en sus vidas fuera del ámbito laboral, ni en lo social no familiar, estableciendo una separación entre lo laboral y personal, a pesar de reconocer que no realizan programas de formación específicos que justifique una correlación directa a la objetivación o separación terapéutica por motivos académicos o capacitación constante.

² Berrios Carmona Z. Bracho de Lopez C “La muerte el duelo, y equipo de salud” de Revista de Salud Publicado 2008. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7197/8281>

³ Castanedo Córdoba M. Suárez Solana c. “Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo” Publicación Enfermería Docente 2010; 91: 16-18 <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>

* Emma de Vagas Daza , Alicia Pacheco Rodríguez y colaboradores del centro de Desarrollo humano de Quétaro, México buscaron identificar “la percepción de Enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal”⁴ A diferencia de otros equipos, seleccionaron como metodología un estudio fenomenológico con muestreo teórico, y se enfocaron en los momentos previos a la muerte y la manera en que es vivenciada por el equipo de enfermería que realiza sus cuidados.

Parte de las conclusiones del análisis cuidadoso de las respuestas colectadas refuerzan la importancia de los patrones culturales, las creencias religiosas de los enfermeros entrevistados , y la menor inferencia de los conocimientos técnico-científicos al momento de procesar de manera personal los fenómenos propios desde el momento en que se recibe el diagnóstico – situación terminal , las relaciones interpersonales, y la necesidad de afrontar la muerte de manera personal profesionales de salud.

⁴ Vagas Daza E. Pacheco Rodríguez A. y colaboradores “Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal” del centro de Desarrollo humano de Quétaro, México.
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/download/515/588

MARCO TEORICO

La muerte se define por el cese de la vida biológica. Los adelantos científicos actuales han llevado a un desdoblamiento al conceptual del término en una docena de clasificaciones según la edad de quien muere, las condiciones y el nivel de estudios realizados para constatarla. Entre ellos los principales son la “muerte biológica aparente” y la “muerte legal” frecuentemente llamada “muerte cerebral”.

La primera consiste en el cese de las funciones vitales, evidenciado por la falta de latido cardiaco y respiración, requiriendo un sencillo procedimiento de inspección, palpación, y auscultación por medio de la percepción y los sentidos de quien constata, pudiendo también usarse un estetoscopio.

La segunda consiste en la “ausencia total de toda actividad cerebral y del sistemas nervioso central, cardiovascular y respiratorio observado y certificada por un médico”⁵ Por lo cual por definición, establece la medicalización de la muerte y requiere de procedimientos e instrumentos capaces de establecer la falta de actividad cerebral a pesar de que pueda mantenerse por medios artificiales el latido cardiaco y mantener funciones básicas corporales por horas posterior al daño irreversible cerebral, y del sistema nervioso central.

Así, la muerte legal va acompañada del término compuesto “muerte cerebral” que es definido como “la forma irreversible de inconsciencia caracterizada por la pérdida completa de función cerebral mientras el corazón continua latiendo. Su definición legal varía en los diferentes países.

En Argentina la legislación incorpora los principales signos que es preciso verificar para afirmar que la muerte, en el artículo 23 de la Ley 24.193.

De acuerdo a los establecido por INCUCAI , Ente que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina dependiente de la Secretaria de Salud (anterior Ministerio de Salud y Desarrollo social), la norma jurídica está complementada por un protocolo médico.

El "Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos" vigente actualmente fue aprobado por la Resolución N° 275/2010 del Ministerio de Salud de la

⁵ Diccionario Mosby de medicina, enfermería y ciencias de la salud. Editorial Mosby Elsevier 6ta Edición 2003. Muerte: pág. 1059.

Nación y publicado en el Boletín Oficial N° 31844 (PDF 1800 Kb) (pg. 21 al 24) el 16 de febrero de 2010⁶.

Los criterios clínicos habituales de muerte cerebral son la ausencia de actividad refleja, de movimientos y de respiración. Las pupilas están dilatadas y fijas. Para establecer el diagnóstico de muerte cerebral es necesario que la actividad eléctrica del cerebro sea evaluada y se demuestre su ausencia en dos Electroencefalogramas (EEG) separados por un intervalo de 12 a 24 horas”.⁷

Las otras definiciones se basan según la edad de quien fallece: muerte neonatal, muerte materna, muerte infantil; y en la condiciones en que se produce posicionándose la posibilidad de elección como marco definitivo a la existencia: eutanasia donde a pesar de sostener la vida biológica la calidad de vida hace que la persona o sus familiares decidan optar en determinados países por el término del soporte vital que mantenía las funciones vitales –fisiológicas que no puede realizar de manera autónoma, o incluso generar acciones dirigidas a su muerte.

El termino eutanasia tan polémico desde el análisis bioético y legal, es retomado desde su sentido etimológico de “buen morir” por quienes sostienen la vida como un principio bioético superior a la autonomía en las decisiones, como “muerte digna” enfocándose en las condiciones que acompañan al proceso de morir para brindar confort, disminuir el dolor o sufrimiento y favorecer un paso sereno a la mortalidad.

Enfermería como parte del equipo de salud está directamente involucrada en estos procesos inminentes a la muerte, siendo los principales responsables de manera cotidiana en los cuidados básicos de alimentación, higiene, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, administración tratamientos farmacológicos, especialmente presentes en áreas críticas, participando también de manera intrínseca en los estudios- análisis y procedimientos médicos invasivos.

Las funciones de enfermería se extienden al entorno social- familiar de las personas internadas en áreas crítica durante las visitas y contactos con familiares, amigos, tutores y otras personas involucradas en las decisiones y seguimiento de quienes estan internados en unidades de cuidados críticos.

Durante estas visitas y contactos buscan comprender el proceso de muerte lidiando con los sentimientos confusos ante la enfermedad, el deterioro físico, la

⁶ INCUCAI - Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante-
<https://www.incucai.gov.ar/index.php/profesionales/pasos-operativos/12-profesionales/128-certificacion-de-muerte>

⁷ Óp. Cite 2

posibilidad inminente de la muerte y separación de sus seres queridos marcando el final de la vida compartida y estableciendo nuevas condiciones a sus propias vidas.

J. L. García- García menciona en su artículo “Proceso cultural de la muerte: entre la muerte biológica y la muerte social” “Cuando alguien muere, todo lo que le rodea —creencias, rituales, lutos, dolor, reestructuración de las redes sociales— son cosas de los que siguen viviendo. La memoria de los muertos es básicamente el recuerdo de los vivos.”⁸

La muerte afecta no solo a los involucrados “civiles” como podríamos llamar a aquellos en los cuales no descansan responsabilidades terapéuticas; sino también a los profesionales, no por eso menos humanos, que llevamos la responsabilidad dentro del marco de nuestra incumbencia profesional de dirigir nuestros esfuerzos y capacidades para el cuidado y “alivio del sufrimiento” mencionado en las definiciones de la muerte y de enfermería de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Panamericana de la salud (OPS):

*En relación a la muerte de los pacientes “la enfermería es una profesión social, humana y científica (...) el tipo de respuesta del individuo y / o grupos a los estímulos a que están expuestos determina su nivel de adaptación y por ende establece las bases para que la enfermera seleccione las intervenciones necesarias en los distintos niveles de atención ”*⁹

En el artículo “ Terapia Intensiva y estrés postraumático” de Mariana Pedace (2017) ¹⁰ menciona que dada la intensidad de las exigencias laborales, las jornadas estas se establecen como verdaderas situaciones traumáticas que son acompañadas de reacciones emocionales muy intensas llevando incluso al síndrome de estrés post traumático¹¹, síndrome de desgaste laboral mencionado por Cavalhero (2007)¹² y burnout (Muñoz Zambrano 2015).¹³

⁸ “Proceso cultural de la muerte: entre la muerte biológica y la muerte social” J.L. García. Revista JANO 29 ABRIL-5 MAYO 2005. VOL. LXVIII N.º 1.563
http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13074722&revistaid=1 19/10/ 2009

⁹ OPS 1990 “Enseñanza de las ciencias de la salud en América Latina” Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N°21. “Enseñanza en enfermería” pagina 94

¹⁰ Plataforma Intramed <https://www.fcchi.org.ar/terapia-intensiva-y-el-estres-postraumatico-que-es-y-como-abordarlo/> citado de Hospital Italiano, Buenos Aires Argentina.

¹¹ Muñoz Zambrano, Carmen Luz, Rumie Díaz, Hossn, Torres Gómez, Gabriela, & Villarroel Julio, Karla. (2015). “Impacto en la salud mental de la (del) enfermera /o que otorga cuidados en situaciones

El ser humano como ser viviente es parte del ciclo de materia-energía, pero al socializar la vida y resignificar el ambiente y las condiciones, también lo hace consigo mismo. La búsqueda constante de la juventud y la perfección física, de la misma manera que la búsqueda de la inmortalidad es parte de la leyendas y folklore de todo el mundo como meta máxima de escapar a la muerte y vencer al ciclo de la vida escapando de lo temido, de lo desconocido.

Las proyecciones para salud hablan del incremento de las enfermedades crónicas¹⁴ y del envejecimiento de las sociedades, principalmente en Europa y Norteamérica, un hecho que también se ve en nuestras clínicas y hospitales en Mar del Plata, lo cual habla de procesos largos de tratamiento con pacientes que conllevan a cuentas del dictamen de patologías mortales a corto o largo plazo, tratables pero no curables, con tratamientos que en cierta manera prolongan el estadio terminal de sus patologías de base.

Lic. Pamela Swearingen citando a la definición de la OMS describe esta área de cuidados específicos en pacientes terminales como:

“ ... Los cuidados paliativos consisten en el cuidado total activo de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. En este tipo de cuidados, es de vital importancia el control del dolor y los otros síntomas, así como el abordaje de toda una serie de problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir que el paciente y sus familias tengan la mejor calidad de vida posible (...) para los paciente que se encuentran en las fases terminales de una enfermedad.”¹⁵

estresantes” . Ciencia y enfermería, 21(1), 45-53

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005

¹² Camacho Martínez, J., Estévez Ramos, R., Sanchez Soto, J., & Basset Machado, I. (2016). Estrés oxidativo en enfermeras de terapia intensiva.. Revista Cubana De Enfermería, 30(4).

