



## ORIGINAL

# Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos<sup>☆</sup>

Rosario Cumplido Corbacho\* y Cesárea Molina Venegas

Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 28 de octubre de 2010; aceptado el 14 de enero de 2011

Disponible en Internet el 15 de noviembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Burnout;  
Cuidados intensivos;  
Enfermería;  
Habilidades de  
afrontamiento;  
Muerte

### Resumen

**Objetivo:** Valorar los factores que se interrelacionan con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas. Utilizamos una encuesta autoadministrada y anónima compuesta por: cuestionario de datos sociodemográficos, Maslach Burnout Inventory (MBI) y relato extenso de una situación percibida como estresante en relación a la atención del dolor y la muerte.

**Muestra:** 18 profesionales (13 enfermeras/os y 5 auxiliares de enfermería). Se hizo un análisis estadístico descriptivo del MBI en relación a las diferentes variables sociodemográficas. De los relatos extensos se hizo un análisis cualitativo mediante la codificación del texto en unidades de significado y un posterior análisis estadístico descriptivo de estas unidades.

**Resultados:** El 20% de los profesionales de UCI identifican la atención al dolor y la muerte como principal factor de estrés. Más del 50% de los profesionales puntúan *bajo* en la tres subescalas del MBI. Los factores que se interrelacionan con el estrés en los relatos son: el 44,4% de los relatos muestran una importante preocupación por la atención a la familia, el 38,9% identifica un conflicto interpersonal, el 22,2% se refiere a la inutilidad del trabajo realizado. Un 16,7% no asocia el estrés a ningún otro factor más que al dolor y la muerte por sí mismos. El 5,6% aprecia el apoyo de los compañeros como factor de protección frente al estrés profesional.

**Conclusiones:** La principal preocupación de los profesionales de UCI es la atención a la familia del paciente en situación terminal, siempre difícil por el régimen de visitas restringido. La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> **INFORMACIÓN DE INTERÉS:** Presentado como comunicación oral en el VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, A Coruña, 5-8 de mayo del 2010.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rosario.cumplido.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:rosario.cumplido.sspa@juntadeandalucia.es) (R. Cumplido Corbacho).

**KEYWORDS**

Burnout;  
Critical care;  
Nursing;  
Coping skills;  
Death

**Qualitative approach to coping with the death in intensive care professionals****Abstract**

*Objective:* To evaluate the factors that interrelate with professional stress associated with the continued care of pain and death among nursing staff of the Intensive Care Unit of the Virgen del Rocío University Hospital (Seville).

*Material and method:* Descriptive study with quantitative and qualitative techniques. We use a self-administered anonymous survey consisting of: socio-demographic questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI) and extensive account of a situation perceived as stressful in relation to the care of pain and death.

A total of 18 professionals were included (13 nurses and five nursing assistants). A statistical descriptive analysis of the MBI was carried out on the different sociodemographic variables. From the extensive accounts of a situation perceived as stressful, a qualitative analysis was made by coding the text into meaningful units, followed by a statistical descriptive analysis of these units.

*Results:* Only 20% of ICU professionals identified care of pain and death as the main factor of stress. Over 50% of the professionals scored low on the three subscales of the MBI. The factors that interact with stress in the accounts were: 44.4% with a significant concern for family care, 38.9% identified an interpersonal conflict, 22.2% as regards the futility of their work. In 16.7% of cases there was no stress associated with any other factor other than the pain and death for themselves. Colleague support was seen by 5.6% as a protective factor against professional stress.

*Conclusions:* Looking after the family of a terminally ill patient is the main concern of critical care professionals, always difficult due to the restricted visiting times. The quality of interpersonal relationships influences the perceived level of stress in any specific situations.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El síndrome de burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales entidades<sup>1</sup>, entre las cuales se encuentra el personal de enfermería.

Desde la psicología, el síndrome se ha descrito como un proceso que se inicia con la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás, lo cual lleva al sujeto a una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y esto a su vez genera en el profesional dudas en relación con la competencia y realización profesional<sup>2</sup>.

El personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos es un grupo que ha sido identificado como de alto riesgo de desarrollar síndrome de burnout, relacionado con las condiciones laborales y con las características del trabajo que desempeña, ya que se requieren constantes demandas físicas y emocionales al enfrentar pacientes críticos, el dolor, la angustia e incertidumbre de sus familiares y, frecuentemente, la muerte<sup>3,4</sup>.

Por otro lado, se responsabiliza a este síndrome como el causante de insatisfacción laboral, de absentismo, de situaciones depresivas, del aumento del consumo de alcohol, así como de otras drogas, y de una amplia variedad de alteraciones emocionales y comportamentales<sup>4</sup>.

Las causas de estrés en las unidades de cuidados intensivos son muchas y muy variadas, lo cual dificulta el afrontamiento que los profesionales hacen de estas situaciones

estresantes. Según la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre la situación: en primer lugar, existe una valoración primaria, consistente en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo; en segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontar las situaciones y serán las que con más probabilidad susciten reacciones de estrés<sup>5</sup>.

Un adecuado equilibrio entre las situaciones percibidas como amenazantes y la percepción de recursos del individuo para afrontarlas es lo que evitará la aparición del síndrome de burnout.

Al referirnos a la muerte de los pacientes, el personal de enfermería sufre por esta situación, pero existen numerosos factores interrelacionados con este hecho que pueden incrementar o disminuir la percepción de falta de recursos de los profesionales y condicionar, por tanto, una mayor o menor prevalencia del síndrome de burnout.

Por esto, nos propusimos en nuestro estudio el objetivo de valorar los factores que se interrelacionan con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de UCI del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

**Metodología****Diseño**

Estudio descriptivo transversal.

## Ámbito de estudio

Unidad de Cuidados Intensivos de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Se trata de tres unidades diferenciadas por especialidades: Hospital General (HG), Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) y Hospital Infantil (HI).

## Sujetos de estudio

Fueron candidatos a participar en la investigación todos los profesionales de enfermería de las diferentes unidades, incluyendo diplomados y auxiliares de enfermería, que trabajaban allí en enero de 2009. El único criterio de inclusión era la voluntariedad de los sujetos para participar en el estudio.

El estudio no introduce modificación alguna en la práctica clínica, ni revela datos personales de los encuestados, motivo por el que los responsables de la unidad y el equipo investigador no consideraron necesario solicitar evaluación por parte del comité de ética.

No se solicitó consentimiento informado, sino que en el encabezamiento de la encuesta se explicaba a los participantes los objetivos del estudio y el tratamiento posterior de los datos, considerándose que la respuesta voluntaria de la misma equivale al consentimiento.

## Instrumentos

Se utilizó una entrevista autoadministrada, distribuida entre el personal por el equipo investigador y recogida con la colaboración de las supervisoras de las diferentes unidades.

La entrevista está dividida en tres bloques:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales: diseñado *ad hoc* para este estudio, incluye las variables más utilizadas en la literatura previa con el fin de poder establecer comparaciones con otros estudios. Se recogieron datos sobre: categoría profesional, sexo, unidad y experiencia en servicio.
2. El *Maslach Burnout Inventory* (MBI), en su versión española. Se trata del cuestionario validado más utilizado para valorar el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. El instrumento consta de 22 ítems con respuesta tipo Lickert de 7 opciones que describe la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo (desde *nunca* hasta *todos los días*). Estos ítems se agrupan en tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal). La clasificación de nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizó utilizando el baremo recomendado para sanitarios por Mingote y Pérez<sup>9</sup> expuesto en la [tabla 1](#).
3. Relatos extensos en los que los profesionales describían situaciones de estrés vividas en su puesto de trabajo recientemente. En el encabezamiento de la encuesta se les indicaba que debían describir con sus propias palabras cómo ocurrieron los hechos, quiénes participaron en ellos, cómo se sintieron, qué actitudes tuvieron y qué recursos utilizaron para afrontar dichas situaciones. Los relatos escritos eran de extensión libre.

