

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CÁNCER

Coping strategies of the multiprofesional team on the death
of pediatric patient with cancer

María del Consuelo Cabral-Gallo *

Alma Olga Delgadillo-Hernández **

Norma Lorena Jiménez-Alzaga ***

Susana Delgado-Hernández ****

Fernando Antonio Sánchez-Zubieta *****



* MPSIC. Área de Psicooncología. Instituto de Investigación del Cáncer en la Infancia y Adolescencia. Departamento de Reproducción Humana y Crecimiento Infantil. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: consuelo1205@hotmail.com

** Mtra. Terapia Familiar Sistémica. Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca», Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: alma67@yahoo.com

*** Lic. Enfermería. Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca», Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: normis_06@live.com.mx

**** Lic. Enfermería. Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca» Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: delhersus78@hotmail.com.mx

***** Oncólogo pediatra, Jefe del Servicio de Hemato-oncología pediátrica Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca». Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: drfernandos59@hotmail.com

Fecha de recepción: 30 de julio de 2014

Fecha de aceptación: 06 de noviembre de 2014

Cómo citar / How to cite

Cabral, M. del C.; Delgadillo, A.O.; Jiménez, N.L.; *et. al.* (2014). Estrategias de afrontamiento del equipo multiprofesional ante la muerte del paciente pediátrico con cáncer. *TRILOGÍA. Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 6 (11), 115-129.

Resumen: el objetivo del estudio fue conocer la forma como el equipo multiprofesional afronta la muerte del paciente oncológico, a través de las estrategias de afrontamiento. Para ello, se aplicó la versión española del Coping Strategies Inventory a 66 profesionales de la salud en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica de un hospital de tercer nivel. Los participantes se conformaron por el personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición e intendencia. El análisis estadístico fue a través del programa SPSS Versión 20. Se compararon variables a través de T de student y análisis de varianza ANOVA de un factor. Los resultados señalan que la estrategia más empleada fue *resolución de problemas*, mientras que la menos utilizada fue *autocrítica*. Se discuten los resultados y se encuentra que ante la muerte del paciente, el equipo multiprofesional emplea en primera instancia la estrategia *resolución de problemas* de forma homogénea, favorable y de manera independiente a la profesión; mientras que las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento se relacionan con las variables sociodemográficas del participante por la edad, estado civil, turno y antigüedad laboral.

Palabras clave: estrategias, equipo multiprofesional, muerte, pacientes, cáncer.

Abstract: the aim of the study was to determine how the multidisciplinary team faces the death of cancer patients through coping strategies. For this, the Spanish version of the Coping Strategies Inventory was applied to 66 health professionals in the Department of Pediatric Hematology-Oncology of a tertiary hospital. The team of participants was composed of the medical staff, nursing, social work, psychology, nutrition and cleaning employees. Statistical analysis was performed through SPSS version 20 program. Variables were compared using T tests and ANOVA. Results are discussed and we find that the strategy that was most employed is Problem solving, which is present in all participants, while self-criticism was a less common strategy. We conclude that at the death of the patient, the multidisciplinary team in the first instance uses problem solving strategy evenly, pro and independently of the

profession; while differences in the use of coping strategies are related to socio-demographic variables of participant as age, marital status, schedule and job seniority.

Keywords: strategies, multidisciplinary team, Death, Patients, Cancer.

INTRODUCCIÓN

De forma general, la muerte ha sido un tema que crea en el ser humano reflexiones personales, científicas, antropológicas, religiosas o filosóficas que trastocan diversos aspectos a nivel emocional y de constructo; un ejemplo es la idea de que la vida no podrá ser comprendida sin plantear el tema de la muerte. También se cree que hay mayor aceptación cuando ocurre hacia el final del ciclo vital, mientras que en la infancia la muerte irrumpe por completo y provoca un sinnúmero de reacciones emocionales.

En el caso de los profesionales que laboran en el área de la salud, la experiencia y encuentro con la muerte del paciente genera una confrontación constante, en donde se evalúa la temporalidad, se reconoce la finitud del otro pero a la vez de ellos mismos. Según Heidegger (Álvarez, 1998, p. 93) este proceso contribuye a la autenticidad del ser humano porque le individualiza sin ocultar la realidad inquietante de la muerte.

Dentro del ámbito hospitalario, para los profesionales de la salud es una tarea compleja contribuir al rescate de una atención integral, ética y humana al momento del deceso del paciente pediátrico oncológico; muy alejada de la realidad está la idea respecto a que el personal sanitario es insensible al dolor emocional que produce la muerte del paciente, aunque bien no se equipara al dolor de los padres ante la pérdida de su hijo, es una experiencia complicada que cuando se comparte desde el sentido más humano, con el propio miedo, temor y vulnerabilidad ante la muerte, entre el equipo multiprofesional y la familia, se genera una experiencia que ayuda a la dignificación del proceso de morir.

Ligado a estas reflexiones de la muerte y el morir es oportuno plantear la necesidad de crear consciencia sobre las dificultades que la sociedad y en particular el enfermo, enfrentan a la hora de indagar cuestiones relacionadas con la muerte, pues se torna complejo de afrontar tanto para la familia como para el personal sanitario, quien al asumir la responsabilidad del cuidado integral del paciente, forma parte del proceso del duelo.