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/856/145>

¹³ Cavalheiro, Ana Maria, Moura Junior, Denis Faria, & Lopes, Antonio Carlos. (2008). El estrés de los enfermeros que actúan en una unidad de terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(1), 29-35. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100005&script=sci_arttext&tlng=es

¹⁴ OMS “ prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital” consulta : Octubre 2009 http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html

¹⁵ Sweringer P., “Manual de enfermería Medico-quirúrgica”. Intervenciones enfermeras y tratamiento interdisciplinarios. 6ta Edición. España. Editorial Elsevier 2008. Capitulo1 sección8 “cuidado de pacientes terminales. Pagina106-107

Además de acciones, decisiones y responsabilidades propias e inherentes a la profesión de enfermería. La muerte de otro ser humano, influye en cada profesional como individuos y seres Humanos propiamente, más allá de los códigos y normas:

“La forma de enfrentarse a la muerte refleja el estilo de vida de la persona, y las actitudes de cada uno ante la muerte dependen del sistema de valores y de la fuerza emocional con que llega a la muerte.”¹⁶

Durante la segunda mitad del Siglo XX se desarrollaron tres teorías que en particular se aplican a la muerte y el duelo, en el afrontamiento de la muerte.

Engels propone tres etapas: shock e incredulidad, desarrollo de la consciencia, y reorganización y restitución.

Marocchio suma a estas dos estadios medios: añoranza y protesta; angustia, desorganización y desesperación; e identificación en la aflicción. En total las etapas identificadas por el autor son cinco: I Shock e incredulidad, II anhelo y protesta, III angustia, desorganización y desesperación, IV identificación, V reorganización y restitución.¹⁷

Los trabajos de Elizabeth Kübler-Ross, ampliamente difundidos y aplicados en la formación profesional, describen cinco “fases” o “etapas” a través de las cuales se procesa la pérdida y el duelo ante la muerte.

Estas etapas son la negación, agresividad, negociación, depresión y aceptación siendo las más aplicadas al duelo en la práctica diaria. Estas etapas pueden superponerse, alternarse en el tiempo o, incluso ser reprimidas o no aparecer jamás dependiendo de cada persona.

La primera esta es la Negación, la persona se niega a creer que se está produciendo la pérdida, la muerte de la persona internada y la pérdida de poder ante la muerte que no puede detener ni enlentecer.

La segunda etapa es la Ira, en esta fase puede presentarse ira hacia la personal, el resto del personal sanitario o las condiciones ambientales- laborales sobre asuntos aparentemente triviales que son reflejo a la situación que se está viviendo de inseguridad y pérdida.

La tercera etapa es la Negociación: intentará negociar para evitar la pérdida, llegando, incluso, a expresar sentimientos de culpa o miedo al castigo por errores pasados, reales o imaginarios.

¹⁶ Op. Cit 1

¹⁷ Astudillo W., Pérez M. “Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa” Etapas del duelo” Pág. 36

La cuarta etapa es la Depresión: donde se manifiesta tristeza por lo que ha ocurrido y por lo que no puede ser por el fin o desenlace llegando a demostrar dificultad en retomar las tareas cotidianas o mayor cansancio emocional- físico.

La quinta y última etapa es la aceptación: en el momento en que se llega a aceptar la pérdida y puede tener menos interés en el entorno y en las personas de apoyo retomando desde la distancia sus rutinas.¹⁸

Estas teorías se presentan como sistemas de referencia definiendo etapas o fases los cuales cada individuo debe atravesar hasta completar el ciclo que le permitirá asimilar la situación superando la muerte y efectos del stress de la pérdida.

Estos modelos y teorías son necesarios y utilizados en la práctica diaria para la comprensión de los procesos de duelo en los familiares de las personas internadas ante la enfermedad y muerte.

Los procesos y etapas de duelo que se estudian de manera secuencial considerando el proceso desde un punto de partida en particular, como por ejemplo la muerte de un familiar o ser significativo.

Para los miembros del equipo de salud, y en particular, de los enfermeros debido a la estrecha vinculación y característica interpersonal del trabajo, los tiempos no son exactos ni pueden establecerse de manera clara.

Puntualmente en el caso de los cuidados críticos, al considerar el momento del fallecimiento de una persona internada que es sujeto de cuidados por quienes integran el equipo de salud, se superponen en tiempo y procesos otras pérdidas- fallecimientos en periodos breves, días, e incluso horas.

Por esta razón para este trabajo se ha considerado como referente el trabajo de Sor Callista Roy titulado “Adaptación: un modelo conceptual en Enfermería” que describe un proceso continuo de adaptación y afrontamiento de las situaciones diarias y eventos críticos como la muerte y el morir.

El modelo fue desarrollado luego de su experiencia en servicios de pediatría, donde pudo observar la capacidad de recuperación – adaptación de los niños ante situaciones límites. En este, los cuidados de enfermería no son definidos por la diada enfermedad – salud sino por el constante proceso de adaptación a los estímulos que

¹⁸ “ Adaptado de las etapas del duelo y la enfermería” de Sánchez P. (2013)
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-profesional-de-enfermeria-en-las-etapas-del-duelo>

provocan estrés llevando a los individuos a necesariamente a cambiar y adaptarse a fin de responder a las situaciones y desafíos de carácter biológico, social y psicoemocional.

Definiciones de términos claves en el trabajo de Roy:

- Persona: ser biopsicosocial. Consideradas verdaderos sistemas holísticos de adaptación, en constante interacción con el entorno cambiante por medio de mecanismos innatos y adquiridos. Las personas afectan al entorno que las rodea y este a su vez influye en ellas.
- Adaptación: “proceso y resultado por medio de la cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal, utilizan la consciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.”¹⁹
- Afrontamiento: los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. Este puede darse por modos innatos o adquiridos, permitiéndole actuar en consecuencia²⁰
- Mecanismos innatos. Determinados de manera biológica, genéticamente. Constan de procesos biológicos automáticos de respuesta fisiológica.
- Mecanismos adquiridos: creados por medio del aprendizaje y la socialización, las experiencias vividas y las creencias o patrones sociales aceptados – sostenidos por la comunidad o grupo de pertenencia.
- Entorno: fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para su supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales, fomentando la

¹⁹ Gutiérrez López, C. “Escala de medición del procesos de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación”. 2009 definición de adaptación citando a Roy 1991

²⁰Factores de afrontamiento y adaptación del paciente que será sometido a cirugía plástica reconstructiva, en un hospital de Lima. 2016 Meza Castañeda N. Chumbes Campos E. Villegas Alcocer R.

supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio y transformación del entorno y las personas.

Se describen tres tipos de estímulos ambientales que conforman el nivel de adaptación. Roy los Clasifica a estos estímulos como focales, contextuales, o residuales.

- Los estímulos focales son los factores internos o externos al que la persona debe enfrentarse de manera inmediata, es el núcleo de su atención.
- Los estímulos contextuales son los factores del entorno que la rodean, que surgen de manera interna o externa, pero no captan de manera directa su atención ni se dirige energía a fin de modificarlo o adaptarse a ello.
- Los estímulos residuales: incluye todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias a lo largo de la vida de la persona y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

Se establece una graduación por medio de niveles, que permiten comparar los resultados según las características identificadas en el comportamiento, respuestas, decisiones y actitudes y acciones.

Nivel de adaptación: puede ser integrados, compensatorio o comprometido.

Se establecen cuatro modalidades de adaptación de las personas:

- I- Las necesidades fisiológicas: está relacionado a los procesos biológicos netamente tales como la oxigenación de la sangre, la nutrición, las actividades, ejercicio – reposo y los esfuerzos dedicados a la autoprotección. Es la manera en la que el sistema orgánico humano intercambia materia y energía con el entorno.

- II- El concepto de sí misma o autoconcepto: se centra en los aspectos psicológicos del sistema humano. Las necesidades asociadas a la integridad física y espiritual, tales como la identidad, el sentido de pertenencia y la finalidad del individuo.
- III- la función de rol: implica las expectativas que tienen para consigo mismo en función de su rol o estatus en la sociedad en la que se halla inmersa. Pueden desempeñarse múltiples roles de manera simultánea.
- IV- Las relaciones de interdependencia: afectan el deseo de pertenencia y conectividad entre las personas del entorno social. Los valores morales compartidos y la capacidad para establecer líneas de comunicación.

Escala CAPS (Siglas en inglés para Coping Adaptation Processing Scale): fue diseñada por Callista Roy en 2004 con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que las personas utilizan para hacer frente a situaciones difíciles o críticas.

Permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación. Está integrado por ítems agrupados en cinco factores, con una calificación de Likert de cuatro puntos.²¹

Los cinco estilos y estrategias son llamados por ella, Factores agrupan enunciados a los que la persona debe responder.

Se mide en niveles de intensidad la presencia o ausencia de características propias a cada factor, siendo cuatro (4) el mayor puntaje posible y uno (1) el menor.

Callista Roy considera la existencia de la existencia de afrontamiento en sí mismo, de mayor o menor impacto, pero siempre presente, por lo tanto no utiliza el cero sino el 1 como nivel inicial de medición.

²¹ Gutiérrez López, C. "Escala de medición del procesos de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación". 2009

Factor 1 Recursivo y centrado: Refleja la suma de los comportamientos personales, recursos cognitivos de la información. Se considera la recepción y uso de la información recibida. Agrupa items positivos.

Factor 2 Reacciones físicas y enfocadas: subraya las reacciones físicas. Este factor es calificado de manera inversa dado que los comportamientos y actitudes asociados son de carácter negativo.

Factor 3 Proceso de alerta: se analiza los comportamientos individuales de procesamiento de la información- entrada, procesos de análisis, salida – así como los planes o estrategias aplicados a la resolución de problemas.

Factor 4 Procesamiento sistemático: se consideran las estrategias aplicadas a la resolución directa de las situaciones, su control y manejo.

Factor 5 Conocer y relacionar: se enfoca en las estrategias para hacer uso de las fortalezas propias de la persona y de quienes la rodean por medio de la memoria, la imaginación y el conocimiento.

Diseño Metodológico

-Tipo de estudio: Descriptivo

- Universo: Enfermeros que trabajan en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de Mar del Plata Mar del Plata.