**Tabla 1** Clasificación del nivel de burnout según puntuación del MBI

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Falta de realización personal	≥ 40	34-39	≤ 33

Baremo recomendado para sanitarios por Mingote y Pérez.

Estos relatos se analizaron cualitativamente elaborando unidades de significado presentes en ellos. La construcción de estas unidades de significado se hizo mediante el método de análisis de contenido que Berelson definió como «*técnica que pretende la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación*»<sup>7</sup>. En esta técnica se establecen las unidades básicas de relevancia para la investigación o *unidades de registro*. Son segmentos textuales discernibles que elige el investigador dependiendo del objetivo que se haya marcado. Pueden ser palabras u oraciones. Se analiza su *presencia o ausencia, la frecuencia* de aparición y el *sentido* de la valoración (positivo o negativo) que le dan los entrevistados.

La interrelación de factores de nuestro estudio refiere a que estas unidades de significado están presentes en los diferentes relatos influyéndose unas en otras. No se trata pues de una relación estadística.

## Resultados

Se pasó la encuesta al total de profesionales de enfermería de las tres unidades de intensivos de HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla, una población compuesta por 204 diplomados/as y 119 auxiliares, de los cuales respondieron 123 sujetos, siendo válidas 109 encuestas que estaban totalmente cumplimentadas. De ellas, un 20% (18 encuestas) señalaban la atención continuada del dolor y la muerte como principal causa de estrés. Los relatos extensos de estos 18 sujetos mostraban tal riqueza y variabilidad en cuanto a las situaciones descritas que consideramos interesante analizarlos cualitativamente para abordar de forma adecuada un fenómeno, el de la atención al paciente moribundo, que es complejo y en el que influyen numerosas variables.

Las *características sociodemográficas* tanto de la muestra inicial como de la analizada se exponen en la [tabla 2](#).

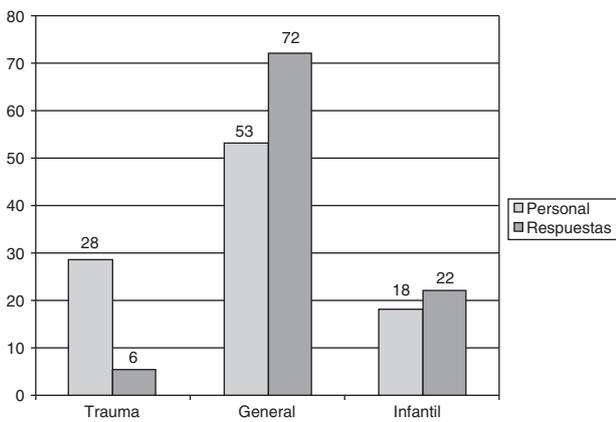
En cuanto a la titulación, conviene aclarar que todas las auxiliares de enfermería son mujeres.

Por unidades, obtuvimos una respuesta que no se corresponde con la distribución del personal de enfermería en las distintas unidades (Hospital General: 107 enfermeras y 65 auxiliares, Hospital de Rehabilitación y Traumatología: 60 enfermeras y 32 auxiliares y Hospital Infantil: 37 enfermeras y 22 auxiliares). Respondió en mayor medida la unidad del Hospital General y hubo también una respuesta aceptable en el Hospital Infantil. Sin embargo, la tasa de respuesta en la unidad del Hospital de Rehabilitación y Traumatología fue significativamente menor ([fig. 1](#)).

