

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Investigación en Enfermería Trabajo final

Tema:

“Mecanismos de Defensa que utiliza el personal de enfermería frente a la muerte de un paciente

*Autoras: Ocsa, Yecinia
Puma, María
Siles, Liliana*

Mendoza, noviembre 2005

Esta Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autoras del trabajo

Investigación: Aprobada

Integrantes del Tribunal Examinador:

Lic. MARIA ROSA REYES

Lic. ANA MAGDALENA ANDRADA

Lic. FRANCO CASALUVERI

Mendoza, 7 de Febrero de 2006

PRÓLOGO

La iniciativa de las autoras de hacer esta investigación se basa en la realidad actual,

donde la muerte se a convertido en un tema prohibido en nuestra sociedad.

La muerte se produce con mas frecuencia en los hospitales, donde médicos y enfermero se enfrentan más a estas situaciones límites y la muerte de un paciente puede significarles su fracaso como profesionales.

Rara vez en el ambiente del hospital se habla y se discute sobre la muerte como una experiencia natural y universal. Sin embargo el papel de enfermería es de apoyar al paciente y sus parientes durante esta experiencia, pero a menudo es reducido por actividades asistenciales, que aunque necesariamente son importantes, no contienen cuidados humanos según las otras personas del entorno. Pero esto no es así sino que el personal de enfermería adopta actitudes evasivas de esa situación, hecho que sirve para protegerse de confrontarse con sus ansiedades y sentimientos cuando se muere uno de sus pacientes.

Puesto que el personal de enfermería de los servicios de cuidados intensivos están mas expuestos a situaciones estresantes, como lo es la muerte de un paciente, no hay duda de que esto producirá agotamiento si la enfermera no puede desarrollar mecanismos eficaces para enfrentar las tensiones y así preservar su salud mental, que se vera reflejado en la atención al paciente.

INDICE

<i>Introducción</i> -----	<i>Pág. 1</i>
<i>Planteamiento y definición del problema</i> -----	<i>Pág. 2</i>
<i>Tema y problema</i> -----	<i>Pág.3</i>
<i>Fundamentación del problema</i> -----	<i>Pág. - 4</i>
<i>Objetivos, general y específico</i> -----	<i>Pág.5</i>
Marco teórico :- <i>la muerte</i> -----	<i>Pág. 6</i>
<i>Cambios históricos en la actitud frente a la muerte</i> -----	<i>Pág. 7-8</i>
<i>Actitudes frente a la muerte</i> -----	<i>Pág.9</i>
<i>Duelo</i> -----	<i>Pág.1 0-11-12</i>
<i>Etapas del proceso de duelo</i> -----	<i>Pág. 12-13</i>
<i>Personal de enfermería</i> -----	<i>Pág.14</i>
<i>Adaptación a situaciones estresantes</i> -----	<i>Pág. 14</i>
<i>Mecanismos de defensa</i> -----	<i>Pág..15-16-17-18</i>
<i>Referencias</i> -----	<i>Pág. 19</i>
<i>Hipótesis</i> -----	<i>Pág. 20</i>
<i>Diseño metodológico</i> -----	<i>Pág .21-22-23</i>
<i>Definición y operacionalización de variables</i> -----	<i>Pág. -24-25</i>
<i>Conclusión</i> -----	<i>Pág. 60-61</i>
<i>Recomendaciones</i> -----	<i>Pág.62</i>
Anexos	
<i>Encuesta</i> -----	<i>Pág. -63-64</i>
<i>Tabla matriz</i> -----	<i>Pág.65</i>

INDICE DE TABLAS

Univariadas

<i>Tabla N° 1</i> -----	<i>Pág. 26-27</i>
<i>Tabla N° 2</i> -----	<i>Pág. 28-29</i>
<i>Tabla N° 3</i> -----	<i>Pág. 30-31</i>
<i>Tabla N° 4</i> -----	<i>Pág. 32</i>
<i>Tabla N° 5</i> -----	<i>Pág. 33</i>
<i>Tabla N° 6</i> -----	<i>Pág. 34-35</i>
<i>Tabla N° 7</i> -----	<i>Pág. 36-37</i>
<i>Tabla N° 8</i> -----	<i>Pág. 38-39</i>

Bivariadas

<i>Tabla N° 9</i> -----	<i>Pág. 40-41-42</i>
<i>Tabla N° 10</i> -----	<i>Pág. 43-44</i>
<i>Tabla N° 11</i> -----	<i>Pág. 45-46-47-48</i>
<i>Tabla N° 12</i> -----	<i>Pág. 49-50-51</i>
<i>Tabla N° 13</i> -----	<i>Pág. 52-53</i>
<i>Tabla N° 14</i> -----	<i>Pág. 54-55</i>
<i>Tabla N° 15</i> -----	<i>Pág. 56</i>
<i>Tabla N° 16</i> -----	<i>Pág. 57-58</i>
<i>Tabla N° 17</i> -----	<i>Pág. 59</i>

DESARROLLO

INTRODUCCIÓN

Cada vez que se produce una muerte en el servicio en donde está inserto enfermería, al analizar las circunstancias en las que se dieron y las actitudes manifestadas, se comprueba que cierto sentimiento con que reacciona está ligado a los mecanismos de defensa considerándolos como estrategias para evitar el dolor.

El enfrentarse con la muerte a veces no es fácil y algunos llegan a aceptarlo como un proceso natural y normal en la vida, sin embargo la mayoría de los profesionales de enfermería lo viven como un suceso estresante y queda relegada, apartada e incluso es eludida por gran parte de los profesionales.

El afrontamiento con la muerte ocurre en cualquier lugar, pero afecta principalmente al personal de enfermería, ya que se encuentran involucrados en la atención directa al paciente y más aún en los servicios críticos.

Adoptar la mejor actitud o la correcta manera de reaccionar o transcurrir estos hechos, hará que el personal de enfermería tenga una aceptable y efectiva actuación, asimismo, se relacionará a la realidad sociocultural de cada profesional.

PLANTEAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En la vida diaria todo el mundo sufre una muerte, pero a la que se enfrenta el personal de enfermería es una situación difícil de transitar por no saber como tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad.

La muerte se percibe cercana y junto a ella aparece la angustia y las quejas por lo no vivido, así como el miedo a ese paso incierto y desconocido. Además morir supone dolor, distanciamiento, sufrimiento, miedo a lo desconocido. No soportar la muerte implica considerarla como un fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista.

Sin embargo las actitudes con que reacciona el personal de enfermería frente a la muerte se van modificando en relación a la realidad sociocultural de cada individuo y a experiencias vividas que hacen cada vez más tolerable la situación.

La actitud que cada personal de enfermería adopte dependerá directamente de las creencias religiosas, de la concepción filosófica y así mismo también de la capacidad para enfrentarse con la realidad de la vida o de la muerte.

Si bien las actitudes ante la muerte están condicionadas por la situación personal e historias vividas en general, las personas mayores y con más años de experiencia laboral la aceptan mejor que los jóvenes, y las mujeres mejor que los hombres.

Al enfrentarse diariamente con la muerte el duelo ayuda a superar las pérdidas que van acumulando a lo largo de toda su vida, sin embargo si acepta la pérdida elabora el duelo, y así la implicación del uso de los mecanismos de defensa, considerados como estrategias de afrontamiento.

TEMA

Mecanismos de Defensa que utilizan el personal de enfermería frente a la muerte de un paciente.