- Muestra: “Enfermeros de los servicios de cuidados críticos en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, Mar del Plata Mar del Plata 2016-2019

Criterios de inclusión:

- Enfermeros mayores de 21 años.
- Enfermeros de ambos sexos
- Enfermeros de distinta formación académica: auxiliares, enfermeros, licenciados
- Enfermeros que trabajan en servicios el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Alende,
- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole
- Los voluntarios son considerados Informantes claves, seleccionados debido a su experiencia y trabajo en áreas de cuidados críticos²².

Criterios de exclusión:

- Enfermeros que decidan no participar
- Enfermeros que se hayan retirado de manera definitiva de la institución
- Enfermeros en menores de 21 años.
- Enfermeros en licencia por enfermedad.
- Enfermeros de otras instituciones
- Enfermeros no vinculados a cuidados críticos

²² Pineda E., de Alvarado E.L. “Metodología de la investigación” 3era Edición.Cap. 11 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación. Pág.164

Datos demográficos y laborales

Permiten contextualizar las entrevistas, involucrando datos básicos de los participantes, situándolos en un en un determinado momento histórico-social y económico.

El uso complementario de estos datos permite enriquecer la comprensión de los procesos de afrontamiento y adaptación, mejorando el entendimiento cabal de las entrevistas, sus respuestas e inquietudes.

Los datos seleccionados para el presente estudio son:

- Formación académica-profesional: formación académica más alta alcanzada auxiliar- enfermería- Licenciatura en enfermería- maestría o post grados. Actualmente la enfermería ha pasado por un proceso intenso de profesionalización²³ que se representa en la escasa a nula presencia de personal empírico y disminución de la presencia de auxiliares de enfermería en el hospital.
- Antigüedad en el ejercicio de enfermería: el tiempo medido en años o meses (si es menor a un año). Esta variable proporciona una oportunidad para reconocer el tiempo de exposición ante la muerte de personas internadas.
- Área en el que trabaja: las áreas del hospital demarcadas en el hospital como parte de las áreas críticas abarcan la unidad de terapia intensiva, la unidad coronaria y se incluye la participación de la unidad de terapia intermedia como paso previo al alta o a cuidados mínimos.

²³ Espino S. Heredia A.M. "Profesionalización del personal auxiliar de enfermería. Una experiencia estratégica para la transformación de las prácticas de trabajo y docencia" Educ Med Salud, Vol. 28, No. 2 (1994) <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/17329.pdf>

- Edad: como parte de la valoración integral de las entrevistas se considera el grupo etario como marcador de las experiencias de formación académica y social, las herramientas de comunicación.²⁴

Variable seleccionada:

- Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en áreas de cuidados críticos del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.

Medida en Niveles de afrontamiento y adaptación según escala CAPS:²⁵

Se seleccionó el modelo propuesto por Carolina Gutiérrez López²⁶ para la clasificación de los resultados de las entrevistas.

- Baja capacidad: estilo pasivo con reducción o minimización de los esfuerzos para enfrentar el fenómeno. Se caracteriza por estrategias regidas por las emociones, la negación y la evasión. Se percibe escaso a nulo control de la situación.
- Mediana capacidad: se presenta un estilo pasivo o activo, con estrategias variadas pero limitadas. El nivel es limitado al carecer de respuestas eficaces para adaptarse o confrontar la situación.
- Alta capacidad: el estilo activo de estrategias focalizadas a la problemática permite la sensación de control moderado y manejo de la situación.
- Muy alta capacidad: las personas presentan estilo de afrontamiento basado en acciones y estrategias activas, centradas en el problema y exponiendo control de la situación de manera segura, lo que aumenta la sensación de confort.

²⁴ Connolly P., Chandler S. Mc Graw Hill. Capítulo 19 "Teoría e intervención de crisis"

²⁵ inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS)

²⁶ Gutiérrez López, C. "Escala de medición del procesos de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación". 2009

Estrategias de recolección de datos

Entrevistas a informantes clave. Los participantes fueron seleccionados, seleccionados de los servicios de cuidados críticos

- Entrevista escrita de tipo Likert completada por los participantes voluntarios de las unidades de cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende.

La escala CAPS fue diseñada por Callista Roy en 2004 con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que las personas utilizan para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Fue validada por un panel de expertos y comprobada en campo, confirmando su validez en estudios previos.

- Una entrevista semiestructurada abierta, que será registrada por grabación de audio. La misma tendrá una duración de 15 a 30 minutos en fecha y horario a designar por cada participante.

Las entrevistas serán registradas digitalmente y transcritas a fin de facilitar el análisis de las mismas, permitiendo revisar aspectos sutiles que en la entrevista hayan podido pasar desapercibidos²⁷

El modelo multimodal o de triangulación analítica permite la convergencia de enfoques propios de la investigación cualitativa, como son los formularios de tipo Likert, y la recolección de información por medio de entrevistas semiestructuradas asociadas tradicionalmente a la investigación cuantitativa.²⁸

Esta técnica consiste en la confrontación y comparación de diferentes tipos de análisis del objeto de contribuir a validar un estudio de encuesta y potenciar las conclusiones que de él se derivan²⁹

²⁷ Ulin P. Robinson E. Tolley E. "Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos". OPS, USAID (La Agencia de EUA para el Desarrollo Internacional) y la FHI (Family health International. EE UU.(2006). Capítulo 5 "La logística sobre el terreno. La transcripción y la traducción" pág. 117

²⁸ Hernández Sampieri R, Fernández collado C., Baptista Lucio P. "Metodología de la investigación". #era edición Editorial McGraw Hill. México 2003. Capítulo 1 "El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral. Pág. 8, 13.

²⁹ Rodríguez Sabiote C., Pozo Llorente T., Gutiérrez Pérez J. "La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en educación superior" Relieve (Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa) v. 12, n. 2, p. 289-305 <https://www.redalyc.org/pdf/916/91612206.pdf>

Aspectos éticos:

- La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso.
- En caso de ser publicado se evitará exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.
- Las entrevistas y datos recolectados serán almacenados para ser analizados con carácter confidencial.
- El proyecto no requiere manipulación de condiciones que puedan generar daño físico
- La participación tiene carácter voluntario
- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos económicos o de otra índole.

Análisis

Se procedió en dos etapas, el procesamiento de la información colectada. Separando estrategias para la mejor comprensión de la información contenida.

Los datos demográficos y laborales se tabularon realizándose gráficos para una mejor visualización de la información recolectada. ver tabla anexos A)

El análisis de la muestra presenta las siguientes características:

El 80% de los entrevistados son mujeres, el 20% hombres, aunque se invitó a participar a otros hombres, estos denegaron información o solicitaron no participar.

La edad promedio de los participantes es de 30 a 35 años, con un promedio de 3 a 5 años de experiencia laboral específica en enfermería en cuidados críticos.

Solo un 30% son licenciados en Enfermería el resto son graduados de enfermería, lo cual es un reflejo general de los porcentajes actuales a nivel institucional.

Las encuestas de tipo Likert de afrontamiento y adaptación (CAPS) se tabularon según el puntaje correspondiente al procedimiento estandarizado de Roy-González. Esto se realizó por medio de sumatorias parciales por Factores y un total global para cada persona.

Siendo asignado un total de cuatro puntos para siempre, 3 puntos para algunas veces, 2 puntos a rara vez y 1 punto para nunca. A excepción del segundo factores que se califica de manera inversa siendo 1 punto asignada para siempre, 2 para algunas veces, 3 para rara vez y 4 para nunca. (ver tabla anexa A)

En una segunda etapa se comparó los resultados de manera general a todo el grupo para establecer el comportamiento de la muestra seleccionada.

En las entrevistas semiestructuradas se trabajó con los mismos marcadores utilizados en la escala Likert para comparar resultados de manera objetiva. Este proceso permite identificar respuestas que pueden diferir en las respuestas obtenidas por una u otra estrategia de recolección de datos, y detectar datos no obtenidos en las preguntas cerradas.

Factor 1: recursivo y centrado. “Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativos y buscar resultados”.

Palabras y conceptos claves: creatividad- búsqueda de opciones – innovación –astucia – voluntad- supervivencia – esfuerzo – planeamiento – adaptación- gestos – reacción – instinto –

Análisis de entrevistas:

HP: *“hago hincapié de acuerdo a la situación y al momento que esté pasando esta persona, que obviamente está a punto de fallecer” ...*

CT: *“Creo que el lugar (de duelo) comienza desde que se le dice el informe médico... permitirle cinco minutos para despedirse... yo trato de mantener silencio, pero no un silencio porque me angustie, sino por respeto al Ser, eso Sí.”*

MR: *“...en la manera de concentrarme un poco más en esa persona en el momento en que se va... darle la mano, hablarle”*

JG: *“... y le hablas incluso como si fueran chiquitos... le dije todo en diminutivo: “Quieres el vasito de agua?” ... esas (pavadas) que uno hace y después te das cuenta”*

JG: *“ya vos hablándole de una forma más suave, sosteniéndole la mano o tocándole el hombro es como que la persona afloja y se largan a llorar y te cuentan cosas...”*

PG: *“la actitud es muy importante confrontar, tener la actitud de solución y ser...Este sin o estás preparado psicológicamente esa persona sin pilares... es muy difícil”*

PG: *“El uso del recurso respecto a esas personas, de manera competitiva y la capacidad de resolución son elementos comunes, la enfermera debe tener la capacidad para poder resolver y llevar a cabo los procedimientos”*

DC: *““Si fuera un descuido lo tomaría como un fracaso (a la muerte) pero...seré bruta, pero no descuidada (risas) eso lo dejo en claro.”*

IP: **“algo tenés que hacer, tenes que seguir, hay más gente en la sala ¿me explico? Tenes que seguir, el show debe continuar”**

AG: *“Sea lo que sea, siempre le toco y le digo: ándate en paz, cuando ya fallecieron”*

AG: ***“El duelo se esquiva”***

PH: “Me involucro mucho con el paciente. Porque obviamente es mi responsabilidad. Me involucro mucho con la familia, porque me gusta contenerlos, me gusta que se sientan bien, me gusta que encuentren una respuesta, me gusta que se sientan seguro de que ellos van a venir y que su familiar o quien sea o este en la cama, ellos se van tranquilo, más allá de su patología, de su enfermedad, condición o complicación que sea. Pero ellos viene, me dan un abrazo, me saludan, me llaman por el nombre y esos para mi es una muestra de afecto que es impagable.”