La experiencia en servicio de los profesionales cuyo relato fue analizado está distribuida como se muestra en la [figura 2](#), siendo el grupo más experimentado, con más de 15 años en la unidad, el más numeroso (39%). El hecho de

**Tabla 2** Variables sociodemográficas

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	CATEGORÍAS	MUESTRA INICIAL (%)	MUESTRA ANALIZADA (%)
Sexo	Hombres	20	11
	Mujeres	80	89
Titulación	Diplomados/as	69	72
	Auxiliares	31	28
Unidad	H. General	66	72
	H. Traumatología	11	6
	H. Infantil	23	22
Experiencia en servicio	< 1 año	17	6
	1-5 años	22	33
	6-15 años	35	22
	> 15 años	26	39
Turno	Fijo de mañanas	6	0
	Mañanas/Tardes	5	6
	Rotatorio	76	72
	Fijo de noches	13	22



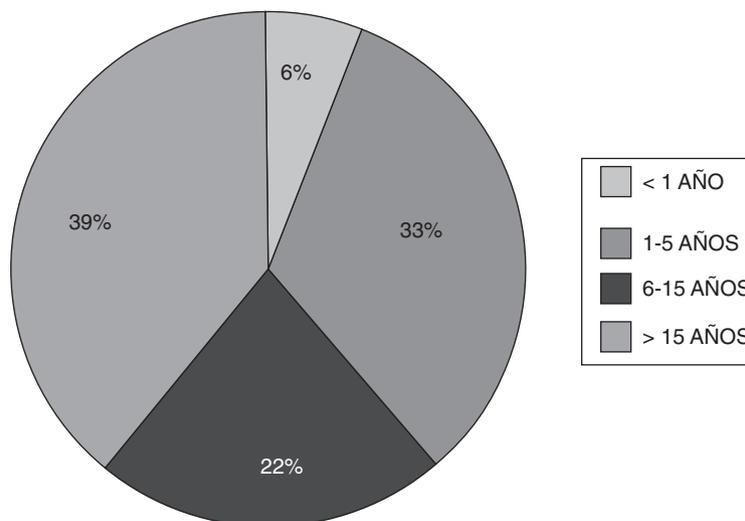
**Figura 1** Distribución por unidades: Personal / Respuestas (%).

que este grupo sea el más numeroso no se debe a la distribución de la población, ya que en el total de profesionales del servicio, el grupo con mayor experiencia solamente supone el 26% del total.

Los datos estadísticos descriptivos obtenidos para cada una de las variables del *síndrome de burnout* con el MBI se muestran en la **figura 3**.

Podemos observar que más del 50% de los profesionales presentan niveles bajos en las tres subescalas. Sin embargo, hay un porcentaje de casos a tener en cuenta en los que la puntuación es media o alta; se trata de profesionales que ya padecen el síndrome o que necesitan atención porque comienzan a padecerlo.

Dado lo reducido de la muestra, no reviste interés analizar los resultados del MBI en función de las diferentes variables sociodemográficas.



**Figura 2** Experiencia en servicio (%).

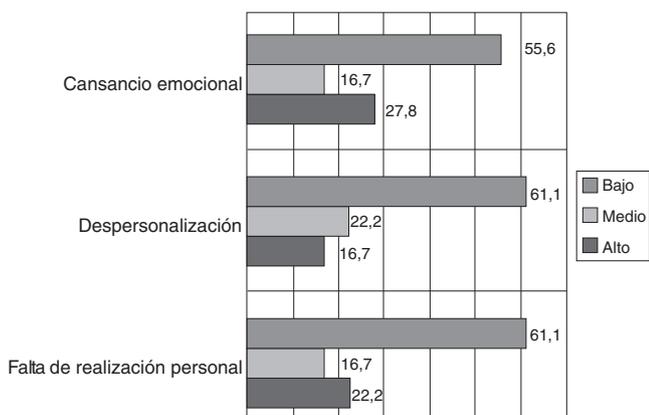


Figura 3 Resultados del Maslach Burnout Inventory (%).

Al analizar los relatos extensos, consideramos la *interrelación de factores* que se superponían en cada una de las situaciones, ya que muchos profesionales no identificaban de manera clara cuál era la causa principal de estrés, sino que hablaban de distintos aspectos que se influían entre sí, minimizando o agravando la percepción de estrés. Las unidades de significado que se mostraron relevantes son las que figuran en la *figura 4*.