PROBLEMA

¿Qué actitud adopta el personal de enfermería ante la muerte y que grado de relación tiene con los mecanismos de defensa del ser humano ante esta situación en los servicios de Recuperación Cardiovascular, Unidad Coronaria y Unidad de Terapia intensiva, de la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Mendoza octubre 2005. ?

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación nos podría ser útil para conocer de que manera afronta el personal de enfermería la muerte de un paciente.

Además es una cuestión de trascendencia social, porque involucra al profesional en la manera en que atraviesa esta experiencia, de toparse con un suceso terminal, lo que lo lleva a una implicancia personal desde su significación existencial y profesional.

También hay que considerar que el personal de enfermería como seres humanos se ven afectados por situaciones esenciales y conmovedoras como lo es la muerte.

El adoptar una actitud, como por ejemplo disociar sus emociones y afectos como un mecanismo de defensa contra la angustia empobrece al personal de enfermería, limitando su capacidad de integrar su inteligencia y afectividad. Y ante este impacto emocional puede desconcertarlo sin lograr organizar una conducta ajustada a la situación crítica que atraviesa.

Las condiciones de trabajo actuales se hallan atravesadas por situaciones de estrés que abarca a todos en mayor o menor medida. Ignorar esto, hacer como si no pasara nada, tiene un alto costo en la salud del ser humano. El personal de enfermería puede creer que negando o ignorando esta situación lo preserva de experimentar sentimientos. Ese autoengaño inconsciente puede convertirse en una situación de riesgo para el personal de enfermería en su salud mental y en su atención asistencial.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las actitudes que manifiesta el personal de enfermería ante la situación de muerte de un paciente y que relación tiene con los mecanismos de defensa, con la finalidad de conocer la realidad que vivencia y proponer medidas que contribuyan a disminuir el grado de tensión y angustia al que se enfrentan frecuentemente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Conocer Las actitudes más utilizadas que adopta el personal de enfermería.*
- *Determinar las actitudes manifestadas de acuerdo a las características personales del personal de enfermería.*

MARCO TEORICO

LA MUERTE

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. A pesar de esto, la idea de la muerte queda relegada, apartada e incluso es eludida por la mayoría de las personas, constituyéndose como tabú el sólo mencionarla. Esto provoca que su presencia nos llene de miedo, dolor y sufrimiento al no saber como tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad. Debido esto principalmente, a la cultura en la que vivimos que oculta y evita hablar de ella ya que en el fondo es concebirla como fracaso. Fracaso personal, biológico, médico y/o tecnológico. Y ahí es donde aparece la religión, generadora de esperanza ante el gran misterio de la vida: la muerte. Esta idea ha sido abordada desde distintas disciplinas: filosofía, antropología, medicina, psicología... que enfocan el quehacer del hombre, y encontramos que la muerte al igual que la vida está condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Si bien es una inquietud que aparece en cualquier momento de la vida, basta toparnos con la muerte más o menos de cerca, para que la idea se vuelva movilizante pero siempre en estos casos, es claro que la muerte es de otros, es ajena.

Trabajar este tema requiere un aprendizaje, que se debe producir a lo largo de toda la vida. Por ello debemos más incidir en la idea de la muerte propia como ese hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente, (estemos preparados o no), y que repercutirá en cada persona de forma singular y única. No hay dos muertes iguales, al igual que no existen dos vidas idénticas. Estamos convencidos de que prepararnos para morir, llena de paz nuestra vida, hace que relativizemos las pérdidas y los fracasos y disfrutemos más el momento presente (carpe diem).

La forma de concebir nuestra propia muerte, así como la elaboración de los numerosos duelos que realizamos a lo largo de toda nuestra vida, formarán parte de nuestro quehacer diario asumiendo, analizando y aceptando estas situaciones con una actitud psíquica saludable lo que conlleva una apuesta por la vida y nos proporciona sin duda una mayor calidad de vida.

Desde el punto de vista de la psicología Según Freud señala que la muerte no es la cesación de la vida sino que a medida que vivimos vamos trabajando nuestra muerte y cuando esta construida desaparecemos. El sujeto va construyendo con su vida su enfermedad, su vejez y su muerte, al duelo lo considera como un dolor psíquico, un proceso que permite ante la desaparición del objeto remplazarlo por uno nuevo.(1)

CAMBIOS HISTÓRICOS EN LA ACTITUD FRENTE A LA MUERTE

Según la historia estos son los cambios en la actitud del hombre occidental frente a la muerte durante los últimos 2000 años. La primera etapa, que duró aproximadamente hasta el siglo XII, fue la de la muerte amaestrada o domesticada: la gente moría advertida. El moribundo esperaba la hora de la muerte en su lecho y lo hacía sin lamentos exagerados. La muerte era una ceremonia organizada. La habitación del moribundo se transformaba en un lugar público. Todos estaban allí: familiares, amigos, vecinos y niños. Sí, a los niños se los llevaba a presenciar el espectáculo de la muerte. El ceremonial estaba despojado de todo dramatismo y de emociones excesivas. El propio moribundo era el encargado de dirigir y llevar adelante los ritos de esas reuniones, algo así como un maestro de ceremonias.

A partir del siglo XII comienza un nuevo período que, según Ariès, agrega “un sentido dramático y personal a la familiaridad tradicional del hombre con la muerte”. En la etapa anterior había una concepción colectiva del destino: “El hombre padecía en la muerte una de las grandes leyes de la especie y no soñaba ni con sustraerse de ella ni con exaltarla”. Ahora se introduce “la preocupación por la particularidad de cada individuo”, con referencia al juicio final.

En la escatología propia de los primeros siglos del cristianismo, los muertos que pertenecían a la Iglesia se adormecían y reposaban hasta el día del segundo advenimiento, del gran retorno, cuando se despertarían en la Jerusalén celestial, o sea en el Paraíso. En esta concepción no había lugar para la responsabilidad individual, para un balance de las buenas y malas acciones. Pero desde el siglo XII encontramos “la resurrección de los muertos, la separación de los justos y los condenados; el Juicio, el pasaje de las almas por el arcángel San Miguel”.

En los siglos XV y XVI, el juicio ya no se sitúa en el fin de los tiempos, sino en la habitación del moribundo, en la inminencia de su muerte. En realidad se trata de una prueba que "consiste en una última tentación. El moribundo verá toda su vida y será tentado, ya sea por la desesperación de sus faltas, por la vanagloria de sus buenas acciones o por el amor apasionado a las cosas y los seres. Su actitud, en el relámpago de ese momento, borrará de golpe los pecados de toda su vida, si rechaza la tentación, o, si cede, anulará todas sus buenas acciones. La última prueba ha reemplazado al juicio final".

Es clara la oposición entre la seguridad del rito colectivo y la inquietud de una interrogación personal. Sin embargo, un rasgo de la muerte amaestrada se mantuvo intacto y aun se acentuó: el papel del moribundo, que "sigue estando en el centro de la acción, que preside como antaño y por su voluntad.