PH: “Vivimos con la muerte todos los días. Ya lo hemos internalizado y canalizado. Mi trabajo profesional termina cuando paso la puerta de acá. Y mi vida personal termina cuando llego acá a la puerta... Creo que es la mejor manera, va es mi manera.”

AG: “Si, totalmente. Yo antes le tenía miedo a la muerte, antes ponele, yo pensaba: “huy no, tener que morirse, debe ser horrible” antes mucho, mucho antes pensaba que si iba al cielo o al infierno. Despertarme y no poder respirar y morirme... está bien que era chica, pero al crecer, ahora es como que si es una muerte en un accidente, una muerte inesperada... ya está, listo.”

RF- “Sí yo ya estaba en Terapia hacía poco tiempo pero igual justamente a uno le hace que le cueste menos, por ahí para mí, pero...cambió rotundamente: “Un antes y un después”. Uno se acostumbra a la muerte.”

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas. “Resalta las reacciones físicas y la fase de entradas para el manejo de situaciones”

Palabras y conceptos claves: somatización – dificultad – tristeza- cansancio – estrés – incapacidad – negativo – enfermedad – secuelas – consecuencia – desilusión

Análisis de entrevistas:

CT: *“nos resignamos al viejo refrán: “se murió, que pena”... y viene otro ser humano a ocupar ese espacio, sin tener y sin haber trabajado al anterior que se haya muerto”*

CT: *“a veces es un dolor que trato de canalizarlo de otra forma...”*

CT: *“yo he visto por mi experiencia, a personas entrar a trabajar a estos servicios (cuidados críticos) y se han encontrado con un familiar y después han cambiado de servicio, como si el espacio físico no los puede contener, yo creo que es porque ven la figura de la persona que se murió que fue un familiar, un afecto... y **lo afectivo afecta a lo laboral, siempre lo va a afectar**”*

CT: *“...a mí me afecta mucho más cuando son ablaciones, las ablaciones es como que uno nace es por mi filosofía de vida, nace y muere.... **Así deberíamos irnos intactos.** Pero sé que hay que ayudar a otras personas con los órganos... pero yo en mi persona **todavía no la acepto en mi parte interior**”*

CT: *“Puedo abordar y ayudar a la persona para que llegue a esa instancia de donante, **pero no lo acepto...** hablé acá con los médicos, hice un taller del INCUCAI ³⁰ hacemos todo muy mecánicamente...reponer esto, curar, tenerlo en el mejor estado posible, que este hipotérmico, que tenga sus partes integras bien. **Pero... después de que se va nadie viene ver ¿Cómo te sentís? ¿Cómo lo viviste?..**”*

CT: *“Tuve dos casos hace cinco años atrás, que fueron simultáneos. Y... dos personas jóvenes he... **Para mí era como si no me dejaban reponer en lo espiritual, te apuraban, te apuraban. Se apuraron mucho, no dieron tiempo, Yo no lo podía asimilar y la familiar tampoco. Al otro día otro caso... Tres casos seguido.... “hu, que bueno dona todo, necesitamos el corazón, todo... (Suena) a desguace, desguace de persona.”***

³⁰ El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante impulsa la donación de órganos <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca>

CT: ...”*El hijo de una compañera también fue donante... y **al verla a la madre caminar por los pasillos, llorar, llorar y llorar...** Helee creo que a todos nos afectó la decisión que ella había tomado. Allí fueron más pausados todos, todo el equipo”*

CT: “*La gravedad, la gravedad de la patología con la que ingresa es el factor más importante. La edad, no. La edad yo no la veo... **pero no es tan fácil un adolescente no es fácil, no es fácil en mi parte... el adulto mayor vivió ¿Entiendes? Pero el adolescente es como que No.**”*

MR: ...”*Cuando salgo del hospital no, a veces te quedás pensando en casos muy particulares, pero tampoco me quedo pensando. ...pero llego a mi casa y así no puedo dormir, no por pensar sino por el mismo estrés, como que te duele mucho... te quedás tensionada por lo sensible que te pones a pensar como pasó eso.”* (Somatización)

MR: “*Cuando una persona es muy grande te decía, bueno está muy enferma y decís de ultima bueno, ya está... pero cuando son jóvenes no, es más feo”* (Racionalización)

MR: “*Siempre recuerdo a una señora que entró porque hizo una reacción alérgica al chocolate... y decís por esas cosas, y que te pase eso...y morirte por eso, es una (tontera) que sea por eso”* (Desilusión, negatividad o pesimismo)

MR: “*si es alguien muy joven y ahí está **eso que te marca** y te juro que el trabajo se va haciendo de que en el momento no lo pienses y seguís trabajando con el paciente de al lado y bueno, eso para seguir”*

PG: “*Personalmente siento a la muerte como algo desconocido por lo cual me genera temor, inquietudes”*

PG: “*Recuerdo un paciente en particular hace años, me tocó tener cerca y – había entrado en confianza, dialogar, confianza de ambas partes por afinidad...”*

PG: “*Ver a una criatura fallecer, te queda esa situación de vacío por lo que pudo haber tenido, la muerte así te arrebató todo eso... te aleja de tus seres queridos, en lo que tenés y de lo que pudo haber sido”*

PG: *“sentimental, esa persona se compromete con algunos casos, pero no todos están dispuestos, hay gente con mayor predisposición a acatar a los problemas de los demás, depende de la persona y no todos están predispuestos... porque si sos consciente te afecta psicológicamente y te deprime, te quedás sin herramientas”*

DC: *“ Me acostumbre vos sabes lo que yo en momento no, nada, cero, cero sentimiento.. Pero después afuera en la vida cualquier cosa me pone mal para mí es eso. Por algún lado debe salir. En el hospital entro, preparo el óbito todo lo que quieras, con la familia que se llora todo. **Pero llega después el cuerpo pide descansar pero no se puede parar... te cuesta hasta dormir**”*

PH: *“...Pero creo que **tuve la suerte de no estar el día que falleció.** Fue un momento que **no me hubiera estar**, como una negación. No me hubiera gustado estar ese día. Para darle el apoyo la familia. Porque uno lo ve del otro lado. Qué bien que uno que tiene esa cercanía con la familia que pudo hacer ese apego.”*

PH: *“...Por eso te digo: cuando falta el paciente después de tanto tiempo de haber estado con él.... El choque con la familia. No el choque de ser un disgusto, sino de tener que acompañarlo, **nos rompe a nosotros**. Toca la parte nuestra como persona y decir me siento parte de esto, de ese sufrimiento, de esa persona que se va.”*

DC: *“decís que bueno: me estoy quedando sin sentimientos... es negativo, estoy deshumanizada, pero por el otro lado lo veo positivo porque es la única forma de seguir yendo a trabajar.”*

IP: *“hay gente que necesita esconderse para poder llorar... no creo que sea fácil exponerse así, en cierta situación es como que hay gente comprensiva y otras que no”*

IP: Es muy difícil hacerlo... tenés que ser medio robot. Tenes que vivir diciendo: “borrando programación” después de cada turno” (la separación o distancia terapéutica)

RF: “hace años necesite hablarlo en terapia porque no lo aceptaba. En su momento el único apoyo que recibí fue una médico que me abrazó y me dijo, estabas trabajando en la otra sala... era imposible estar en dos salas. Sé que no es mi culpa pero todavía hace más de dos años, me pesa la muerte”

AG: “Por un momento te entristece, pero a mí no me genera no poder dormir la muerte .si por ahí, casos puntuales que te quedás pensando... más por la situación”

JG: “El medico anuncia y se va... muchas veces he sentido las miradas de “que le hiciste”, me ha pasado... si, me ha pasado – este por ejemplo ahí han entrado a la visita de la tarde y la persona estaba bien...”bien” (Comillas, gesto), para ellos porque estaba despierto...”

AG: si (enfáticamente), totalmente. Más si es un pibito que fallece, lo veo... lo comparo mucho con mi hijo, mi J, “pude ser mi hijo él que está ahí”.

Factor 3: Proceso de alerta. “Representa comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entrada, procesos centrales y salida”

Palabras y conceptos claves: eficacia – capacidad – presión positiva – resolución de problemas – acción – objetividad – manejo – gestión de problemáticas

Análisis de entrevistas:

CT: “*Pero si es crónico uno está Eh... abordando temas de lo crónico son “Molinos de viento”, no los podes hacer ir para atrás... “Se tiene que ir.”... “ Se espera la muerte.”... “La familia también la espera.”*”

CT: *La gravedad, la gravedad de la patología con la que ingresa es el factor más importante. La edad, no. La edad yo no la veo... pero no es tan fácil un adolescente no es fácil, no es fácil en mi parte... el adulto mayor vivió ¿Entendes?*

CT: *Pero el adolescente es como que No. Se es un factor... después es el agravante de la patología- Pero si es crónico uno está Ehhh... abordando temas de lo crónico son “Molinos de viento”, no los podes hacer ir para atrás. Se tiene que ir.”*

CT: “*Les decimos a otros profesionales que se fijen la expresión de la cara, la postura anatómica... Tenemos indicadores...”*

PG: “*...debe estar tranquilo porque lo de uno es la función de la enfermería, es un concepto transparente, fiel pero si se realiza el deber laboral. Entonces no te quedás con la culpa... si queda la sensación de la perdida, pero lo que se pudo se hizo”.*

PG: “*...” a nivel laboral por la acción de enfermería tenemos como parte del trabajo el fallecimiento de otras personas, conocemos el fallecimiento pero no queda ese vacío si hay una formación consciente de la situación de la muerte”*

PG: “*tiene una lado positivo, porque nadie quiere ver sufrir a alguien que va a morir, y el lado negativo porque en esa situación se juzgan dueños de la vida (Eutanasia) ¿Le haría una muerte “Digna” a alguien de trece años?”*

DC: “anécdotas hay vais pero no me pidas acá porque creo que sería morbosas porque no estaban acá, pero nosotras si... como cuando decís: “Huy, no! Se me murió a mí, pero estaba despierto”

IP: “ *es la clásica si alguien con un prontuario sale con la moto y lo matan no es triste? Y si llega con 27.000 tiros y a las semanas ya está bien, continuando con su vida y gritan todos es injusto, por los que mueren... pero no es justo o injusto es sobrevivir y vivir. Entonces todos los que vamos a renegar, a patalear, pero hay que seguir... pero vivimos y seguimos viviendo... entonces refiero desde mi punto de vista renegar menos... “*

IP: “*Es que la muerte está presente. Para algunos dicen que la aborto no está matando a nadie, y otros te van a decir que estas asesinado a un bebé ... escuchar los derechos, la ciencia, la sociedad.. no se si será cierto porque uno lee tantas patrañas que ya no se sabe.”*

RF: “estas corriendo y sabes que nada se tiene que descontrolar.... Es un momento difícil porque “es una casita de cristal”... también soy donante. Requiere de un enfermero para eso no más porque si no es necesario descuidar a otros, o no se puede”.