ANTECEDENTES

La necesidad de identificar las estrategias de afrontamiento en el equipo multiprofesional, ante la muerte del paciente pediátrico con cáncer, se desprende del hecho de que a pesar de los esfuerzos de la ciencia para tratar la enfermedad la muerte acontece con regular frecuencia, por lo que el profesional de salud que labora con esta población requiere hacer frente a la situación, a través de sus características y recursos personales.

Por ello, es de suma importancia conocer las estrategias de afrontamiento que emplea el equipo multiprofesional que labora con esta población, pues ayuda a desarrollar acciones al interior del servicio, con el fin de evitar secuelas negativas en el nivel de estrés y sobre la salud mental de los trabajadores, en búsqueda por mejorar la calidad en su desempeño laboral.

A pesar de tal importancia sobre el tema, son escasas las investigaciones en las que se abordan las estrategias de afrontamiento en un equipo multiprofesional con pacientes pediátricos oncológicos, por lo que continuar el trabajo de investigación y su divulgación científica permitirá conocer y plantear todas aquellas implicaciones, que a su vez se transforma en una mejor atención y dignificación del proceso de muerte en este tipo de población.

Sin embargo, existen investigaciones en el equipo de enfermería con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento a través de diversos instrumentos de medición específicos y validados (Ekedahl y Wengström, 2008; Perea y Sánchez, 2008; Molina y Huechea, 2010; Gálvez, del Águila, Fernández, L., Muñumel, Fernández, C. y Ríos, 2013, Maricel, 2008), así como otras investigaciones relacionadas con el estrés laboral y estrategias de afrontamiento en el medio sanitario (Casas, Repullo y Lorenzo, 2002; Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012; Pérez y Rodríguez, 2011; Escribá y Bernabé, 2002); estrategias de afrontamiento relacionadas con depresión y ansiedad (Sepúlveda, Romero y Jaramillo, 2012).

Estrategias de afrontamiento

Antes de plantear el concepto es importante esbozar sobre el modelo cognitivo de la emoción, el cual señala que no es la situación la que provoca una reacción emocional sino la interpretación que el individuo hace de dicha situación.

Lazarus y Folkman (1984) diseñan el modelo cognitivo desde una valoración primaria y secundaria; la primera de ellas es cuando la persona estima las consecuencias de la situación, mientras que la valoración secundaria es aquella en la que dichas consecuencias se consideran negativas o amenazantes, por lo que la persona buscará recursos para evitar, reducir o hacer frente a la situación. Es entonces desde la valoración secundaria que parten las estrategias de afrontamiento, siendo este un concepto que se ha desarrollado en los últimos treinta años. Su objetivo es analizar cómo hace frente el ser humano a las situaciones estresantes que pueden derivarse por enfermedad, carga o ritmo laboral, accidentes o imprevistos de la vida en el cotidiano (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991).

Para Everly (1989, p. 44) el afrontamiento es «un esfuerzo para disminuir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales». Las estrategias de afrontamiento se definen como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian

constantemente y que se desarrollan para manejar, reducir o tolerar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos de los individuos» (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164). Así pues, el ser humano utiliza el afrontamiento ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito ante una situación de emergencia.

Ahora bien, es oportuno diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento. Uno de los primeros aportes señala que entre los estilos de afrontamiento se encuentran dos dimensiones: *método utilizado y focalización de la respuesta* (Moos y Billings, 1982). Posteriormente, Feurstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) añaden *la naturaleza de la respuesta* como una tercera dimensión. Con relación a las estrategias de afrontamiento ante su uso o preferencia, Endler y Parker (1990) distinguen tres dimensiones básicas: *afrontamiento orientado a la tarea, a la emoción y a la evitación*. Roger, Jarvis y Najarian (1993) complementan el modelo con una cuarta dimensión: *separación o independencia afectiva respecto al estresor*.

En este orden de ideas y bajo un contexto ya analizado por los autores antes mencionados, Fernández (1997) integra la definición entre estilo y estrategia de afrontamiento y señala:

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (p. 190).

Así pues, a través de estos años de investigación, los estudiosos en el tema han desarrollado diversos instrumentos de medición tales como: *Inventario de estrategias de afrontamiento* de Holroyd y Reynolds, desarrollado en 1982; *Inventario de tipos de afrontamiento* de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, desarrollado en 1986; *Catálogo de afrontamiento* de Schreurs, Willige, Tellegen

y Brosschot en 1987; *Estimación de afrontamiento* de Craver, Scheier y Weintraub desarrollado en 1989; *Inventario de estrategias de afrontamiento* de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal elaborado en 1989; *Inventario multidimensional de afrontamiento* de Endler y Parker en 1990 y *Escala de estilos y estrategias de afrontamiento* de Fernández Abascal en 1997. Estos instrumentos han apuntalado las investigaciones en el tema, logrando transformar información cualitativa en cuantitativa como una técnica de análisis que integra datos claros a través de su evaluación.

De tal manera, el objetivo general es medir y conocer las estrategias de afrontamiento a los que recurre el equipo multiprofesional del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca» ante la muerte del paciente, tomando como referencia el *Inventario de estrategias de afrontamiento* en su adaptación por Cano, Rodríguez y García (2007) y el *Análisis del modelo de afrontamiento*, según Lazarus y Folkman (1984).