Mostramos también algunos fragmentos de relatos que ejemplifican esta interrelación de factores.

La *atención a la familia* destaca como un motivo de desasosiego importante, poniendo de relieve las dificultades que conlleva una política de acceso restringido a las unidades.

Además de los habituales sentimientos de identificación, aparece el impulso de querer dar comprensión, apoyo y ánimo, topándonos con la dificultad de no haber establecido una relación con los familiares que les permita a ellos comprender y asumir los motivos de la muerte y a nosotros acercarnos para ser algo más que espectadores del proceso.

«...te ves reflejado en el sufrimiento de sus familiares».

«...al querer dar a los familiares toda mi comprensión, apoyo y ánimo, casi sin conocerles porque apenas les vemos media hora».

«...sobre todo cuando tienes que recibir a la familia y ser espectador de su dolor».

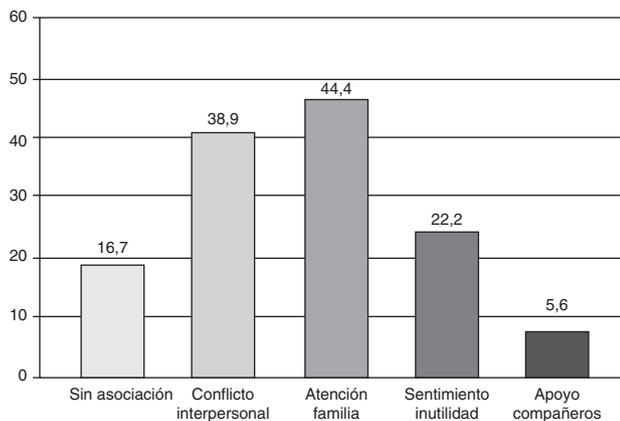


Figura 4 Factores presentes en los relatos de situaciones de estrés (%).

Un elevado porcentaje de profesionales identifica algún *conflicto interpersonal* asociado a la situación de estrés ocasionada por la atención al moribundo.

La mayor parte de las situaciones relatadas muestra cómo la disparidad de criterios y el retardo de algunos médicos al asumir que la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) es lo más adecuado, produce un tremendo malestar en los profesionales de enfermería que permanecen las 24 h del día a pie de cama contemplando impotentes el sufrimiento del enfermo.

«Una de las situaciones más estresantes para mí es la que se produce durante la estancia de un enfermo en fase terminal, cuando los criterios médicos no están ni definidos ni unificados y no se decide la aplicación de LET».

Algunos relatos *no establecen asociación con ninguna otra causa*, sino que simplemente hablan de los sentimientos que la muerte de los pacientes les provoca, siendo la impotencia el sentimiento descrito en mayor medida.

«Siempre me he sentido impotente ante el dolor y sufrimiento de los enfermos [...] cuando llevas tiempo con enfermos de UCI, llega un momento que te estresas».

El *sentimiento de inutilidad* que relatan los profesionales aparece después de trabajar intensamente durante horas con los pacientes y no poder eludir un resultado final de muerte, especialmente con pacientes jóvenes en los que el sentimiento de que deberían haber sobrevivido es aún mayor.

«Ese día el niño que nos llegó tras muchas complicaciones en quirófano sabíamos ya de antemano que el desenlace sería negativo, a pesar de esto, trabajamos con el niño sin parar horas. Cuando falleció, mi compañera y yo intentado cerrar la boca del niño y peinarlo, por si sus padres lo querían despedir en el tanatorio con un beso, y su rostro no reflejara todas las horas que trabajamos sin parar en ese cuerpecito.

El rostro que sí reflejaba esas 7 horas eran los nuestros, y aquel día, cuando nos marchamos nos sentimos tan inútiles y fue un sentimiento general».

«Con un paciente joven [...] se trabajó duro y se luchó, pero a pesar de todo no pudimos hacer nada por él».