RF: “múltiples procedimientos”... y tenes que ser un pulpo, pero lo que tiene de bueno el servicio es que siempre que hay una urgencia, siempre te ayudan los compañeros. Nunca me vi sola.”

AG: “- Siiiiii. (Con énfasis) Un viejito, que estaba en cama 11, que no lo podía desconectar.... Y yo lo trataba de calmar, y calmar, y cómo no se iba le tuvieron que poner un goteo para que se vaya.... Esa también me pegó mal.

AG: (¿Fue en tu guardia?) “No, por suerte, no.”

Factor 4: Procesamiento sistemático. “describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente”

Palabras y conceptos claves: secuencia - procesos – planificación – calculo – análisis – equilibrio – realista/ realidad/ realismo – actividad & descanso- racionalización

Análisis de entrevistas:

CT: *“Para mí la muerte es un estado normal del ser humano.... No importa la causa de que se hay muerto”*

CT: *“a veces es un dolor que trato de canalizarlo de otra forma, como por ejemplo: salgo a caminar, voy a talleres espirituales, nosotros en Batan tenemos un taller espiritual que no tiene que ser católico ni nada, que hablamos de esto. Son encuentros mensuales. Trabajamos la sanación espiritual para nosotras. En las instituciones públicas, no sé en las instituciones privadas, no hay talleres de contención”.*

MR: *“Cuando una persona es muy grande te decía, bueno está muy enferma y decís de ultima bueno, ya está... (Racionalización) pero cuando son jóvenes no, es más feo”*

PG: *“ tenemos que ser conscientes que trabajamos la parte de salud, algunas cosas salen bárbaro, otras veces no. .. Depende mucho de la patología y las circunstancias de la persona. No tomamos en cuenta que el valor de la vida es absoluto, y el precio lo paga uno solo”*

PG: *“hay reglas que no deben ser interrumpidas, encarnizarse con una persona por simplemente ego propio y aventurarte con esa persona no corresponde... está la falta de criterio muchas veces se ensaña con esa circunstancias en las vida de los demás, no es propia, así sucede”*

DC: *“Para mi es la termino de algo, de los físico más que nada para mi”*

DC: *“los que la llevan bien... creo que lo llevamos bien porque creo que nosotras terminamos a las seis de la mañana y decís bueno, jejeje... (Risas) que nos toman la guardia y cada uno hace su vida y se va y se olvida del hospital, cada uno tiene su vida, tienen sus familia, tiene sus amigos, sus mascotas, sus estudios tiene lo que sea, bueno te cuento que cada uno sale y después nada... el resto no tiene vida fuera del hospital”.*

DC: *“Es como que uno va tomando distancia”*

DC: *“tus compañeros son los únicos que saben lo que tenes al lado, que viven lo mismo que vs, después tu familia te puede apoyar... pero ellos no están ahí, no lo viven...”*

IP: *“Siempre esta eso arraigado a la cultura, siempre es lo mismo. No es lo mismo que fallezca un hombre de 90 y pico, como que te da más lastima, decis el otro por lo menos tuvo una vida, que hizo con su vida, el otro no.” (Racionalización)*

IP: ***“Uno va y atiende y que va a hacer... tenes que estar ahí. Es tu deber!”***

IP: *“tenes que estar ahí, aliviar el dolor, tenes que controlarlo, estar ahí, por los familiares, por ese ambiente que es bastante depresivo, pero vos estas trabajando... vas y tenes la esperanza (de que mejorarán)”*

IP: *“Nunca trabajé con eso no podría decirte... de cuando digamos...lo mantienen al cuerpo para proteger los órganos...”*

AG: *“El duelo se esquiva*

AG: *“no le temo a la muerte, si al sufrimiento de las personas que están sufriendo. Al ser chicos pensamos si mamá se muere, yo me muero... pero después entiendes que es peor que esté sufriendo, es darle permiso de partir también.”*

Factor 5: conocer y relacionar. “describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a si misma y a otros, usando la memoria y la imaginación”.

Palabras y conceptos claves: recuerdos – memorias – experiencia- experto – humor- estrategias para perseverar/ afrontar – aprendizaje – oportunidades – metas – relación de conceptos con acciones – planes a futuro – expectativas

Análisis de entrevistas:

CT: “yo he visto por mi experiencia, a personas entrar a trabajar a estos servicios (cuidados críticos) y se han encontrado con un familiar y después han cambiado de servicio, como si el espacio físico no lo puede contener, yo creo que es porque ven la figura de la persona que se murió que fue un familiar, un afecto... **y lo afectivo afecta a lo laboral siempre lo va a afectar**”

CT: *“En las instituciones públicas, no sé en las instituciones privadas, no hay talleres de contención. En el Hospital Privado de comunidad³¹ nos hacían talleres de contención... en las escuelas tendría que haber una materia, un abordaje pedagógico para poder ya desde que se inician que se puedan trabajar la muerte”*

CT: *“(Ablación) “Pero sé que hay que ayudar a otras personas con los órganos, pero yo en mi persona todavía no la acepto en mi parte interior. Puedo abordar y ayudar a la persona para que llegue a esa instancia de donante, pero no lo acepto... **hablé acá con los médicos, hice un taller del INCUCAI** ³² **hacemos todo muy mecánicamente...**”*

CT: *Tuve dos casos hace cinco años atrás, que fueron simultáneos. Y... dos personas jóvenes he.. Para mí era como si no me dejaban reponer en lo espiritual, te apuraban, te apuraban. **Lo importante después lo pude hablar: Para! Viste que me hizo pararme en la escalera ¿Hay un precipicio?** Yo me hice de este lado. **Es bien**, los niños necesitan, otros seres humanos necesitan.... **Pero no es tan así.***

MR: “Recuerdo hace un tiempo, un chico jovencito que murió... y los familiares lo querían levantar de la cama, reanimarlo...porqué será que entienden mal? Esas ganas que tienen de que mejoren. A la noche le avisan que fallece, entonces estaba a solas y

³¹ Nota: CT durante su entrevista relata que realizó su formación básica enfermería en HPC, luego tramo de Licenciatura en la universidad Nacional Mar del Plata.

³² El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante impulsa la donación de órganos <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca>

el padre del chico se la agarro conmigo: Como puede ser que a la mañana le habían dicho que estaba bien y a la noche lo llaman porque falleció. Recuerdo que fue Heavy (difícil, duro).”

MR: “eso **que te marca** y... te juro que el trabajo se va haciendo de que en el momento no lo piensas y seguís trabajando con el paciente de al lado y bueno, eso para seguir”

PG: “Si, importa. La distancia es (necesaria) si no te enfermás psicológicamente porque toda esa situación de perdida supuestamente, por lo que es la muerte en si enferma y esa persona (enfermero/a) también tiene una vida”

PG: “es muy importante formar el enfermero en todo contexto. Es muy diferente trabajar con niños que con adultos.”

PG: “ Cada persona tiene su propia mirada con respecto a lo que es esta situación, va a depender de cómo está formado el grupo con quien, cuántos son del grupo y cada uno va a aportar en nuestro grupo porque las personas ... este , (duda... pausa) si necesitan hablar del tema... la muerte es implacable”.

PG: “Se va aprendiendo.. en principio no se acepta, nadie acepta la muerte , es más fácil comprender el nacimiento, o la recuperación pero no la muerte”

DC: “ Cada uno tiene sus salidas, sus escapes por ahí alguno estar con su familia, o salir a fumar a tomar un mate con los compañeros antes de volver a la sala, reírse un poco o chismear... cada uno hace algo”

DC: “decís que bueno: me estoy quedando sin sentimientos... es negativo, estoy deshumanizada, pero por el otro lado lo veo positivo porque es la única forma de seguir yendo a trabajar.”

IP: “creo que descargar. No en realidad, creo que realmente lo necesitan, descargar y que alguien te diga “todo va a estar bien”, o si hiciste lo correcto, he... todos buscan en cierta forma eso... todos lo buscamos en cierta forma, no? Cierta aprobación...”

IP:” ¿Qué hago? No cargo más peso del que puedo levantar, es importante irse con la consciencia tranquila. Renuncié a muchas cosas para no tener tantas cargas, porque cuanto más carga tarde o temprano es peor.

AG: *“yo estoy riendo, haciendo las cosas, pero estoy pensando en el muerto. Locuras de uno, pienso que te vayas en paz, que es tu tiempo y decírselo. Parecía una loca hablando también a mi abuelo al morir. Les dijo “ya está ya vas a descansar”, tocarle la pierna y decirle “ya está”*

RF:” *Seria necesario un grupo, apoyo... y la media hora no alcanzaría”*

RF: *“(múltiples procedimientos”... y tenes que ser un pulpo, pero lo que tiene de bueno el servicio es que siempre que hay una urgencia, siempre te ayudan los compañeros. Nunca me vi sola.”*

RF: *“La Charla de mate me ha servido y mucho... es necesaria para descargar. Son situaciones muy duras ”*

JG: *“...estando con mi familia, trato de hablar lo menos posible. Me pasa que trato que mis hijos no sepan mucho de que, ni mi esposo no sepa mucho este entonces como que entonces tenés un refugio en el otro lado.”*

JG: *“Acá en la terapia, vos prácticamente estas preparado para que se muera el paciente porque son pacientes críticos, sabes que pueden salir como que no, y muchas veces ya lo sabes que no por eso te decía, como en las preguntas anteriores por ahí uno lo hace como para cubrirse emocionalmente porque si pasa vos ya estás preparado de antemano, eso lo que tiene la terapia, que otros pisos no.”*

JG: *“Agarrarle la mano, yo me ha pasado de... De hablar con la gente que ya está fallecida- después digo: “ Que b...! ... no me escucha!” y después me digo: “Si me escucha!” Me entendes? Pero porque? Son mis creencias, me entendes?*

Qué se yo para mi es eso. Es afrontamiento y bueno... y ahora hay que esperar que va a pasar y la gente dice que vas a esperar ya fue, bueno si, pero yo tengo otras creencias- entonces- por ahí me ayude más en ese sentido en el afrontamiento me ayude más. En ese sentido.”