MÉTODO

Participantes

Colaboraron 66 trabajadores del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del HCGJIM, adscritos bajo contrato de base o eventual de las diferentes categorías en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada. Se consideraron como posibles candidatos aquellos empleados que desearan participar de forma voluntaria y que contaran mínimo con seis meses de laborar en forma continua en el servicio, con la finalidad de garantizar un mínimo de exposición al fenómeno de estudio. Se excluyeron estudiantes de los diferentes niveles de enfermería, pre-internos e internos, residentes de pediatría, pasantes de psicología y nutrición, personal en periodo vacacional, licencia o incapacidad al momento de medición y aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

Respecto a los datos sociodemográficos de la muestra de estudio, predomina el género femenino con 86.4%. La media en edad del participante fue 38 años. El 53% es casado, 37.9% soltero, 4.5% divorciado, 3% vive en unión libre y el 1.5% no respondió a estado civil. El 56.1% tiene uno o más hijos y 43.9% no tiene hijos. La religión predominante en los participantes fue la católica con 90.9%, 4.5% no profesa religión y 3% son cristianos.

Con relación con la categoría laboral, el 66.7% de la muestra es personal de enfermería, 15.2% médicos, 6.1% nutrición, 4.5% psicología, 4.5% trabajo social y 3% intendencia. La antigüedad laboral se subdividió de 0 a 5 años representada por el 40.9% de la muestra, de 6 a 10 años el 39.4% y más de 11 años fue el 19.7% de los participantes. El 56.1% trabaja en turno matutino, 16.7% en turno vespertino, 18.2% turno nocturno y el 9.1% en jornada acumulada.

Diseño

La metodología se enmarcó en el diseño cuantitativo, transversal, descriptivo e inferencial en el que participó el 68% de un total de 97 empleados que conforman el universo total de profesionales activos de las diversas áreas del Servicio de Hemato-oncología Pediátrica del HCGJIM. Es un estudio descriptivo al referir los aspectos y plantear las relaciones entre un conjunto de variables respecto al objetivo de investigación. Se realizó, además, comparación entre medias para muestras independientes de las variables obtenidas del instrumento de medición, y medición a través de ANOVA, de un factor para las relaciones entre las variables demográficas.

Instrumento

La herramienta conocida como CSI por sus siglas en inglés -Coping strategies inventory- en su adaptación española (Cano, et al. 2007) fue el instrumento de medida seleccionado para identificar las estrategias de afrontamiento. El instrumento original consta de 72 preguntas, mientras que la adaptación española se redujo a 40 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (0-4 puntos).

De forma global, el CSI evalúa ocho estrategias de afrontamiento primarias: 1) *Resolución del problema* (REP), 2) *Autocrítica* (AUC), 3) *Expresión emocional* (EEM), 4) *Pensamiento desiderativo* (PDS), 5) *Apoyo social* (APS), 6) *Reestructuración cognitiva* (REC), 7) *Evitación del problema* (EVP) y 8) *Retirada social* (RES). Estas estrategias a su vez se dividen en secundarias y terciarias a través de agrupaciones empíricas. Las escalas secundarias se agrupan de la siguiente manera: 1) *MAP* manejo adecuado centrado en el problema (REP, REC); 2) *MAE* manejo adecuado centrado en la emoción (EEM, APS), ambas se consideran saludables y adaptativas, 3) *MIP* manejo inadecuado centrado en el problema (EVP, PSD), y 4) *MIE* manejo inadecuado centrado en la emoción (RES, AUT) son escalas desadaptativas y perjudiciales, pues son consideradas estrategias de protección inadecuadas para el afrontamiento al estar relacionadas con la evitación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación de las secundarias: 1) *MA* manejo adecuado (REP, REC, APS, EEM) que señalan un esfuerzo eficaz y adaptativo para hacer frente al factor estresante, y 2) *MI* manejo inadecuado (EVP, PSD, RES, AUC) que reflejan un tipo de afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Procedimiento

El procedimiento para recabar los datos implicó la invitación de participación voluntaria a todo el personal sanitario, firma de consentimiento informado, la obtención de los datos sociodemográficos, junto con un breve cuestionario elaborado *ad hoc* por los autores para recabar información complementaria con tres preguntas con respuesta dicotómica (comparte sentimientos, ha recibido cursos de tanatología y se apoya en su religión para afrontar situaciones complejas) y finalmente el participante recibió instrucciones claras y sencillas para responder a la Escala de Afrontamiento (CSI), mismo que se aplicó entre los meses marzo-abril del 2014 en las instalaciones del Servicio de Hemato-oncología Pediátrica del HCGJIM. Las dudas generadas por su contenido fueron resueltas

y no se estableció tiempo límite durante la ejecución del instrumento; el procedimiento antes descrito se replicó en todos los turnos laborales.

Al término del trabajo de campo se realizó el análisis estadístico a través del programa informático SPSS 20.0. Para el análisis de comparación entre medias se empleó la prueba t de Student. Las diferencias entre cada categoría se establecieron mediante análisis de varianza, se fijó significancia estadística $p=>0,05$. Las relaciones entre las escalas del inventario se realizaron a través de la correlación de Pearson. Con el propósito de explorar la variedad de aspectos o matices en la muestra, la edad del participante se segmentó en cuatro grupos: 1 (22-30 años), 2 (31-39 años), 3 (40-48), 4 (49-55).