Por último, destacar que son muy pocos los relatos que introducen algún aspecto positivo, a pesar de que en el encauzamiento del estudio se solicitaba a los profesionales que relataran aquellos elementos y estrategias que utilizaron para afrontar la situación de estrés.

Casi el único factor de protección ante el estrés por la muerte de los pacientes que se destacó fue el *apoyo de los compañeros*, el cual se refleja en dos vertientes: por una parte, compartir los sentimientos que la muerte de los pacientes nos provoca siempre es saludable y para ello nadie mejor que los compañeros que pasan por la misma situación, y por otra, también aparece como muy positivo ese compañero que nos conoce, que está atento a nuestras necesidades y que nos ayuda a solventar situaciones en las que sentimos más comprometida nuestra capacidad.

*«Los casos más dolorosos, sobre todo de las personas más jóvenes, los afronto mejor si tengo compañeros con los que hablar del tema y expresar mis emociones con alguien que lo entiende porque pasa por lo mismo».*

*«Hay compañeros más fuertes, que son más capaces de hablar con la familia en esos momentos, y te echan una mano cuando tú lo único que piensas es en quitarte de allí en medio porque no lo soportas».*

Por último, y dado que este es un trabajo cualitativo, nos hemos permitido destacar un relato cuyas unidades de significado no se repiten en otras narraciones, pero que tiene un significado diferente y muy interesante, que no es otro que la capacidad que tenemos los seres humanos para hacer renacer actitudes y sentimientos positivos partiendo del sufrimiento. La resiliencia es un concepto clave cuando afrontamos la muerte, ya sea la propia o la de los otros.

*«Estar en continuo contacto con la muerte y el dolor hace que lo enfoque hacia mi vida como para saber componer mi escala de valores y saber apreciar lo importante de lo que no lo es, y valorar las pequeñas cosas de la vida, y me siento afortunada por ese aprendizaje que me proporciona mi trabajo. Es imposible dejar de sentir lo dura que puede ser la vida a veces, querer rebelarte contra ello, y de alguna manera afectarte en todo aquello que realizas. A mí personalmente me hace una persona muy sensible tanto para disfrutar como para padecer aunque no sé hasta qué punto eso es positivo».*

## Discusión

En un estudio previo sobre las causas de estrés de los profesionales de cuidados intensivos de este mismo hospital y realizado por este mismo equipo de investigación, encontramos que el 20% de los profesionales de enfermería identifican la atención continuada al dolor y la muerte como el principal factor de estrés en su trabajo<sup>8</sup>.

Si bien se trata de un número reducido de relatos, lo que constituye la principal limitación de este estudio, resulta pobre hablar exclusivamente de atención ante el dolor y la muerte como causa de estrés profesional, ya que la atención al paciente moribundo tiene numerosas connotaciones que se relacionan entre sí, mostrándose de gran importancia el ambiente en el que se trabaja, las relaciones interdisciplinarias, la experiencia personal y profesional acumulada y otras características de índole personal como es la actitud ante la vida de los propios profesionales.

Sí es cierto, dado lo reducido de la muestra, que los resultados son válidos únicamente para introducirnos en el tema e invitarnos a profundizar en él en nuevos estudios. No se pueden, por tanto, obtener conclusiones generalizables.

Diferentes causas pueden justificar la ausencia de respuesta entre los profesionales, especialmente los de la unidad del Hospital de Rehabilitación y Traumatología, inclinándonos por una falta de motivación a la hora de implicarles en el estudio y por una mayor sobrecarga de trabajo en su jornada laboral, dificultando esto la cumplimentación de la encuesta.

Esto introduce un sesgo importante en el estudio, ya que en esta unidad se producen muchas muertes violentas e inesperadas de pacientes jóvenes víctimas de accidentes

de tráfico y afecciones neurológicas. La edad de los pacientes siempre se muestra como un factor a tener en cuenta a la hora del afrontamiento de su muerte.