A partir del siglo XVIII, el hombre occidental "exalta la muerte, la dramatiza, pretende que sea impresionante y acaparadora. Pero no está ya tan preocupado por su propia muerte: la muerte romántica, retórica, es ante todo la muerte del otro". La ceremonia de la muerte en el lecho, comandada por el moribundo y en presencia de un vasto público, persiste, pero algo ha cambiado. "En el siglo XIX una pasión nueva se apodera de los asistentes. La emoción los agita, lloran, rezan, gesticulan. No se niegan a hacer los gestos dictados por el hábito, pero los ejecutan despojándolos de su carácter vulgar y ordinario. Como si fueran inventados por primera vez, como si fueran espontáneos, inspirados por un dolor apasionado, único." La sola idea de la muerte conmueve. "Los sobrevivientes aceptan con mayor dificultad que antes la muerte de lo otro"

Llegado el siglo XX, la Primera Guerra Mundial dispara un cambio radical: a partir de entonces la muerte tiende a ocultarse, transformándose en algo vergonzoso y en un objeto de censura: "Un tipo absolutamente nuevo de morir ha aparecido en el curso del siglo XX en algunas de las zonas más industrializadas del mundo occidental. La sociedad no tiene pausas: la desaparición de un individuo no afecta ya a su continuidad. En la ciudad todo sigue como si nadie muriese". Estamos en la época de la muerte prohibida.

El moribundo es privado de su muerte. Antes la información sobre la inminencia de la propia muerte era un derecho inalienable. Hoy la verdad del estado del enfermo debe serle ocultada. Antes lo horroroso era la muerte súbita, sin posibilidad de prepararse. Hoy, en cambio, se dice con cierto alivio: "Por lo menos murió sin darse cuenta". El moribundo no debe saber que lo es. El hombre ha sido privado de su muerte. Ya no hay lugar para las grandes demostraciones de congoja y, si se producen, deben ocurrir sin que el enfermo lo note. Este es engañado como un niño. Y ya no se muere en casa rodeado de público, sino en los hospitales, muchas veces en la soledad de una sala de terapia intensiva.(2)

ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE

Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas. La muerte en esta cultura posmodernista con su lógica del consumo, su desprecio por la experiencia pasada, la urgencia de vivir rápido y pasar, no soporta la muerte porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros.

Pero también las actitudes se modifican a lo largo de la propia vida y con relación a la realidad sociocultural de cada individuo. Esto viene dado en gran medida por la historia personal en cuanto a las pérdidas vividas y en la búsqueda correcta de reaccionar ante una muerte. La actitud que cada cual adopte ante la muerte dependerá ciertamente de las concepciones filosóficas o de las creencias religiosas, así como la capacidad para enfrentarnos con la realidad de la vida o con la realidad de la muerte.

La actitud ante la muerte esta condicionada por la situación personal, pero en general las personas mayores la aceptan mejor que los jóvenes en relación a numerosas experiencias vividas y las mujeres la aceptan mejor que los hombres por comprender que es un proceso natural e inherente a la vida, y las personas religiosas la aceptan mejor que los no practicantes.

Las actitudes negativas como el distanciamiento, la indiferencia, la angustia y la ansiedad están ocasionadas por la asociación del dolor y el sufrimiento que produce una muerte.(3)

DUELO

El duelo nos ayuda a superar las pérdidas que vamos acumulando en nuestra vida. A diario nos enfrentamos a pérdidas: la de una amistad que se acaba, un amor que se va, un trabajo que se pierde, un ser querido que muere... sentimos que perdemos un sueño o que nos alejamos de nuestra "Leyenda Personal", que la vida se nos va de las manos. Estos acontecimientos están implícitos en el proceso de crecimiento, es decir, de la vida ya que lo único que nos separa de éste es la muerte. Por ello debemos entender el duelo como un trabajo que realizamos ante una pérdida, no sólo el que realizamos ante la muerte.

La palabra duelo deriva del latín "dolos" que significa dolor y también "duelum" que tiene que ver con dúo, o sea, dos. Habla así de una relación, un vínculo que se separa con dolor. Este trabajo conlleva desprenderse íntimamente de ese objeto perdido a través de un proceso de adaptación.

Si aceptamos la pérdida estamos elaborando el duelo sanamente. Se pueden producir patrones de duelo patológico cuando realizamos un duelo inhibido: tenemos un autocontrol extremo donde no expresamos las emociones; duelo aplazado: cuando la ausencia inicial del duelo evidente es seguida de respuestas inadecuadas; duelo crónico: fases de anhelo y desorganización. El duelo severo dura más de lo común; duelo contradictorio: en relaciones ambivalentes se pasa de una ira anormal a sentimientos de culpabilidad de euforia, acompañada de una negación de la pérdida y una disociación de las emociones.

Las personas mayores al haber acumulado numerosas pérdidas de distinto grado y significado, y teniendo en cuenta que muchas de ellas quedaron sin hacer el duelo satisfactoriamente se pueden encontrar con duelos más extensos en el tiempo, con una pérdida de autoestima, amenazas de suicidio, adicciones, disminución de la esperanza de vida, depresiones, así como mayor vulnerabilidad tanto biológica, psicológica y social, apreciándose más indicadores de trastornos o problemas en su salud.

Por ello recomendamos ser conscientes de que debemos elaborar ese duelo para despedirnos. Así como revisar el mundo interno de la persona que lo experimente, observar los hábitos del pensamiento y comportamiento que

incluyen a la persona pérdida. El duelo se elabora en cualquier caso aunque no seamos conscientes de ello.

En efecto, la intensidad de los sentimientos se produce por: lo definitivo de la pérdida o de la muerte, la ansiedad de la separación; el vacío o desconcierto de la ausencia, la causa y circunstancias que lo ocasionaron (acción o muerte impuesta, indigna, deshumanizada, con abandono, con negligencia, con violencia...), la fuerza del "apego": dependencia o independencia que se ha generado, la actitud asumida: pasiva o activa

La utilización de los recursos humanos y religiosos de que dispone cada persona: carácter, salud mental, autoestima, capacidad adaptativa, experiencia de otros duelos, acción vincular y familiar, capacidad de expresar el duelo, vivencia espiritual sufrimos como somos, pensamos, creemos y esperamos, es decir según nuestra propia personalidad.

Muchos creen que en el duelo hay que dejar pasar el tiempo que todo lo cura y considerar el sufrimiento como propio, exclusivo y no compartible; no hablar y sufrir en soledad y en silencio; procurar despejarse y evadir los recuerdos; vivir como si nada hubiera pasado, cayendo así en una especie de sumisión ante el fatalismo. Otros, por el contrario, creen que el duelo es un continuo lamento y desahogo exteriores, situándose en un estilo de vida eternamente infeliz; o rechuyéndose en un mundo imaginario por sentirse agobiados por la realidad. No es tampoco el duelo para olvidar ni para dejar de amar al ser querido muerto.

La finalidad del duelo es dar expresión y cauce sano a los sentimientos, serenando el sufrimiento, dominando la pena de la separación, aceptando la realidad de la muerte, integrando la extrañeza física, reorientando positivamente la energía afectiva con un proyecto pleno de sentido. Pensando sobre el duelo más que un problema es un misterio con el que hay que convivir y elaborar sanamente. No se puede elegir la muerte pero sí que actitud tomar ante ella. El duelo elaborado nos enseña a vivir en verdad y libertad, Y sin apegos. El duelo tiene sus tiempos se quiere salir rápidamente del sufrimiento pero no siempre es posible.

Acompañar es una actitud con sus tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual que va acompañado de un estado de ánimo. Acompañar a un moribundo implica un desgaste emocional y vital intenso ya que nos sitúa de cara a la muerte y a la pérdida de un ser querido.

Para enfrentarnos a esta tarea debemos hacerlo desde: el escuchar, el silencio, el tacto, la presencia, la palabra. Sin angustia o nerviosismo e intentando encontrar serenidad.