Para la presentación de resultados se siguió el modelo de Lazarus y Folkman (1984) que distingue el afrontamiento en dos formas principales: *centrado en el problema* donde hay un intento de resolver o disminuir la amenaza (definir y encontrar soluciones) que son más efectivas pues están relacionadas con la autoeficacia para afrontar desafíos futuros, y *centrado en la emoción* donde hay un esfuerzo por resolver la emoción que surge de la situación y la persona considera que no es posible resolverla o modificarla (regular respuesta) que se consideran menos efectivas.

Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo después de contar con la autorización de la Institución hospitalaria. La recogida de datos fue previo consentimiento del participante mediante el cual decidían participar voluntariamente y autorizaban la utilización de los datos para fines de análisis y académicos. Se mantuvo en todo momento el anonimato. De acuerdo con

el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud esta investigación se consideró sin riesgo, no se generó intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales del participante.

RESULTADOS

De forma inicial se presentan los resultados del análisis correspondiente a los datos descriptivos –*media y desviación típica*– de la escala primaria del CSI. Para la interpretación de los resultados se siguió a Cano et al. (2007) que señalan que una media entre 0 a 6.6 la estrategia se emplea en rango bajo, 6.7 a 13.2 es rango medio, y una media de 13.3 a 20 indica que se recurre a esa estrategia en nivel alto. El análisis de fiabilidad se realizó mediante Alpha de Cronbach en el total de ítems del inventario y en la escala primaria basado en la correlación inter-elementos. Para la interpretación de los niveles se sigue lo propuesto por George y Mallery (1995). En general el instrumento mantiene nivel bueno de fiabilidad (0.89) en todos los ítems.

La media general obtenida en el equipo multiprofesional en la escala primaria, se identifica *Resolución del problema* (14.56) como la estrategia de afrontamiento más utilizada por todos los participantes. Le sigue *Apoyo social* (11.02), *Expresión emocional* (10.33), *pensamiento desiderativo* (8.73) y *reestructuración cognitiva* (8.45) en rango moderado, mientras que *evitación del problema* (5.71), *retirada social* (4.88) y *autocrítica* (4.08) obtienen una media en nivel bajo. Se encontró similitud entre las medias obtenidas de la muestra de estudio en comparación con las de la adaptación española del CSI, todas las estrategias coinciden en el mismo rango (alto, medio, bajo) señalado en el instrumento. El detalle de los datos se puede observar en Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos. Comparación de medias entre la muestra de estudio y la adaptación española del CSI

Estrategia de Afrontamiento	Media CSI (N=337)	Media muestra de estudio (N=66)
Resolución del Problema (REP)	14.25	14.56
Autocrítica (AUC)	5.11	4.08
Expresión Emocional (EEM)	8.98	10.33
Pensamiento desiderativo (PSD)	11.66	8.73
Apoyo Social (APS)	10.93	11.02
Reestructuración cognitiva (REC)	10.17	9.45
Evitación del problema (EVP)	5.81	5.71
Retirada social (RES)	3.93	4.88

Fuente: Elaboración propia

En relación con los datos sociodemográficos del participante, así como el complemento de preguntas que se aplicó, en el análisis descriptivo no se encontraron datos significativos al comparar medias según género, tampoco si el participante busca apoyo en su religión, si comparte sus sentimientos ante la muerte como evento estresor desencadenante, ni si ha recibido capacitación a través de cursos de tanatología. En tanto, se obtiene diferencia en la comparación de medias según edad, turno laboral, antigüedad y por estado civil, mismos que se observan en la Tabla 2.

Al contrastar la media según el grupo de edad, la *Resolución del problema* en las edades comprendidas entre los 22-30 años (16.63) emplea la estrategia en nivel alto, los participantes con edades entre 31-39 años (13.18) en nivel medio, de los 40-48 años (14.77) en nivel alto y de los 49-55 años (12.00) en nivel medio.

Según el turno laboral del participante, se obtiene cambio en el nivel que se emplea *Evitación del problema*, el personal en turno matutino (10.43), vespertino (8.91) y nocturno (9.93) la emplean en nivel medio, mientras que el turno de jornada acumulada (13.33) recurre a esta estrategia en nivel alto. Siguiendo con la comparación de medias de acuerdo con el turno laboral, la estrategia *Evitación del problema* también presenta variaciones, el turno matutino (5.51) y vespertino (3.27) la emplean en nivel bajo; mientras que nocturno (8.00) y jornada acumulada (6.83) en nivel medio.

Por antigüedad, la estrategia que presenta cambios según el nivel en el que se emplea, es *Evitación del problema*, ya que los participantes con antigüedad de 0-5 años (5.41) recurren a la estrategia en nivel bajo, al igual que los que tienen antigüedad de 6-10 años (5.15), mientras que los participantes con más de 11 años (7.46) emplean esta estrategia en nivel medio.