La UCI es un ambiente propicio para el agravamiento de la percepción del estrés provocado por la muerte de los pacientes, ya que las relaciones interpersonales están alteradas con respecto a la familia por el régimen de visitas restringido y con otros profesionales por la sobrecarga de trabajo que conlleva momentos de gran tensión. Además, la filosofía de UCI implica el objetivo de intentar salvar la vida del paciente prácticamente a toda costa, lo cual lleva a los profesionales a sentimientos de frustración y desesperanza cuando deben afrontar la muerte de los mismos.

Otros estudios apoyan estas conclusiones, destacando como principales obstáculos en la atención al paciente moribundo que este tenga un dolor difícil de controlar, que se realicen cuidados más allá de lo razonable o que los médicos tengan opiniones diferentes acerca del cuidado del paciente. Como obstáculos medios este mismo estudio destaca numerosas cuestiones respecto a la atención a la familia, como que no pueda estar con el paciente cuando este muere, que no disponga de un sitio privado para poder llorar, que los horarios de visita sean demasiado estrictos, que haya que atender a familiares enfadados o que no acepten el mal pronóstico<sup>9</sup>.

Si bien los profesionales perciben el afrontamiento de la muerte como una causa de estrés, sus puntuaciones en el MBI no muestran un elevado grado de burnout, al contrario que otros estudios, que definen a los profesionales de UCI como más vulnerables al síndrome<sup>4,10</sup>. Este dato puede indicar que la atención a la muerte no provoca estrés profesional si se hace un adecuado afrontamiento de la situación. Es extremadamente difícil captar la complejidad y la variabilidad interpersonal o intersituacional de un fenómeno como el afrontamiento con procedimientos de evaluación simples y estandarizados<sup>11</sup> y desde luego se precisa una muestra mucho más amplia que la que tenemos. Los relatos obtenidos en nuestro estudio solamente muestran la disparidad existente a la hora de asumir un mismo hecho. Sin embargo, los relatos sí hablan de la relación con el clima laboral, la sobrecarga de tareas, la ambigüedad y conflicto de rol o la dificultad de las relaciones interpersonales como factores moduladores del síndrome de burnout, como también indican otros trabajos<sup>12,13</sup>.

La idiosincrasia de cada persona le llevará a afrontar su trabajo y también la muerte de los pacientes desde perspectivas muy diferentes, como puede verse en la variabilidad obtenida en los relatos. La ansiedad ante la muerte, provocada fundamentalmente por la falta de formación específica en la atención al paciente moribundo y su familia, así como por la no percepción de la muerte como un fenómeno natural e inevitable, ha sido descrita como una de las principales causas de burnout en profesionales sanitarios<sup>14</sup>. Otros trabajos demuestran que la formación en inteligencia emocional ayuda a minimizar la ansiedad ante la muerte de los profesionales sanitarios<sup>15</sup>.

Coincidiendo con Hernández-Mendoza et al, los relatos muestran cómo diversos procedimientos de reestructuración cognitiva o una adecuada expresión emocional son factores protectores frente al burnout<sup>16</sup>, tal y como se aprecia también en algunos de los relatos obtenidos.

Por tanto, podemos concluir que el afrontamiento de la muerte de los pacientes se ve influenciado por otros factores que afectan específicamente a los profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Estos factores podrían resumirse en:

- La principal preocupación de los profesionales de UCI que atienden a pacientes en situación terminal es la atención a la familia, siempre difícil por el régimen de visitas restringido.
- La calidad de las relaciones interpersonales (trabajo en equipo, decisiones consensuadas, uniformidad de criterios) influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.
- Una mayor experiencia profesional no es garantía de un mejor afrontamiento de la muerte, de hecho, si no se aplican técnicas de afrontamiento eficaces, la muerte de los pacientes tiene un efecto acumulativo sobre los profesionales que les atienden.
- La expresión emocional y la reestructuración cognitiva, o lo que es lo mismo, la resignificación de las situaciones, extrayendo pensamientos positivos de las situaciones negativas, resultan técnicas de afrontamiento eficaces.