En el duelo anticipado, como en el caso del enfermo moribundo, se puede prever la muerte más o menos cercana. Los familiares, si aceptan la realidad, van entrando en un duelo anticipado. El moribundo también hace su duelo anticipado. Sin embargo, esta anticipación no es garantía de un duelo sin obstáculos. Para muchos, aún en esas circunstancias, no es fácil aceptar la cruda realidad y la muerte. El desahogarse con libertad y poder compartir la verdad de la situación con alguien es sumamente terapéutico. Es bueno procurar para los dolientes un espacio físico con cierta intimidad.

Se ha de informar oportuna, sencilla y claramente por parte del profesional competente, asegurando a los seres queridos que se está haciendo todo lo humanamente posible. Al comunicar la muerte, es conveniente explicar cómo fue el proceso, aceptar preguntas e interesarse por las necesidades emotivas y espirituales. El sufrimiento y la muerte son huéspedes inevitables de la humanidad. Somos vulnerables y limitados. La vida y la muerte son dos caras de la misma existencia humana. En nuestros días somos conscientes de la necesidad de recuperar la importancia que se merece la elaboración positiva del duelo precisamente por las graves repercusiones que produce tanto en la biología como en la biografía de cada persona.(4)

ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO

Las personas enfrentan la muerte de diversas maneras, las respuestas emocionales de quien enfrenta la muerte se clasifican en cinco etapas: negación y aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación. No siempre ocurren en dicho orden, sino que se pueden entremezclar.

Los pacientes y familiares pasan de una etapa a otra durante esta experiencia y pueden estar en diferentes fases en un momento dado.

***NEGACIÓN Y AISLAMIENTO:** el reconocimiento y la aceptación de que la muerte ocurrirá pronto es algo difícil, las reacciones comunes consisten en aislarse hasta que se activan otros mecanismos de defensa. La negación permite conservar la esperanza de continuar existiendo. Con frecuencia, los pacientes aceptan que están muriendo, pero sus familiares continúan negándolo. Esto demora la comunicación de preocupaciones. La negación y el aislamiento se interrumpe cuando el paciente empieza a hablar acerca de los asuntos que deja pendientes cuestiones personales, situación económica y disposiciones varias que ha tomado respecto de su cónyuge, hijos y otras personas.*

***IRA:** no es preciso responder al paciente cuando hace la pregunta ¿Por qué yo? , pero puede ayudársele brindándole apoyo y compañía. La conducta en los enfermos en esta fase es difícil porque nada de lo que puede hacerse parece agradar. Los profesionales deben esperar que ocurra esta expresión de ira y no tomarlo como algo personal. Los pacientes con frecuencia desean manifestar su enojo e impotencia. Una vez que ventilan estos sentimientos, pueden pasar a la etapa siguiente.*

***NEGOCIACIÓN:** es una fase de la adaptación de la muerte en que el moribundo trata de llegar a un arreglo. Es usual que este sea con Dios, el médico o la enfermera. Si es posible deben satisfacerse los deseos del paciente.*

***DEPRESIÓN:** el impacto pleno de lo inevitable es evidente en esta etapa, los mecanismo de defensa ya no son eficaces; la gente siente y expresa angustia. Mediante el llanto, también provoca el apoyo de parientes y enfermeros. La resolución de esta fase lleva tranquilamente a la etapa final.*

***ACEPTACIÓN:** es una fase de relativa paz. El paciente parece estar en una fase de recuerdo del pasado y contemplación del futuro desconocido. Es frecuente que no hable mucho pero desea que otras personas estén cerca. Si se alivia de dolor, en caso de estar presente la persona que ha aceptado la muerte con frecuencia desea el consuelo de tener contacto con los seres importantes en su vida.(5)*

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Al personal de enfermería durante su formación en los diferentes niveles (auxiliar, profesional y licenciado) se les ofrece conocimientos sobre el proceso de muerte, proceso de duelo, atención al paciente moribundo, contención a familiares del paciente y cuidado postmortem, es decir todo lo referido al paciente.

Estos conocimientos no son suficientes, para el personal de enfermería ,cuando tienen que abordar el proceso de la muerte de un paciente ya que durante su formación no se los preparo sobre como deben manejar correctamente las actitudes ante esta situación. Esto puede llevar a que cuando se insertan al campo laboral se sientan desorientados sobre como actuar.

ADAPTACIÓN A SITUACIONES ESTRESANTES

Los seres humanos pueden concebirse como sistemas abiertos que responden a los estímulos provenientes del ambiente interno y del externo, a esto se lo llama adaptación. La persona que logra adaptarse estará mentalmente sana, mientras que la inadaptación conduce al trastorno mental.

La capacidad del cuerpo humano para iniciar y mantener una respuesta frente a los factores estresantes es uno de los principales mecanismos de defensa que permite a los individuos subsistir en un ambiente hostil. Los enfermeros que trabajan en servicios críticos están expuestos mayormente a factores estresantes como lo es la muerte de pacientes, entonces el individuo debe poseer mecanismos de defensa para enfrentarlos.

Las enfermeras que trabajan con pacientes terminales y con personas que han perdido a seres queridos con frecuencia desarrollan gran empatía e identificación con sus pacientes. Esto ocurre porque la experiencia de pérdida es tan universal que todos hemos sentido su impacto. El proceso de muerte y los individuos que atraviesan por un duelo nos obligan a afrontar la muerte y la pérdida. Las enfermeras asumen riesgos emocionales y desarrollan vínculos que requieren una respuesta de duelo. Cuando esto se experimenta intensamente de forma reiterada

sin una elaboración adecuada la enfermeras pueden ser presas de una sobrecarga de aflicción.

Las enfermeras son susceptibles a todas las emociones del duelo: frustración, tristeza, culpabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, e ira. Deben hacer por ellas lo mismo que hacen por sus pacientes cuando los ayudan en la elaboración del duelo.(6)

MECANISMOS DE DEFENSA

Los mecanismos de defensa son procesos inconscientes utilizados por los individuos para ajustarse a los factores estresantes de la vida. Evolucionan durante el desarrollo de la personalidad y sirven para protegerla, para satisfacer necesidades emocionales, para mantener la armonía entre las tendencias de conflicto y disminuir la tensión y la ansiedad modificando la realidad para hacerla más aceptable. Los mecanismos de defensa son empleados por las personas mentalmente sanas al igual que por los individuos neuróticos o psicóticos. Los individuos mentalmente sanos utilizan los mecanismos de defensa con menos frecuencias. Sin embargo si se utilizan excesivamente se vuelven patológicos. Un mecanismo de defensa es efectivo cuando logra aliviar las tensiones intra psíquicas.(7)

NEGACIÓN

La negación es uno de los mecanismos de defensa mas utilizado para afrontar el proceso de muerte. Este mecanismo ocurre durante las etapas tempranas de la crisis después del impacto inicial estresante. La negación de la muerte ayuda al personal a afrontar la tensión protegiendo el yo de la realidad.

Los pensamientos intolerables son desconocidos durante la negación, el yo se deshace de hechos no bienvenidos, como la muerte, al tiempo que retiene aún su facultad para la prueba de realidad.

La negación funciona bien para las personas que han sido independientes y que se ven a si misma como individuos fuertes , o para quien la muerte es un signo de debilidad.

La negación se produce cuando el personal de enfermería niega la realidad displaciente, en tanto se protege para no sufrir crisis o experimentar sentimientos de miedo y angustia . Puede mostrarse indiferente a esta situación.