Con relación al estado civil, se reflejan cambios en tres estrategias: la primera es *Autocrítica*, en la que los solteros (4.28), casados (3.66) y en unión libre (1.00) recurren a esta estrategia en nivel bajo, mientras que el personal divorciado (10.00) la emplea en nivel medio. *Pensamiento desiderativo* es otra de las estrategias en las que se observa cambio, al comparar medias se identifica que el personal soltero (8.56) y casado (8.26) la usan en nivel medio, el personal divorciado (17.00) en nivel alto, mientras que los

que viven en unión libre (5.5) se ubican en nivel bajo. Otra de las estrategias en las que hay variación en el nivel de medias según el estado civil es *Apoyo social*; los solteros (11.64), casados (10.46) y divorciados (10.33) la emplean en nivel medio, mientras que el personal que vive en unión libre (14.00) la usan en nivel alto. Debido a lo extenso del análisis en los datos sociodemográficos, se decide presentar solo aquellos que son significativos.

Tabla 2. Comparación de medias en la escala primaria de CSI en las que se obtienen cambios significativos al analizar según edad, turno y antigüedad laboral, estado civil.

Escala primaria CSI	Edad				Turno laboral				Antigüedad laboral en años			Estado Civil			
	22-30	31-39	40-48	49-55	M	V	N	J	0-5	6-10	+ de 11	Soltero	Casado	Divorciado	Unión libre
REP	16.63	13.18	14.77	12.00											
AUC												4.28	3.66	10.00	1.00
EEM					10.43	8.91	9.83	13.33							
PSD												8.56	8.26	17.00	5.5
APS												11.64	10.46	10.33	14.00
REC															
EVP					5.51	3.27	8.00	6.83	5.41	5.15	7.46				
RES															

Fuente: Elaboración propia

Se describe ahora las estrategias más empleadas por categoría a partir de la media obtenida según MAP y MAE, que emplea el equipo multiprofesional. Los datos se grafican en la Fig. 1. El personal médico refleja adecuado manejo centrado en el problema al emplear *Resolución de problema* (14.8) en nivel alto, mientras que *Reestructuración cognitiva* (8.8) se utiliza en nivel medio. Con relación al manejo adecuado centrado en la emoción, los médicos emplean *apoyo social* (9.7) y *expresión emocional* (9) en nivel medio.

El personal de enfermería utiliza *resolución del problema* (14.57) en nivel alto, *reestructuración cognitiva* (9.75) es

manejada en mediano nivel. En cuanto al manejo adecuado centrado en la emoción, enfermería recurre al *apoyo social* (11.64) y *expresión emocional* (10.64) en mediana instancia

En tanto, el personal del servicio de nutrición al igual que médicos y enfermería emplea *resolución del problema* (13.75) en primer lugar y en el nivel más alto. En menor medida recurre a la *expresión emocional* (8.75), *apoyo social* (8.75) y *reestructuración cognitiva* (9.5).

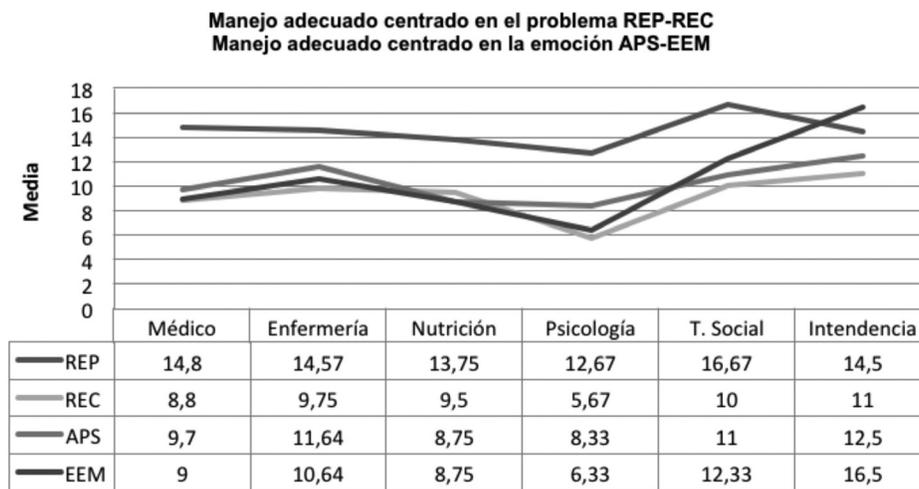
Los psicólogos recurren a la *resolución del problema* (12.76) como estrategia principal, le sigue, *apoyo social*

(8.33) mientras que las estrategias menos empleadas por ellos son *expresión emocional* (6.33), *reestructuración cognitiva* (5.67) que se clasifican en nivel bajo.

El personal de Trabajo social emplea la *resolución del problema* (16.67) en primera instancia, las estrategias a las que recurre con mediana frecuencia son *expresión emocional* (12.33), *apoyo social* (11) y *reestructuración cognitiva* (10).

El personal de intendencia apela a la *resolución del problema* (14.5) y *expresión emocional* (16.5) como principales estrategias de afrontamiento en nivel alto, en mediana instancia emplean *apoyo social* (12.5) y *reestructuración cognitiva* (11).

Figura 1. Distribución de la media correspondiente según MAP y MAE



Fuente: elaboración propia

Con relación al manejo inadecuado centrado en el problema, se observa en la Fig. 2, el personal médico emplea *evitación del problema* (4.1) en bajo nivel, *pensamiento desiderativo* (9.5) en nivel medio al igual que *retirada social* (7.4), mientras que *autocrítica* (4.2) se ubica en nivel bajo, ambas estrategias inadecuadas centradas en la emoción.