AG:” *No, no. Se esquivá. Para mi es en el momento. Por ahí te quedás pensando o lo recordas por años, como te dije, pero duelo no.”*

AG “ mi marido a veces dice “ si, porque ella viene y me cuenta las cosas que ella hace, y yo le digo: cállate ... que a mí me da impresión. Pero yo sé que ella tiene que descargar para algún lado”.

AG: “Él ya sabe que yo vengo y taca-taca- taca- taca... (Gestos que simulan hablar mucho y rápido) y ya está, más de ahí no pasa.”

MR: “y si, después de la muerte de algún paciente, y de salir de trabajar, si siempre. Por ahí, algo que hacemos nosotras es salimos del hospital o sea vos, y las chicas y **nos quedamos aunque sea cinco minutos afuera del hospital, y eso lo hacemos siempre y es una relajación, y nos ponemos a hablar o a reírnos un rato, o a fumarnos un pucho, y son esos cinco minutos que nos quedamos en la puerta del hospital y nos reírnos de cualquier cosa que nos hizo reír durante la noche, y eso por suerte**”.

MR “Eso es una forma, y después llegas a tu casa, y te tomas un mate, eso es otra forma, y empezas a querer dormirte. **Pero esa de salir unos cinco-diez minutos afuera y quedarnos un rato...es una que ayuda mucho.**”

MR: “Que a veces nos reímos que estamos preparando el cuerpo y ciertas cosas, yo creo que no es una risa sin maldad. Es una risa salame. Primero porque no se entera nadie, porque queda ahí, y segundo creo que es una forma hacer llevadera la situación. **El que hagamos algún chiste, con respecto a algo...nada, de cualquier cosa. No sé, creo que eso hace llevadero la situación.**”

Limitaciones del estudio:

- Rechazo a la participación por parte de los enfermeros a entrevistar que atribuyeron de manera verbal temor a ser grabados durante la entrevista, y que otros pudieran conocer o reconocer sus voces, a firmar consentimiento informado.

-Aunque se considera plenamente verificada y estandarizado el cuestionario de la entrevista escrita estándar (CAPS), se presentaron dificultades en la comprensión de los items que no se ajustan a la idiosincrasia del país – región en la traducción.

--Inicialmente se planificó la potencial participación en un encuentro grupal a ser realizadas en fecha y horario a designar, pero debido a las limitaciones de tiempos de los participantes debió continuarse solamente con entrevistas individuales.

- Escasas oportunidades para realizar las entrevistas grabadas debido a los horarios de los potenciales participantes, debido a la sobrecarga horaria que perciben en sus múltiples responsabilidades (trabajos en más de una institución, educación-capacitación continua, docencia y responsabilidades familiares) que limitan sus posibilidades de participación a pesar de no tener otras objeciones.

-Las entrevistas presentan una variación llamativa en tiempos y apertura en el diálogo, con una duración máxima de 40 minutos, en contraste con 22 minutos de la más breve, debido a diferencias personales en la preferencia de dialogo y extensión de las respuestas de los entrevistados. Se permitió la libre respuesta a fin de poder obtener una mejor comprensión de los procesos y estrategias- mecanismos de resolución-afrontamiento personales.

Las entrevistas se realizaron en tanto en instalaciones del hospital, en el domicilio o otras localizaciones según la disponibilidad horaria de los participantes.

Las entrevistas escritas tipo Likert se realizaron contra entrega donde los participaron recibieron las planillas y las respondieron en sus propios tiempos, expresando mayoritariamente el deseo de poder leerlas y responderlas de manera concreta y cuidadosa, indicando interés en participar.

Resultados

Las entrevistas semiestructuradas permitieron registrar datos que enriquecieron en gran medida la base de datos obtenida por medio de las encuestas- preguntas cerradas. En el factor 2 donde las preguntas rastrean la presencia de dificultades en la concentración en los problemas, y la respuestas biofísicas, se evidenciaron elementos que demuestran rasgos generales, dificultad para conciliar el sueño, a raíz de pensamientos recurrentes en cuanto a los procesos asociados al sufrimiento y la muerte.

Aparece también en las entrevistas, la necesidad de expresar - conversar con otros aquellas situaciones que producen confusión, dolor, culpa o sencillamente tristeza, como un medio de dar un cierre a la situación. Esto se relaciona a su vez con las estrategias mencionadas para el afrontamiento, tales como pasar tiempo en familia, establecer plazos o conversar entre pares.

En cuanto a los tiempos, en las entrevistas se presentan relatos que muestran un aprendizaje en un prolongado proceso de adaptación que coincide con características propias a etapas de duelo superpuestas con diversos niveles de asimilación y aceptación.

Otra variante que se presenta es la disminución del impacto emocional en la medida que se gana experiencia y habilidades prácticas para adaptarse a las diversas situaciones. Dicho en sus propias palabras “no siento nada en el trabajo... y eso es bueno... no siento nada... pero luego estoy sensible con mi familia, todo me hace llorar”³³

En las respuestas ante cuidados específicos (preparación para trasplante, cuidados paliativos - de confort), y en turnos donde el contacto con familiares es mayor, se evidencia una mayor recurrencia de afrontamiento bajo en las entrevistas coincidiendo con lo encontrado por los autores Emma de Vagas Daza , Alicia Pacheco Rodríguez y colaboradores del centro de Desarrollo humano de Quétaro, México.

Estos sentimientos se materializan en problemas de salud, cansancio, agotamiento, que lleva los enfermeros a ser también “pacientes potenciales” sin redes de apoyo psicosocial para resolver la muerte y pérdidas que experimentan diariamente.

³³ Entrevista semiestructurada realizada durante el presente estudio , Degradada: DC

Las condiciones descritas como precarias en las instituciones, el escaso personal-sumado a actividades mecanizadas, y las internaciones conjuntas- (2-3 y 6 camas), la falta de recursos materiales, minimizan las posibilidades terapéuticas a prestar, favorecen el agotamiento paulatino del sistema, y de los profesionales involucrados. Las condiciones sociales y culturales limitan su accionar, tanto como sus propias experiencias personales y familiares en relación a la enfermedad y la muerte.

Las condiciones ambientales, los requerimientos del cuidado influyen en las tareas y el desafío laboral diario. Múltiples estudios realizados en los últimos 30 años coinciden con la sobrecarga emocional de quienes trabajan en áreas de cuidados críticos.

Los mecanismos de defensa, que se consideran una forma no razonada psicológica, de minimizar daños, gravedad o incluso aceptar las consecuencias de decisiones y hechos son habituales. Es frecuente que se den charlas entre compañeros al finalizar guardias especialmente difíciles por el fallecimiento de personas que se encontraban internadas por largos periodos, o en circunstancias estresantes y son consideradas un medio de “protección” ante las situaciones experimentadas como difíciles o desafiantes donde se mezclan notas de humor con la exteriorización de sus temores o sentimientos.

Desde las diferentes miradas se puede discernir una división entre los conceptos que rodean al término “muerte”, pero el “buen morir” es el común denominador en las conversaciones, deseos y anhelos de quienes están involucrados en el cuidado de los pacientes terminales, especialmente cuando la muerte parece cernirse en una dura lucha de meses y en algunos casos de años con enfermedades de carácter crónico que los agotan no solo en forma física pero también en forma económica, social, mental y espiritual.

Existe la prevalencia de un concepto aceptado y repetido en las entrevistas de manera común: “En mi guardia no”, el deseo de evitar estar presentes en el momento de la muerte ya sea por apego o por evitar las consecuencias sociales (con los familiares), legales (posibles errores o fallas) y ante sentimientos de incapacidad (inseguridad en técnicas, manejo, capacidad emocional o física por agotamiento).

A pesar de repetirse las experiencias en el acompañamiento de las familias, no parecen disminuir los sentimientos de incapacidad o impotencia en relación a los tratamientos o la situación de riesgo de vida. De ese contacto se describen dudas, consideraciones especiales – aprensivas que están asociados a la inseguridad en los procedimientos o la falta de conocimientos o habilidades.

No obstante esas variaciones encontradas en discrepancia con las respuestas establecidas en las encuestas escritas, en las entrevistas también se puede seguir el discurso narrativo que describe estrategias tendientes a la resolución de las problemáticas, el uso de los recursos disponibles de maneras creativas, y la resolución de la separación entre el ambiente laboral y su vida personal.-familiar

Con la contrapartida de las risas, cuentos de fantasmas, de historias de escenas ridículas vividas en las instituciones tales como las” historias graciosas de pacientes” que una vez fallecidos se transforman en relatos de pasillos, y la contracara de comentarios de los familiares de pacientes, otros pacientes e incluso otros profesionales y colegas quedan en la memoria del equipo de salud, pensando y calculando otros posibles tratamientos y decisiones que se podría haber instaurado, como parte de la negación a la muerte, y de considerar que se puede manipular y controlar todo detalle o ninguno

En base a las respuestas halladas a pesar de la modesta muestra poblacional en que se realizó el presente estudio, se puede establecer un nivel alto de afrontamiento y adaptación ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos. Se considera además la importancia dada por los entrevistados a la necesidad de establecer un espacio a fin de trabajar las temáticas que surgen de las experiencias cotidianas en cuanto a la muerte, los cuidados y las exigencias propias de áreas de cuidados críticos.