La indiferencia es un estado anímico en que el sujeto no siente inclinación por algo determinado, esto puede manifestarse a través del distanciamiento y desinterés.

El enfermero puede llegar a tomar un distanciamiento apartándose emocionalmente del paciente para evadir el dolor que le puede causar la muerte de ese sujeto.

El desinterés lo adopta cuando no le da importancia, ni interés al suceso y mediante esto puede negar la realidad y continuar normalmente en sus actividades. Esta actitud le permite evitar el dolor y sufrimiento que puede provocar la situación de muerte.

El miedo es un sentimiento que se experimenta ante una situación desconocida y aparece cuando la persona se siente amenazada. El miedo hace liberar adrenalina, que forma parte de la respuesta de luchar o huir. Puede manifestarse a través de diferentes actitudes entre ellas esta la inquietud, el susto y el pánico.

La inquietud es la intranquilidad que sufre la persona, no puede evitarlo y es incapaz de justificar racionalmente esa actitud. Es un desequilibrio anímico normal.

El susto es la impresión repentina causada en el animo por sorpresa que intimida y atemoriza a la persona en una situación determinada. Puede ser que el personal de enfermería se sienta amenazado por la situación de muerte de un paciente.

El pánico es el miedo exagerado que puede experimentar un sujeto, generalmente se da de manera colectiva. El hecho de trabajar en áreas de alta complejidad puede dar lugar a que en algún momento el enfermero sienta pánico, esta situación puede abrumarlo y es consciente del miedo que siente y de la apariencia calmada y consciente que ofrece a los demás.

La angustia es el temor anticipado o una preocupación ante la amenaza de un suceso desconocido, y la persona la experimenta cuando se siente agobiado por

el trabajo excesivo o una situación amenazadora. Esto puede manifestarse a través de la ansiedad y el sufrimiento. La ansiedad es el temor anticipado y la persona lo experimenta cuando siente una amenaza contra su integridad. El sufrimiento es el dolor o pena causada por situaciones desagradables. El personal de enfermería lo manifestará en la medida que tolere o no la situación

ACEPTACIÓN

La aceptación es uno de los mecanismo de defensa que se utiliza para enfrentar determinadas situaciones y esto tiene que ver con sus creencias, concepciones filosóficas y así mismo con la capacidad individual para enfrentarse con la realidad de la vida o de la muerte. Sin embargo puede manifestar actitudes de tristeza, melancolía, llanto, sensibilidad y aislamiento para afrontar de mejor manera la muerte.

REGRESIÓN

La regresión es la reactivación y actualización de conductas o de un nivel total de comportamiento que corresponden a un periodo anterior ya superado por el sujeto. La regresión tiene lugar siempre que aparece un conflicto actual que el sujeto no puede resolver y entonces reactiva y actualiza conductas que han sido adecuadas y mas placenteras en otro momento de su vida, pero que responde a un nivel anterior. Son conductas nuevas y distintas pero que se hace dentro de un estilo que pertenece al pasado

Dentro de estos mecanismos de defensa se manifiestan las siguientes actitudes :

La tristeza es una actitud, adoptada a veces incluso querida, puede durar indefinidamente y se halla ligada a acontecimientos, como la muerte, de los que se tiene plena conciencia. El personal de enfermería lo puede manifestar a través del llanto, sensibilidad, melancolía y aislamiento.

El llanto es lamentar la situación. La persona lo experimenta cuando la situación lo afecta, esto lo ayuda a mitigar el dolor, pero puede ser que el enfermero no lllore porque no es capaz o por el rechazo social que lo disuade.

La sensibilidad es la propensión de la persona a dejarse llevar por sus afectos de compasión, humanidad y ternura. El personal de enfermería lo experimentara en la medida en que se vea conmovido por la situación.

La melancolía es el estado anímico caracterizado por una tristeza vaga, profunda y permanente. El personal lo manifestara en relación a la continua exposición de un suceso.

El aislamiento es cuando el sujeto se aparta de un peligro, trata de alejarse porque se siente amenazado. El personal lo manifestará para alejarse de la situación que esta atravesando y también para reflexionar sobre lo sucedido.

REPRESIÓN

La represión o aislamiento se observa comúnmente durante la enfermedad o el proceso de muerte permitiendo que la persona conserve la energía mental y física para comprender los factores estresantes.

Una situación en la actualidad frecuentemente muy reprimida o negada intencionalmente en nuestra cultura es hablar del proceso de la muerte.

La impotencia es la falta de poder para hacer algo. Se deriva de la creencia de que no importa como se comporta alguien y no puede influir en el resultado de una situación, esto se manifiesta a través de las siguientes actitudes como culpa, frustración y enojo.

La culpa es la falta de responsabilidad en la ejecución de sus actos . El personal lo manifestara en la medida en que se sienta o no responsable de la situación.

La frustración es la decepción o desengaño de la persona cuando no realiza sus objetivos. El personal de enfermería lo puede manifestar en la medida en que se sienta decepcionado cuando no concrete sus metas deseadas.

El enojo es cuando el individuo se siente enfadado irritado, molesto contra algo o una situación determinada. Este es un sentimiento normal y sano. El personal de enfermería lo puede manifestar o reprimir. (8)

HIPÓTESIS

“ Las actitudes que adoptan los enfermeros ante la muerte de un paciente están directamente relacionados con los mecanismos de defensa propios del ser humano, ante situaciones límites.”

DISEÑO METODOLÓGICO

Población

Todos los enfermeros que trabajan en la Sociedad Española de Socorros mutuos de Mendoza.

Muestra

Los enfermeros que trabajan en Unidad Coronaria, Recuperación Cardiovascular y Unidad de Terapia Intensiva siendo estas áreas críticas. Es un subgrupo de la población y es representativa porque del 100% (90 enfermeros) se tomo el 33% (30 enfermeros).

Unidad de análisis

Cada uno de los enfermeros de estos servicios, siendo en recuperación cardiovascular 12 enfermeros, en unidad coronaria 10 enfermeros y en unidad de terapia intensiva 8 enfermeros.

Área de estudio

Sociedad Española de Socorros Mutuos de Mendoza

La Sociedad Española de Socorros Mutuos de Mendoza, ubicada en Lavalle 441 Ciudad. Fue fundada en 1883 por 24 inmigrantes españoles, con objeto de prestar ayuda material a los compatriotas que se habían establecido en Mendoza y sufrían penurias económicas, propias de la crisis económica de ese momento. Con el paso de los años se instalo un consultorio médico y una pequeña farmacia, que fueron el núcleo fundacional del centro médico asistencial, el cual se habilito en la década del 50 y siguió desarrollándose hasta la actualidad.

Sociedad Española sufrió en estos 118 años de existencia dos importantes crisis institucionales. La primera, derivada de la guerra Civil Española que dividió a los socios en republicanos y monárquicos, dando lugar a una escisión de socios que constituyeron otra sociedad de beneficencia y crearon su propio centro asistencial, por la década del 40.

La otra gran crisis Sociedad Española la padeció en la década del 90, cuando fue intervenida por el Instituto Nacional de Cooperativas y Mutuales (INACYM) que a través de varios interventores en un lapso de varios años llevaron a la entidad al borde de la quiebra.

Luego de una lucha por la recuperación de la Sociedad que llevó casi 4 años, los socios lograron el objetivo: en mayo de 2000, el (INACYM) entrega la conducción a una comisión de Socios Normalizadora y en marzo de 2001, luego de los pasos estatutarios y correspondientes elecciones asumen las nuevas autoridades naturales de la entidad.