El personal de enfermería refleja que dentro del manejo inadecuado centrado en el problema, emplea *evitación del problema* (6.18) en bajo nivel; en tanto *pensamiento desiderativo* (8.3) es utilizado en nivel medio. Respecto al manejo inadecuado centrado en la emoción, el personal de enfermería emplea *retirada social* (2.75) y *autocrítica* (3.86) en nivel bajo.

Los nutriólogos recurren a *evitación del problema* (7.67) en nivel medio, el *pensamiento desiderativo* (9) se encuentra en nivel medio. En tanto, *retirada social* (2.75) y *autocrítica* (5) se ubican en nivel bajo.

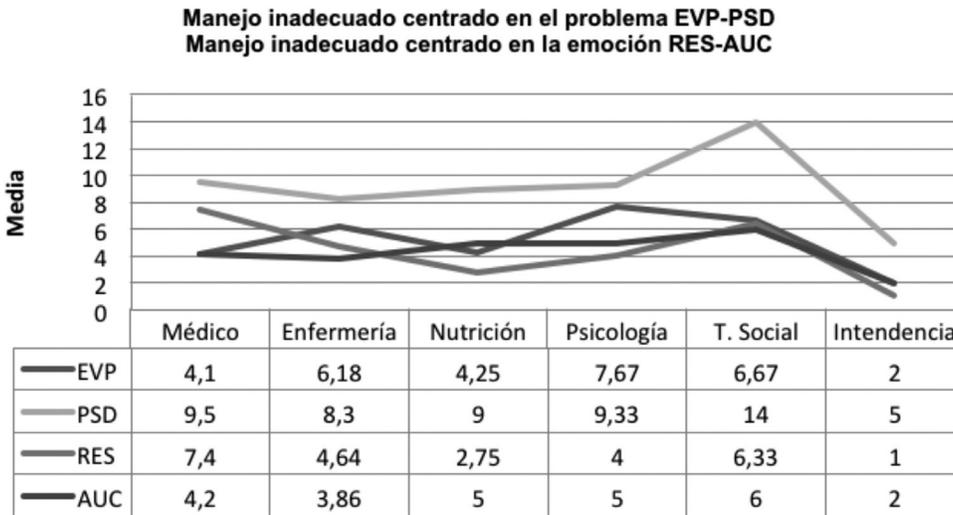
El personal de psicología emplea *evitación del problema* (14.57) y *pensamiento desiderativo* (9.33) en nivel medio, mientras que *retirada social* (4) y *autocrítica* (5) con poca frecuencia en nivel bajo.

Trabajo social emplea *evitación del problema* (6.67) en nivel medio, *pensamiento desiderativo* (14) en nivel alto, ambas son estrategias desadaptativas e inadecuadas centradas en el problema, mientras que las estrategias *retirada social* (6) y *autocrítica* (6.33) son empleadas en bajo nivel.

Finalmente, el personal de intendencia recurre a la *evitación del problema* (2), *pensamiento*

desiderativo (5), *retirada social* (1) y *autocrítica* (2) en bajo nivel.

Figura 2. Distribución de la media correspondiente MIP y MIE



Fuente: elaboración propia

Relaciones entre las escalas del inventario

Las relaciones entre escalas se realizaron mediante la correlación de Pearson, Tabla 3. La escala *Resolución de problemas* establece relaciones positivas significativas con *Expresión Emocional* ($p=.000$), *Pensamiento desiderativo* ($p=005$), *Apoyo social* ($p=.000$) y *Reestructuración cognitiva* ($p=.000$).

La escala *Autocrítica* establece relación significativa positiva con *pensamiento desiderativo* ($p= .000$), *evitación del problema* ($p= .024$) y *retirada social* ($p= .000$).

La escala *Expresión emocional* reflejó relación significativa con *resolución del problema* ($p= .000$), *pensamiento desiderativo* ($p= .004$), *apoyo social* ($p= .000$), *reestructuración cognitiva* ($p= .000$).

La escala *Pensamiento desiderativo* muestra relación significativa positiva con *resolución del problema* ($p= .005$), *autocrítica* ($p= .000$), *expresión emocional*

($p=004$), *apoyo social* y *reestructuración cognitiva*, ambas con valor ($p= .000$).

En la escala *Apoyo social* se obtuvo relación significativa positiva con *resolución del problema* ($p= .000$), *expresión emocional* ($p= .000$), *pensamiento desiderativo* ($p= .001$) y *reestructuración cognitiva* ($p= .000$).

La escala *Reestructuración cognitiva* obtiene relación significativa con las escalas *resolución del problema*, *expresión emocional* y *apoyo social*; todas con valor ($p= .000$).

En la escala *Evitación del problema* se observa relación significativa con *autocrítica* ($p= .024$) y *retirada social* ($p= .039$).

La escala *Retirada social* presenta relación significativa con *autocrítica* ($p= .000$) y *pensamiento desiderativo* ($p= .001$).