En cualquier caso, a partir de este estudio podemos apreciar que los profesionales de UCI, a pesar de los años de experiencia, no están preparados para hacer un afrontamiento eficaz de la muerte de los pacientes, si bien los niveles de burnout no son preocupantes. Sí nos preocupa que la filosofía, la estructura física de las unidades de intensivos y la sobrecarga de trabajo que soportan los profesionales, dificulten sobremanera la creación de un entorno digno para la muerte de los pacientes y la delicada atención a sus familiares.

### Posibles líneas de investigación

Creemos que sería interesante experimentar nuevas fórmulas de atención a la familia y valorarlas. Por ejemplo, hospitales americanos y franceses están utilizando reuniones con los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, a modo de grupos de autoayuda, y están obteniendo resultados excelentes en la satisfacción de los mismos a pesar del resultado de muerte y todo apunta a que podría suponer también una mejor elaboración posterior del duelo<sup>17,18</sup>.

Otro aspecto susceptible de ser estudiado en mayor profundidad sería la utilización de técnicas de afrontamiento del sufrimiento y de la muerte que utilizamos los profesionales sanitarios. Si bien las unidades de cuidados intensivos tienen particularidades muy marcadas, estudios realizados con profesionales de paliativos y con estudiantes de enfermería muestran la utilidad del aprendizaje de estas técnicas de afrontamiento<sup>15,19</sup>. La formación específica para la atención al paciente en situación terminal y su familia, especialmente en habilidades sociales y de comunicación, también ofrece grandes posibilidades de mejora<sup>20,21</sup>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

A Francisco Javier Cano García, de la Facultad de Psicología de Sevilla, por sus valiosas orientaciones acerca del uso del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

A Fermín Torres Roldán, por su ayuda con la elaboración de la base de datos para nuestro trabajo y su posterior análisis estadístico.

### Bibliografía

1. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy.* 2003;1:19-33.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory.* En: Manual. 3ed. Palo Alto (California): Consulting Psychology Press; 1996.
3. Quintanilla M. Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de paciente crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Rev Chil Med Intensiva.* 2004;19:33-7.
4. Solano M, Hernández P, Vizcaya M, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva.* 2002;13:9-16.
5. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca; 1986.
6. Mingote JC, Pérez S. *Estrés en la enfermería.* Madrid (España): Díaz de Santos Ediciones; 2003.
7. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index Enferm.* 2002; 36-37:24-28.
8. Cumplido R, Molina C. Relación entre Burnout y estrategias de afrontamiento del estrés en personal de enfermería de cuidados intensivos. En: XXXV Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona: Grup Oldisseny, S.L; 2009. p. 74.
9. Del Barrio M, Jimeno L, López P, Ezenarro A, Margall MA, Asiain MC. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007;18:3-14.
10. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clin.* 2004;14: 142-51.
11. Vázquez C, Crespo M, Ring J. Estrategias de afrontamiento. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología.* Barcelona: Masson; 2000. p. 425-46.
12. Chacón M, Grau JA. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud.* 2004;14:67-78.
13. De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enferm Clin.* 2002;12:59-64.
14. Tomás-Sábado J, Guix-Llistuella E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin.* 2001;11:104-9.
15. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2006;16: 321-6.
16. Hernández-Mendoza E, Cerezo-Reséndiz S, López-Sandoval MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2007;15:161-6.

17. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Eng J Med*. 2007;356:469–78.
18. Curtis JR, White DB. Practical guidance for Evidenc-Based ICU families conferences. *CHEST*. 2008;134:835–43.
19. Ortega C, López F, Gómez S. Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Med Pal*. 2008;15:93–7.
20. Mier O, Santisteban I. Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura. *Med Pal*. 2005;12:169–74.
21. Brito PR, Reverón D. La enfermería ante la muerte. *Metas Enferm*. 2006;9:29–32.