Sociedad Española habilito su centro asistencial como sanatorio en la década del 50, el cual siguió desarrollándose, reuniendo hoy los requisitos de un hospital moderno, en el centro geográfico de la ciudad de Mendoza.

En la actualidad el centro asistencial posee 80 camas, repartidas en cinco áreas médicas: Departamento Materno- Infantil (con la Maternidad y Servicio de Terapia Intensiva Neonatología), Departamento Clínica Médica (con la Maternidad y Servicio de Guardia, Unidad de Terapia Intensiva), Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina Cardiovascular (incluye el unida Coronaria, Cirugía Cardiovascular, Hemodinamia) Departamento de Diagnostico (Incluye el servicio de Radiología, Tomografía de Resonancia Nuclear Magnética, Mamografía Cámara Gamma, Eco cardiografía, etc.)Unidad de Consultorios Externos (con todas las especialidades En su momento de máximo esplendor la Sociedad llego a contar con 16.000 Socios luego del nefasto periodo de la intervenciones se produjo un abandono masivo, quedando 4.200 Socios al asumir la Comisión Normalizadora. Hoy esta llegando a los 6.000. La grave situación económica en que se encontró a la institución luego de la intervenciones nacionales, llevo a las autoridades con el asesoramiento Juridico-contable correspondiente a presentarla en concurso de acreedores, que se efectivizó en Abril del 2001, presecó que a la fecha a tenido un desarrollo muy positivo con el apoyo de la mayorías de los acreedores, y que entendemos culminará en forma exitosa.

La situación económica actual del país, y en especial la crisis que afecta el sector Salud, también está afectando en lo económico- financiero a esta entidad la cuál a desarrollado un importante crédito acumulado impago a la fecha, por al atención de PAMI, de la Obra Social de la Provincia y Obras Sociales varias, que alcanza a varios miles pesos. De contar con dicho monto la Sociedad no sólo

saldaría sus deudas con los profesionales, personal y proveedores si no que tendría un superávit.

A pesar de clima de desconcierto Social, de inseguridad económica y de incertidumbre política respecto al rumbo que tomará el país, esta entidad ha probado un proyecto Médico, basado en la recuperación y desarrollo del recurso humano profesional y técnico y de un modelo Médico asistencial basado en la Medicina Preventiva.

Por último se están desarrollando planes de salud que consideran la actual contingencia a fin continuar ofreciendo una Medicina accesible, económica y eficaz a todos los compatriotas y Mendocinos descendientes de Españoles.

Tipo de estudio

Es un diseño no experimental de tipo transversal por que recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único su enfoque es cuantitativo y su alcance descriptivo por que se centra en medir con precisión las variables individuales

Método de recolección de datos

Entrevista estructurada.

Instrumento de recolección

Encuestas con preguntas cerradas.

Análisis y representación de los datos

Una vez recolectados los datos y analizados se clasificarán y volcarán en una tabla matriz, teniendo en cuenta sus variables de estudios. Se presentarán los resultados en tablas de doble entrada simple y bivariadas. También en gráficos circulares y de barras por que de esa forma se observarán mejor lo resultados.

Personal a cargo de la recolección de datos

Los propios autores de la investigación , siendo un total de tres miembros.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>Variables</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Subdimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
<i>CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo</i> • <i>Edad</i> • <i>Estado civil</i> • <i>Nº de hijos</i> • <i>Nivel de Formación</i> • <i>Antigüedad laboral</i> • <i>Servicio donde trabaja</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Femenino</i> • <i>Masculino</i> • <i>20 a 29 años</i> • <i>30 a 39 años</i> • <i>40 a 49 años</i> • <i>+ de 50 años</i> • <i>Soltero</i> • <i>Casado</i> • <i>Viudo</i> • <i>En pareja</i> • <i>Separado</i> • <i>ninguno</i> • <i>1 hijo</i> • <i>2 hijos</i> • <i>3 hijos</i> • <i>+ de 3 hijos</i> • <i>Auxiliar de enfermería</i> • <i>Enfermero profesional</i> • <i>Licenciado en enfermería</i> • <i>meses</i> • <i>1 a 10 años</i> • <i>+ de 10 años</i> • <i>Unidad coronaria</i> • <i>Recuperación cardiovascular</i> • <i>Unidad de terapia intensiva</i>

<p>MECANISMOS DE DEFENSA RELACIONADOS A LA ACTITUD FRENTE A LA MUERTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negación 							
	-Indiferencia	Distancia	MF	F	PF	NF	F	
		Desinterés	MF	F	PF	NF	F	
	-Miedo	Inquietud	MF	F	PF	NF	F	
		Asustado	MF	F	PF	NF	F	
		Pánico	MF	F	PF	NF	F	
	-Angustia	Ansiedad	MF	F	PF	NF	F	
		Sufrimiento	MF	F	PF	NF	F	
	• Aceptación y Regresión	Llanto	MF	F	PF	NF	F	
		Sensibilidad	MF	F	PF	NF	F	
	- Tristeza	Melancolía	MF	F	PF	NF	F	
		Aislamiento	MF	F	PF	NF	F	
	• Represión, -Impotencia	Culpa	MF	F	PF	NF	F	
		Frustración	MF	F	PF	NF	F	
		Enojo	MF	F	PF	NF	F	

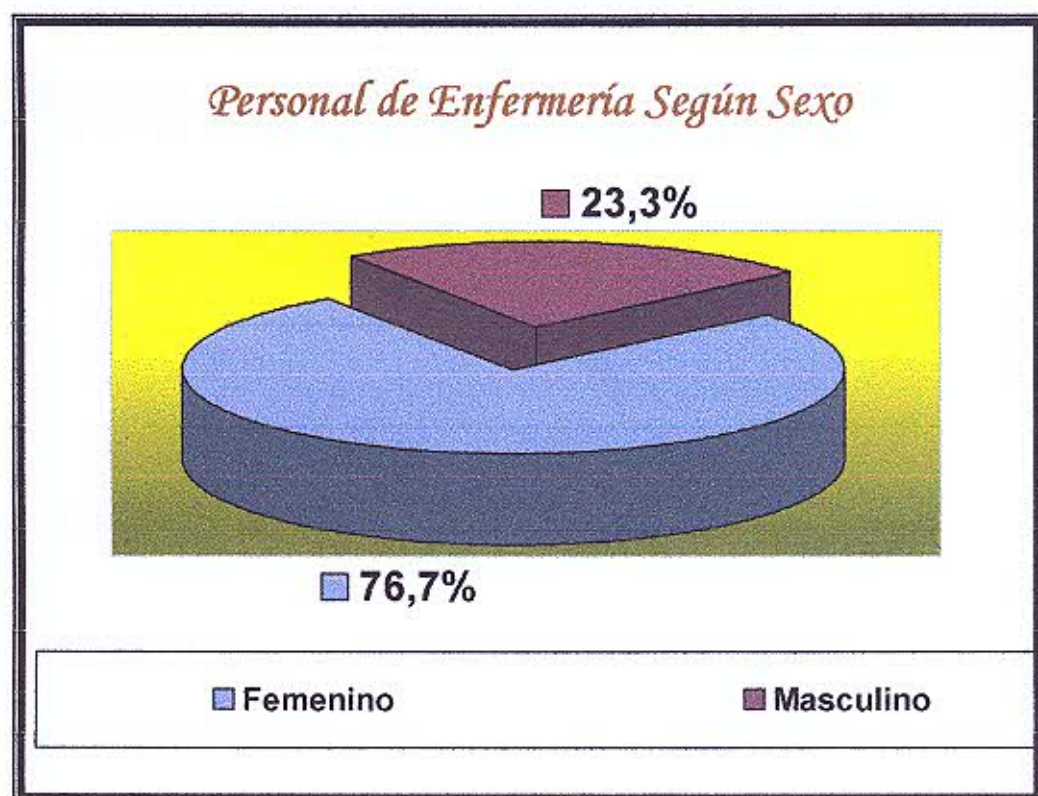
*ANÁLISIS Y
PRESENTACIÓN DE
LOS DATOS*

TABLA N° 1

Personal de enfermería , por el Sexo. Servicio de unidad coronaria , unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre de 2005