Tabla 3. Correlaciones. Fuente: elaboración propia

	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
REP	-	.222	.000**	.005**	.000**	.000**	.858	.364
AUC	.222	-	.302	.000**	.102	.477	.024*	.000**
EEM	.000**	.302	-	.004**	.000**	.000**	.454	.819
PSD	.005**	.000**	.004**	-	.001**	.477	.550	.001**
APS	.000**	.102	.000**	.001**	-	.000**	.110	.740
REC	.000**	.477	.000**	.477	.000**	-	.169	.404
EVP	.858	.024*	.454	.550	.110	.169	-	.039*
RES	.364	.000**	.819	.001**	.740	.404	.039*	-

**La correlación es significativa a nivel 0.01 (bilateral).
*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

El resultado de esta investigación se analizó respecto a las estrategias de afrontamiento bajo el modelo de Lazarus y Folkman (1984), quienes dividen las estrategias en escalas secundarias y terciarias.

Manejo adecuado

El manejo adecuado agrupa aquellas estrategias de afrontamiento que se consideran adaptativas y que ayudan a enfrentar al factor estresante, en el caso de esta investigación se relaciona al fallecimiento del paciente pediátrico oncológico.

Resolución del problema

Según el resultado de la medición, esta estrategia es la más empleada por el equipo multiprofesional que labora en el servicio de Hemato-Oncología Pediátrica a la que recurre de manera favorable y adaptativa, al igual que el estudio

realizado por Perea y Sánchez (2008). Al contrastar la resolución del problema con los datos sociodemográficos, se identifica que existe diferencia significativa en su uso con respecto a la edad. El grupo formado por participantes de 22 a 30 años y de 40 a 48 años reflejan uso de dicha estrategia en nivel alto, mientras que los participantes que oscilan entre los 31 a 39 años y 49 a 55 años emplean la estrategia en nivel medio.

Ante esta diferencia, en nuestro estudio no es posible categorizar que a mayor edad mejor recurso tendrá el participante para hacer frente a la resolución del problema sino que es una estrategia encaminada a eliminar el estrés buscando así modificar la situación que lo produce. Este resultado difiere del reporte de Molina y Huechea (2010), quienes señalan que la edad del funcionario y los años de servicio ayudan a mejorar la capacidad de generar estrategias de afrontamiento, mientras que Casas, et al. (2002: 240) han observado que en los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés.

Expresión emocional

Esta estrategia está encaminada a liberar las emociones que acontecen y se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones verbales a otras personas. La diferencia significativa en el uso de esta estrategia se identificó con relación al turno laboral, ya que el personal participante en turno matutino, vespertino y nocturno la emplea en nivel medio, mientras que el turno de jornada acumulada hace uso de esta estrategia en nivel alto. Casas, et al. (2002, p. 238) extienden criterios importantes a considerar en el personal sanitario, pues el turno laboral interfiere en los ritmos neurofisiológicos y circadianos, además de que implica aislamiento social pues dificulta mantener una vida social y familiar.

Apoyo social

El apoyo social es una estrategia relacionada con la expresión ya sea real o percibida que se genera en la comunidad, amigos y familia. Al relacionar el uso de esta estrategia desde los diversos datos sociodemográficos se encontró que el personal sanitario soltero, casado y divorciado la emplean en nivel medio, mientras que aquel en unión libre la usa en nivel alto. Nuestro resultado se relaciona con otras investigaciones (Gálvez, et al. 2013; Caballero, M. Bermejo, Nieto y Caballero, F., 2001) donde se evidencia significancia estadística entre la estrategia apoyo social y estado civil, lo cual supone que tener pareja estable conforma la tendencia a realizar acciones sanas encaminadas a buscar apoyo emocional ante los eventos estresantes.

Reestructuración cognitiva

La estrategia tiene como finalidad facilitar al individuo la necesidad de hacer frente a situaciones de conflicto o problemas, a través de adaptar los pensamientos negativos estresantes e introducir otros pensamientos desde un sentido positivista. En la medición se identificó que de acuerdo con la profesión se emplea esta estrategia de manera distinta, siendo el personal de intendencia quien

hace uso en mayor medida, mientras que psicología lo emplea con menor frecuencia.

Manejo inadecuado

El manejo inadecuado se considera como tal por ser un tipo de afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Autocrítica

Un nivel de autocrítica excesiva puede generar en el personal de salud datos depresivos, de ansiedad o evitación al entorno, pues trae consigo una autoexigencia con el impulso de cambiar, lo cual es indicio de un estado emocional destructivo, en el que es frecuente la necesidad de cambiar aquello que consideran les hace rechazables a los demás. En el caso de esta estrategia, la diferencia en su uso se relaciona según el estado civil del participante. Se encontró que los solteros, casados y aquellos que viven en unión libre la emplean en nivel bajo, mientras que el divorciado recurre a ella en nivel medio. La autocrítica es una estrategia destructiva, posiblemente aprendida de la sociedad o de los primeros años de infancia a través de la autoinculpación (Bowlby, 1973).

Evitación del problema

La cronología de la evitación como proceso de afrontamiento puede llegar a ser tema de suma importancia en el equipo multiprofesional, ya que aunque la evitación resulte menos perjudicial y más afectiva al emplearla en las primeras ocasiones que se vivencia la muerte del paciente, será sin duda una estrategia no saludable, pues no permitirá que el profesional integre de forma sana dicha experiencia y que al cúmulo de estas, puede detonar en crisis emocional que incluso le incapacite para seguir trabajando.