Bibliografía

- Gersch C. Heimgartner N. “Enfermería. Un enfoque práctico y conciso” Colección Lippincott Editorial Wolters Kluwer 4ta Edición 2017. Barcelona, España.
- Ley Nacional 24.004 de Ejercicio profesional de Enfermería
- Ley Provincial 12.245 de ejercicio profesional- enfermería. Prov. de Buenos Aires
- Manual de enfermería oncológica .2015. Instituto nacional del cáncer. Ministerio de salud, presidencia de la nación.
- Madoery D, Orosco L. y colaboradoras “Diagnósticos enfermeros. Dilema de una práctica educativa”. 3 ediciones. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires 2014opea Argentina 2013_Ed.7
- Rumbold G. “Ética en enfermería” Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 3ra Edicion Mayo 2004 Mexico
- Ricardo Ayala V., Torres M.C. Calvo M.J. “Gestión del cuidado en enfermería” Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago Chile 2014 Cap 8 “Nuevos desafíos en la gestión del cuidado”
- Galarreta S., Gracia C. “Enferpedia. Técnicas y procedimientos de enfermería” Editorial Panamericana 2018. Madrid
- Marino S. “El libro de la Uci” 4 °ed.2014. Lppicott Willan & Wilkins. 2014 Barcelona España
- “Diccionario Mosby Pockett de medicina, enfermería y ciencias de la salud 4ta edición Elsevier 2004 Madrid España
- Swearingen P. “Manual de enfermería Médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios”. Editorial Elsevier-Mosby 6ta Edicion.2008 Barcelona
- Berman A., Snyder S. “Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica.” 9na Edición Volumen I, Madrid, 2013
- Potter P.-Perry A. “Fundamentos de enfermería”. 8va edición Edit. Elsevier.2013
- Berlinguer G. “Ética de la salud” Editorial Lugar 1ra Edición. Buenos Aires 2003

- Gomis D. Kordi S “CYMAT –condiciones y medioambiente de trabajo en enfermería “ 2011 Editorial Arcadia Argentina
- Kubler –Ross E. “La rueda de la vida” Editorial B. S.A. marzo 2009
- Gutiérrez López, C. “Escala de medición del procesos de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación”. Hallazgos – revista de investigaciones- año 6. N° 12- Julio 2009ISSN: 1794-3841 pp. 201 – 213.
- Pineda E., de Alvarado E.L. “Metodología de la investigación” 3era Edición. Organización Panamericana de la salud. Washington D.C. Estados unidos 2008.
- Ulin P. Robinson E. Tolley E. “Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos”. OPS Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo de USAID (La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) y la FHI (Family health International) impreso en Washington DC . Estados Unidos de América (2006).
- Hernández Sampieri R, Fernández collado C., Baptista Lucio P. “Metodología de la investigación”. #era edición Editorial McGraw Hill. México 2003.

Bibliografía digital

<http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf>

(Cliente- paciente- usuario) 18 Marzo 2019

<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/17329.pdf> profesionalización de la enfermería en argentina <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroDuelo.pdf>

Astudillo W., Pérez M. “Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa “Editado por Sociedad Vasca de cuidados paliativos. 1era Edición, San Sebastián España. 2007

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/679/Factores%20de%20afrontamiento%20y%20adaptaci%C3%B3n%20del%20paciente%20que%20ser%C3%A1%20sometido%20a%20cirug%C3%ADa%20pl%C3%A1stica%20-%20reconstructiva%2C%20en%20un%20Hospital%20de%20Lima.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Factores de afrontamiento y adaptación del paciente que será sometido a cirugía plástica reconstructiva, en un hospital de Lima. 2016 Meza Castañeda N. Chumbes Campos E. Villegas Alcocer R.

AMMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología. http://www.anmat.gov.ar/webanmat/normativas_medicamentos_cuerpo.asp

Gutiérrez López C, Veloza Gómez MM, Moreno Fergusson M. “Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Universidad La sabana Aquichan. Colombia. 2015. -

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98/199>

Link opcional de acceso: - <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a05.pdf>

Rodríguez Sabiote C., Pozo Llorente T., Gutiérrez Pérez J. “La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en educación superior” Relieve (Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa) v. 12, n. 2, p. 289-305 <https://www.redalyc.org/pdf/916/91612206.pdf>

Anexo a: Tablas y graficos

Datos demograficos:

- Edad
- Nivel académico
- Género
- Antigüedad laboral en Enfermería
- Área en que trabaja

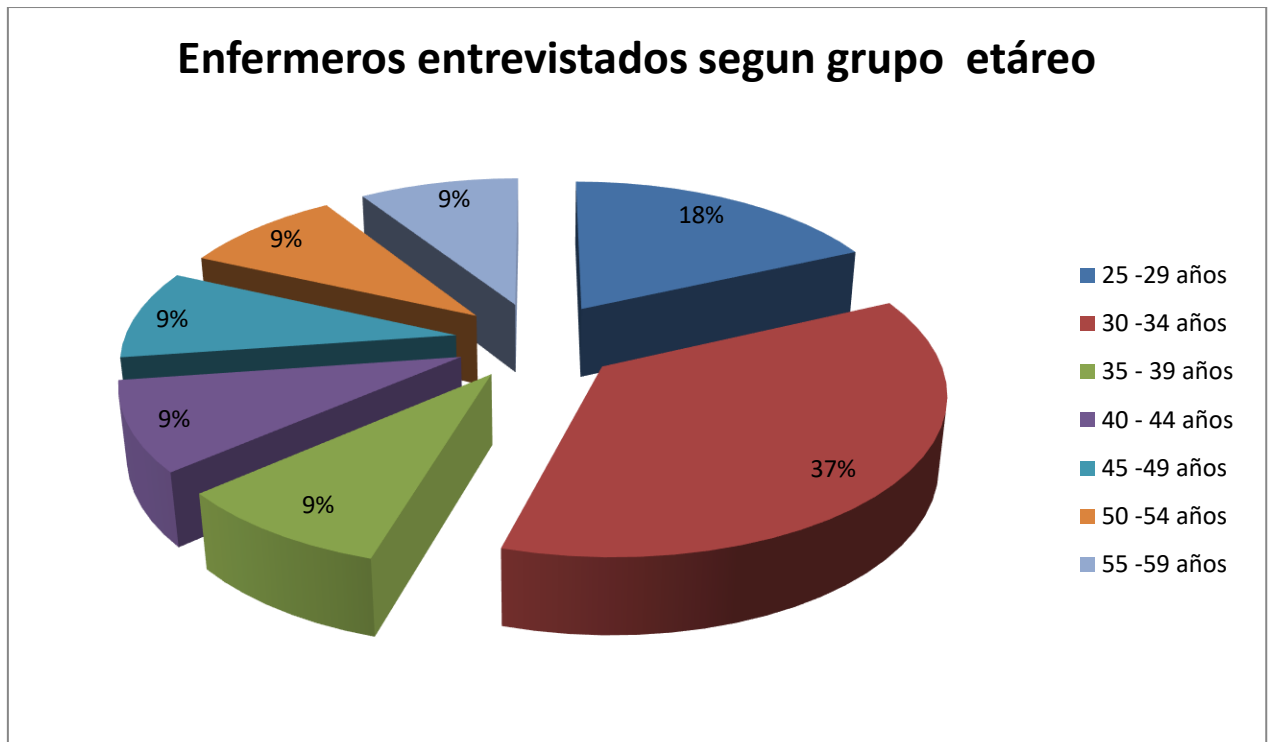


Figura 1: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Enfermeros encuestados según grupo etáreo.

Enfermeros entrevistados segun nivel académico

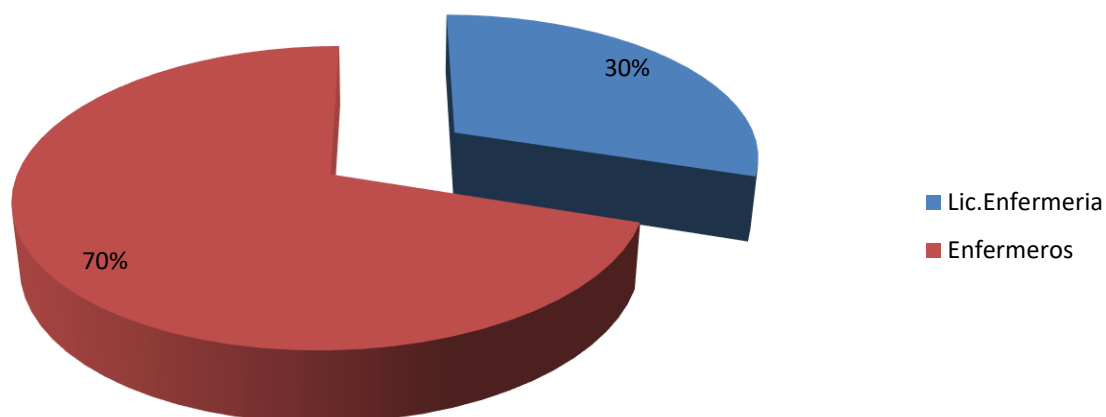


Figura 2: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Enfermeros encuestados según nivel académico.

Enfermeros encuestados segun género

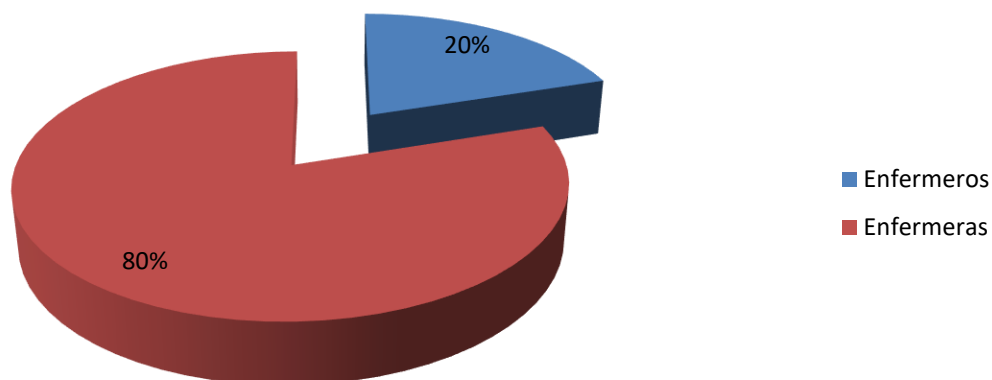


Figura 3: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Enfermeros encuestados según género.