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa %</i>
<i>Femenino</i>	23	76,6 %
<i>Masculino</i>	7	23,3 %
<i>Total</i>	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia



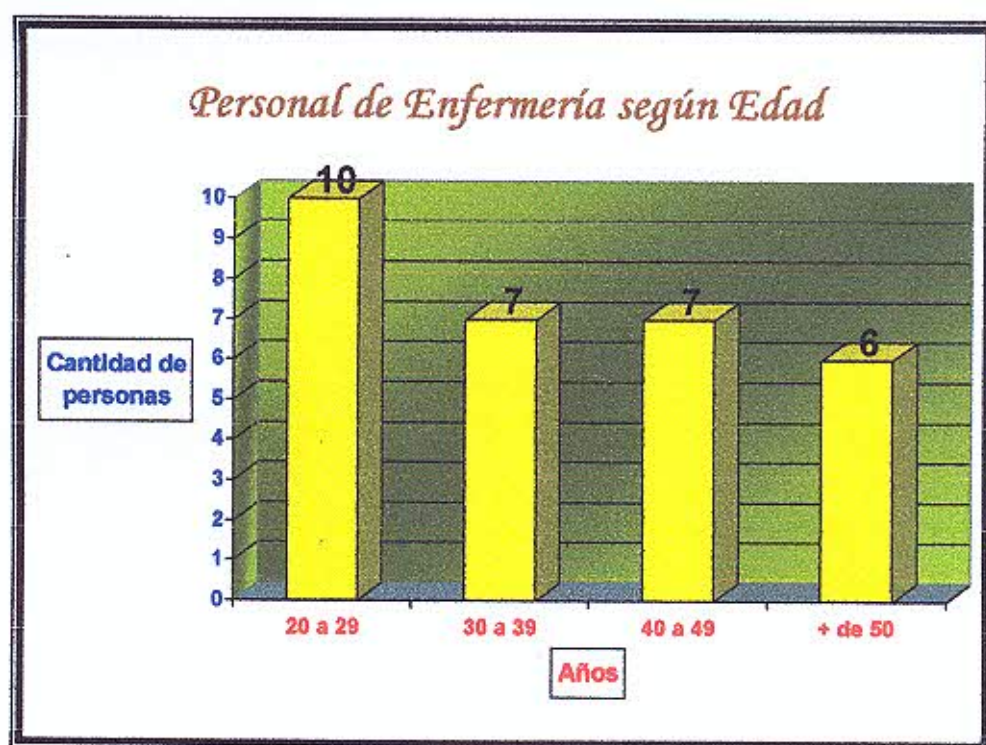
Comentario: De la muestra encuestada se comprueba que 76,6 % corresponde al personal asistencia femeninol. Según nuestro Marco Teórico, ante la situación de muerte las mujeres aceptan mejor la muerte de un paciente que los hombres por comprender que es un proceso natural e inherente a la vida. Puede ser que por esto haya mas mujeres trabajando en servicios críticos.

TABLA N° 2

Personal de enfermería , por la Edad. Servicio de unidad coronaria , unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre del 2005

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
20-29 años	10	33,3 %
30-39 años	7	23,3 %
40-49 años	7	23,3 %
+ de 50 años	6	20 %
Total	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia



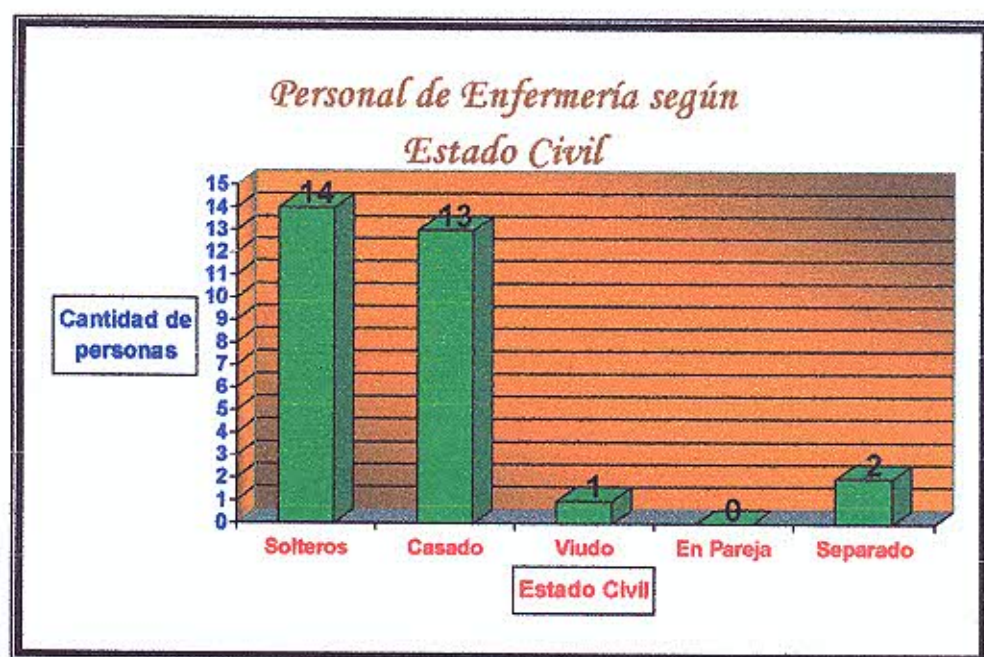
Comentario: la franja de edad entre 40 y más de 50 años de edad (43%) están en mayor riesgo de sufrir enfermedad o problemas en su salud mental, por la mayor exposición a situaciones estresantes Sin dejar de considerar que de 30 a 39 años (23%) también pueden presentar problemas de salud como infarto.