La diferencia tras la medición llevada a cabo, refleja un uso diferente según antigüedad laboral, resaltando que los participantes de 0 hasta 10 años la utilizan en nivel bajo, mientras que los profesionales con más de

11 años recurren a evitar el conflicto en nivel medio. Este resultado ayuda a prevenir que el personal de salud con mayor antigüedad laboral presente dificultades persistentes que desencadenen conflicto emocional al acudir a la evitación como estrategia principal, pues como explica Janis (1958), las personas que usan la negación o evitación como forma de afrontamiento experimentan mayor alivio emocional en la primera situación amenazante, aunque se tornan más vulnerables en los siguientes eventos estresantes.

Pensamiento desiderativo

Esta estrategia se relaciona con el deseo de que la realidad no fuera estresante y que a su vez está ligada al sentimiento de evitación. Con relación al resultado que se obtuvo, se identificó que nuevamente es el estado civil la variante que influye en el cambio y uso de esta estrategia. La medición refleja que el participante que vive en unión libre la utiliza en nivel bajo, el casado y soltero en nivel medio, mientras que el personal divorciado en nivel alto. El pensamiento desiderativo se considera un afrontamiento inadecuado centrado en el problema. Este es un hallazgo importante en este tipo de medición, ya que la labor del personal sanitario implica realizar un afrontamiento activo, es decir hablar con el paciente y su familia, al igual que lo señala Escribá, et al. (2002) en su estudio.

Retirada Social

Es un tipo de afrontamiento pasivo en la que la persona busca aislarse de su entorno, como los amigos, la familia y en general la sociedad. Al contrastar los datos sociodemográficos con esta estrategia se identifica que su uso mantiene relación según la profesión del participante, en la que trabajo social obtiene la media más alta, mientras que el personal de intendencia es quien recurre a ella con menos frecuencia. Dado que es una estrategia inadecuada centrada en la emoción, se considera importante que el personal no se conduzca hacia

una desconexión con el ambiente laboral. Escribá et al. (2002) señala en su estudio que esta estrategia del que hacen uso los médicos en mayor frecuencia para sobrellevar el estrés laboral (p. 602).

CONCLUSIÓN

A manera de conclusión, se puede indicar que los hallazgos, tras la medición por medio de ANOVA de un factor respecto a las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento, se relacionan con las variables sociodemográficas según edad, turno, antigüedad laboral y estado civil del participante en mayor medida, mientras que no se reflejaron diferencias significativas según religión, capacitación a través de cursos de tanatología y profesión, por tanto, inferimos que el nivel académico no garantiza el desarrollo estrategias de afrontamiento saludables sino que es una condición de respuesta personal independiente del grado académico y profesión.

En nuestra medición, el equipo multiprofesional emplea las estrategias de afrontamiento de forma homogénea y de manera favorable, lo que salvaguarda su bienestar emocional, aunque no garantiza la salud mental del personal que labora con esta población. A través de los resultados de este tipo de estudios, es posible que la Institución desarrolle proyectos que posibiliten el cuidado y bienestar emocional de sus empleados, así como apuntalar la atención de los servicios de salud en el marco de una gestión de calidad en beneficio de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal sanitario del Servicio de Hematología Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca» por haber colaborado de forma desinteresada en esta investigación, aportando así información valiosa sobre la reacción que genera la muerte del paciente, así como a las estrategias que cuenta para afrontar su labor, como parte de un equipo y en contribución a la sociedad.

REFERENCIAS

- Álvarez, L. (1998). *Aprender a vivir, aprender a morir*. España: Fundrea.
- Austria, F.; Cruz, B.; Herrera, L. y Salas, L. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1), 197-106.
- Bowlby, J. (1973). *Anxiety & Anger. Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Caballero, M.; Bermejo, F.; Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Cano, F.; Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Casas, J., Repullo, J. y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calidad Asistencial*, 17(4), 237-46.
- Ekedhal, M. y Wengstöm, Y. (2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team- a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *European Journal of Cancer Care*, 17, 42-48.
- Endler, N. y Parker, J. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5), 595-604.
- Everly, G. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
- Fernández, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En Fernández E. G., Palmero F., Chóliz M. & Martínez F. (Eds.). *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Feurstein, M., Labbé, E. y Kuczierczyk, A. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. New York: Plenum Press.
- Gálvez, M.; Del Águila, B.; Fernández, L.; Muñumel, G.; Fernández, C. y Ríos, F. (2013). Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Investigación*, n°66.
- George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Janis, I. (1958): *Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. Nueva York: Wiley.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Marciel, P. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.
- Molina, Ch. y Huechea, D. (2010). Estrategias de afrontamiento del equipo de enfermería de la unidad de cuidados intensivos med-quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami 27/2. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 25(4), 193-198.
- Moos, R. y Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. En

- Goldberger, L. y Breznitz, S. (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press, 212-230.
- Perea, J. y Sánchez, L. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enferm*, 17(3), 164-168.
- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(46), 17-33.
- Roger, D.; Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Sepúlveda, A.; Romero, A. y Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol. Med Hosp Infant Mex*, 69(5), 347-354.
- Stanton, A. y Dunkel-Schetter, C. (1991). *Infertility perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum.
- SPSS para Windows (1997). Versión 20. Chicago: SPSS Inc. [programa informático en CD-ROM]. Disponible en SPSS Inc. Página web de SPSS disponible en: <<http://www.spss.com/>>