Enfermeros Entrevistados segun antigüedad Laboral en Enfermería

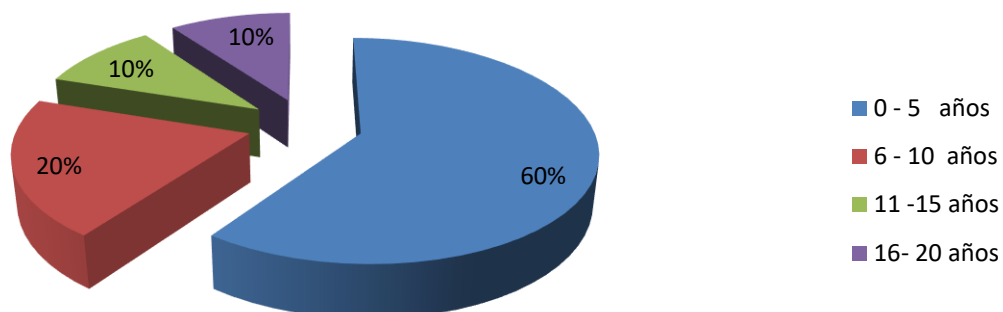


Figura 4: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Enfermeros encuestados según grupo antigüedad laboral en Enfermería

Enfermeros segun área en el trabaja

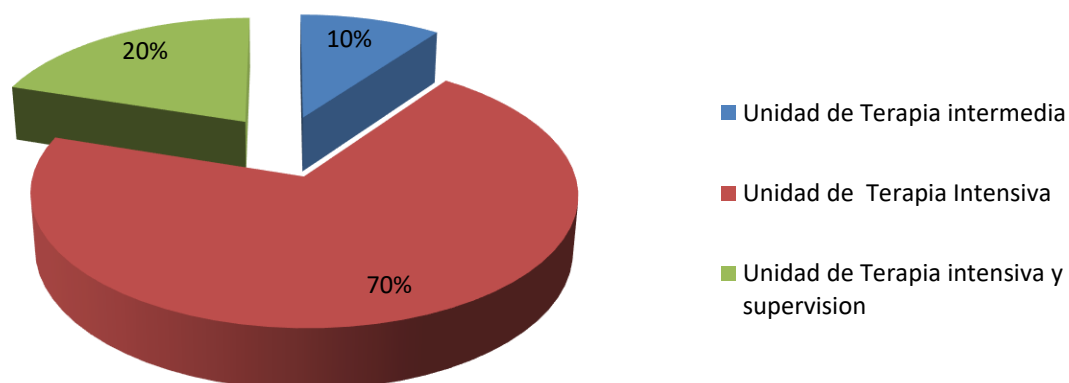


Figura 5: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Enfermeros encuestados según área en la que trabaja.

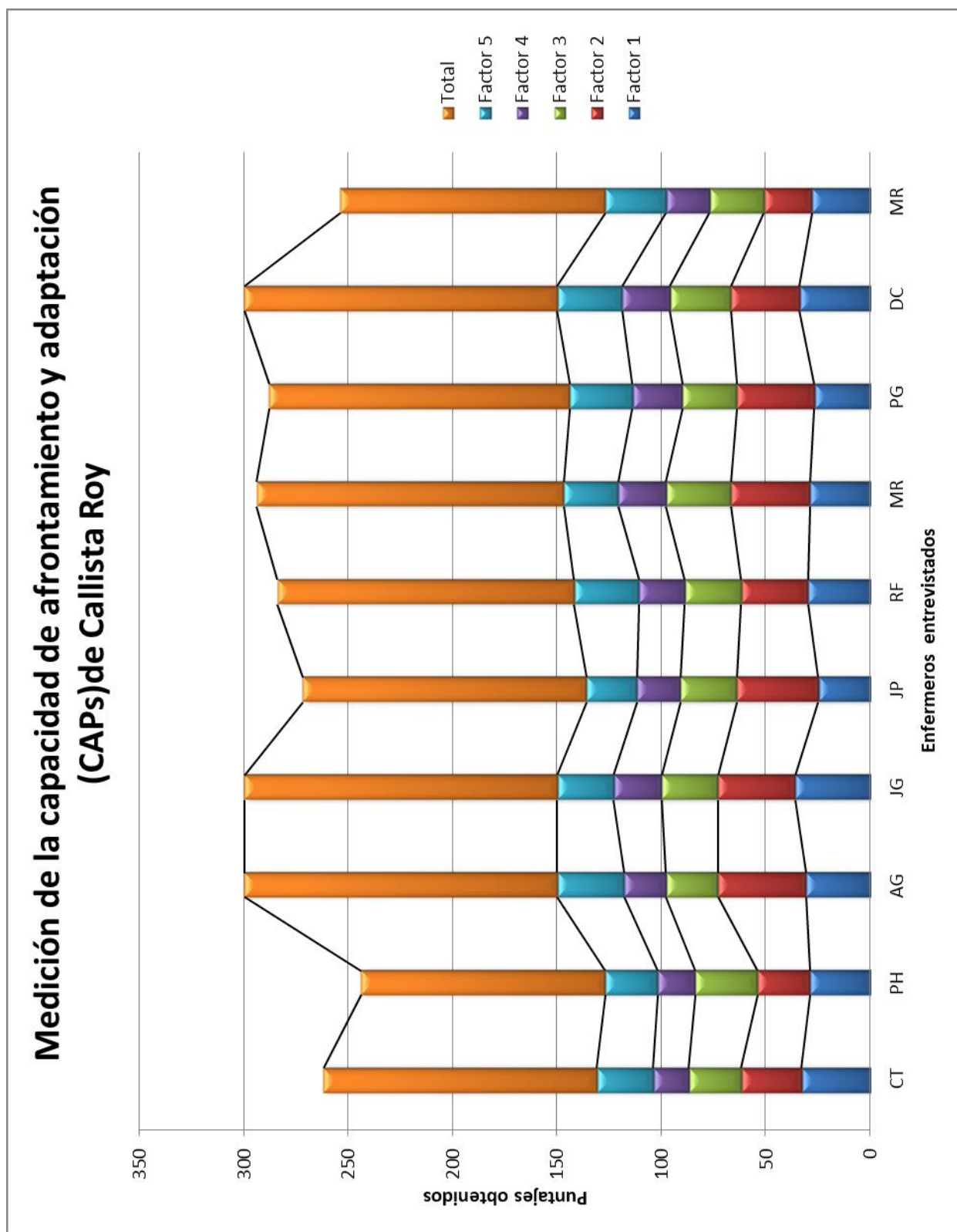


Figura 4: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. (2019). Respuestas obtenidas por medio de escala de medición de capacidad de afrontamiento y adaptación (CAPs) de Callista Roy.

Tabla 1: Respuestas obtenidas por medio de escala de medición de capacidad de afrontamiento y adaptación (CAPs) de Callista Roy

Enfermero/a	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Total
CT	33	29	25	17	27	131
PH	29	25	30	18	25	117
AG	31	42	25	20	32	150
JG	36	37	27	23	27	150
JP	25	39	27	21	24	136
RF	30	32	27	22	31	142
MR	29	38	31	23	26	147
PG	27	37	26	24	30	144
DC	34	33	29	23	31	150
MR	28	23	26	21	29	127

“Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. Mar del Plata (2019).

Tabla 2: Comparación de datos obtenidos por medio de escala de “Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación”, y entrevista semiestructurada.

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje global
CT – escala	33 AC	29 MC	25 AC	17 AC	27 AC	131 AC
CT entrevista						
PH – Escala	29 AC	25 MC	30 AC	18 AC	25 AC	127 AC
PH - entrevista						
AG – Escala	31 AC	42 AC	25 AC	20 AC	32 MAC	150 AC
AG - entrevista						
JG – Escala	36 AC	37 AC	27 AC	23 AC	27 MAC	150 AC
JG – entrevista						
JP – Escala	25 MC	39 AC	27 AC	21 MAC	24 AC	136 AC
JP - entrevista						
RF – Escala	30 AC	32 MC	27 AC	22 MAC	31 MAC	142 AC
RF - entrevista						
MR - Escala	29 AC	38 AC	31 MAC	23 MAC	26 AC	147 AC
MR - entrevista						
PG -Escala	27 MC	37 AC	26 AC	24 MAC	30 MAC	144 AC
PG - entrevista						
DC - escala	34 AC	33 MC	29 AC	23 AC	31 MAC	150 AC
DC - entrevista						
MR - Escala	28 MC	23 MC	26 AC	21 AC	29 MAC	127 AC
ME - entrevista						

“Capacidad de afrontamiento y adaptación de los enfermeros ante la muerte de personas internadas en cuidados críticos del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Oscar Alende”. Mar del Plata (2019).

Escala de Medición de capacidad de Afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy. Instrucciones:

Por favor complete los datos requeridos la inicio del cuestionario y luego lea cada pregunta, marque con una equis “X” a respuesta que más le identifique ante la muerte de personas internadas en áreas críticas.

Items	Nunca	Rara vez	Algunas veces	siempre
.Propongo una solución nueva para un problema nueva				
Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones				
Trato de que todo funciones a mi favor				
Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr				
Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente				
Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación				
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente				
Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones				
Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación				
.Tengo dificultades para enfrentar tareas o proyectos				
Solo puedo pensar en lo que me preocupa				
Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar				
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
Tiendo a paralizarme y profundizar al menos por un minuto				
Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema				
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga				
Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas				
Experimento cambios en la actividad física				
Trato de hacer frente a crisis desde el principio				
Me doy cuenta de que estoy enfermando				
Me rindo fácilmente				
Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultaran las cosas				

Items	Nunca	Rara	Algunas veces	Siempre
Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez				
Soy menos eficaz bajo estrés				
Me siento alerta y activo durante el día				
Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede				
Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos				
Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
Soy más eficaz cuando estoy bajo estrés				
Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron				
Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema				
.Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad				
Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que no tengo una buena comprensión de la situación				
Pienso en el problema sistemáticamente , paso a paso				
Analizo la situación como realmente es				
Trato de mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso				
Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar				
.Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado				
Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo				
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
Utilizo el humor para manejar la situación				
Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros				
Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros				
Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío				
Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1-El proyecto se encuadra en el marco del proyecto de investigación de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social perteneciente a la Universidad Nacional Mar del Plata.

2- Tiene por objeto identificar respuestas humanas comunes a los enfermeros en relación al proceso de muerte y su análisis.

3- Se consideran como criterios de inclusión:

- Enfermeros mayores de 21 años por lo tanto legalmente capaces de decidir por si mismos
- Enfermeros de ambos sexos
- Enfermeros de distinta formación académica: auxiliares, enfermeros, licenciados
- Enfermeros que actualmente trabajen en servicios el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Alende,

4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.

5- La participación incluye:

- Una entrevista abierta, que será registrada por grabación de audio, La misma tendrá una duración mínima de 20 a 30 minutos, y participación potencial en un encuentro grupal a ser grabada en fecha y horario a designar.
- La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitará exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.

6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos económicos o de otra índole.

De acuerdo con lo arriba expuesto

Fecha: _____

Nombre Apellido _____