TABLA N° 3

*Personal de enfermería , por Estado Civil. Servicio de unidad coronaria ,
unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza,
octubre del 2005*

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa %</i>
Soltero	14	46,6 %
casado	13	43,3 %
Viudo	1	3,3 %
En Pareja	0	0 %
Separado	2	6,6 %
Total	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia



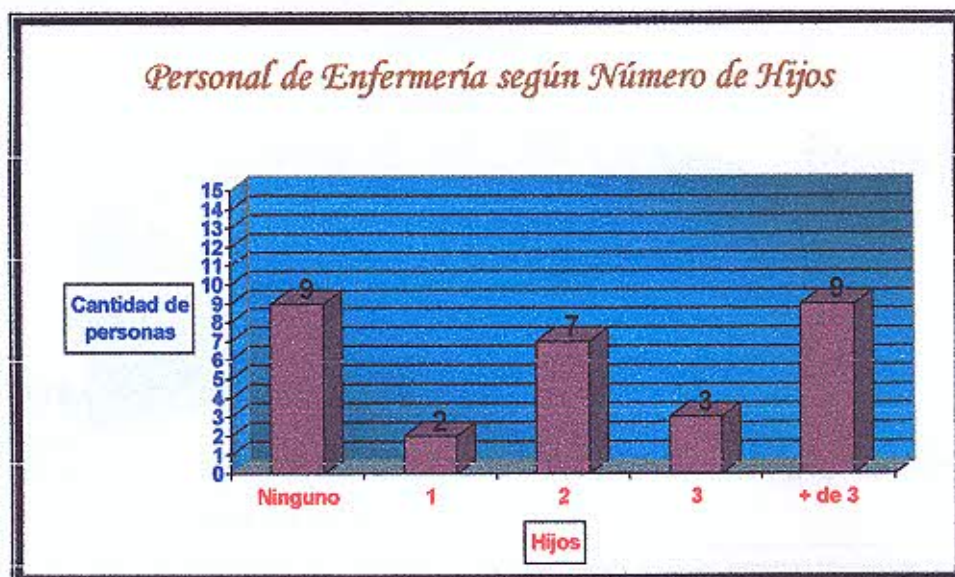
Comentario: La mayoría de los encuestados en relación a su estado civil corresponde a los solteros aproximadamente 50% y un 43% corresponde a casados.

TABLA N° 4

Personal de enfermería , por Número de Hijos. Servicio de unidad coronaria , unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre del 2005

Número de hijos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Ninguno	9	30 %
1	2	6,6 %
2	7	23.3 %
3	3	10 %
+ de 3	9	30 %
Total	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia



Comentario: Se demuestra a través de los datos expresados que la mayoría del personal de enfermería tiene hijos.

TABLA N° 5

Personal de enfermería , por el Nivel de Preparación. Servicio de unidad coronaria ,unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre del 2005

<i>Nivel de preparación</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa %</i>
<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>10</i>	<i>33.3 %</i>
<i>Enfermero/a Profesional</i>	<i>11</i>	<i>36.6 %</i>
<i>Licenciado en enfermería</i>	<i>9</i>	<i>30 %</i>
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100 %</i>

Fuentes: Elaboración Propia



Comentario: El siguiente cuadro demuestra que el 70% está formado profesionalmente y por lo tanto esto favorece a conocer y mejorar los mecanismos de defensa.

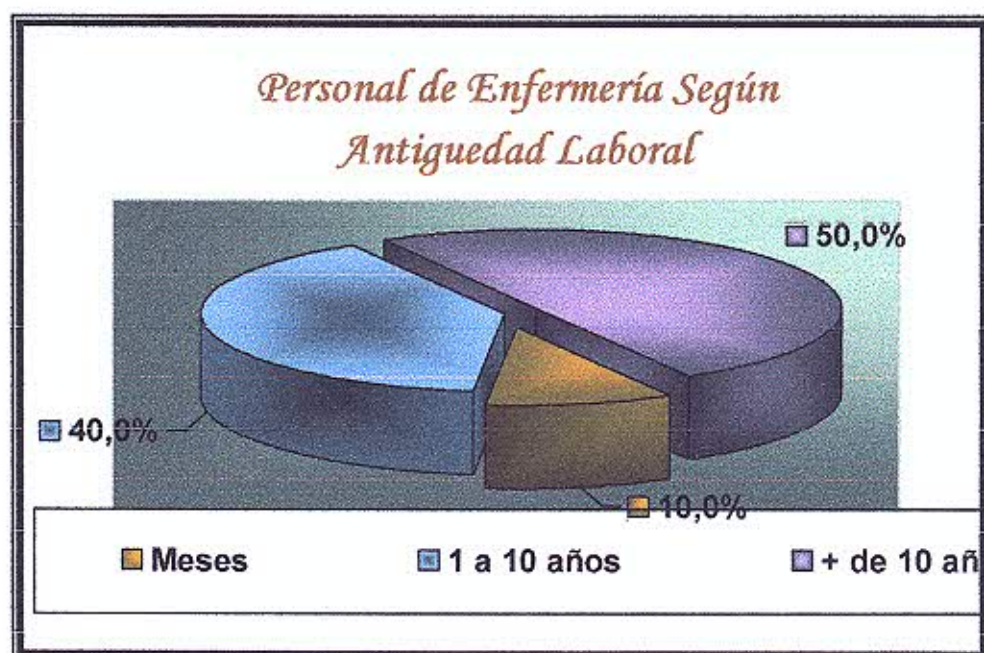
Sin embargo a los auxiliares en enfermería, son preparados para tareas asistenciales mínimas. Esto no se relaciona con los mecanismos de defensa.

TABLA N° 6

Personal de enfermería , por la Antigüedad Laboral. Servicio de unidad coronaria , unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre del 2005

Antigüedad laboral	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Meses	3	10 %
1 – 10 años	12	40 %
+ de 10 años	15	50 %
Total	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia



Comentario: El 50% del personal de enfermería lleva más de 10 años prestando sus servicios en áreas críticas, siendo esta un indicador de porque el enfermero

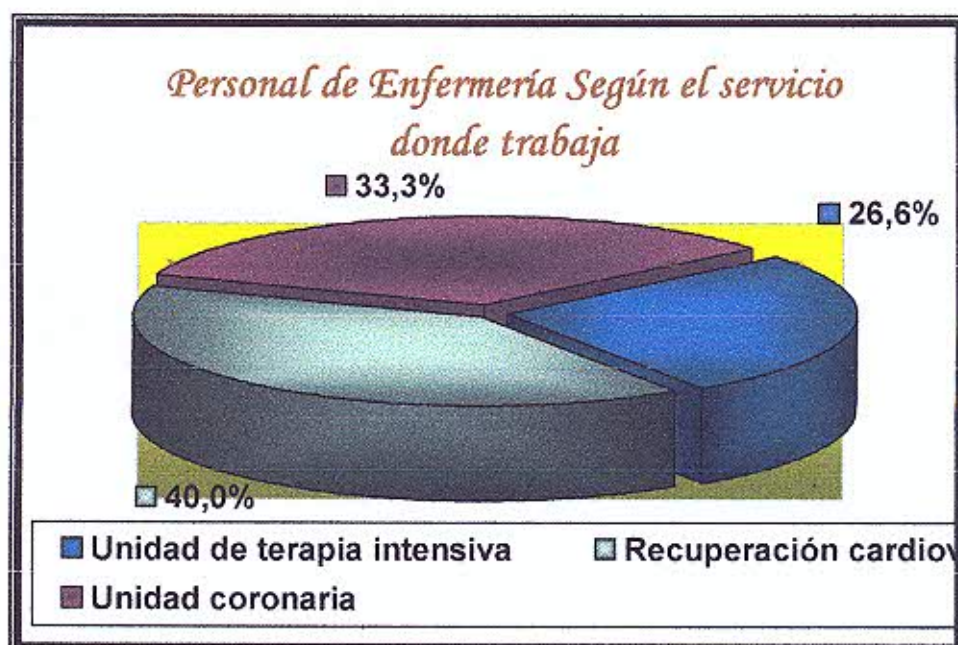
se ve ante los demás un ser deshumanizado, cuando se muere un paciente, como que no influye en sus sentimientos, pero no saben que adopta esa actitud para protegerse de esa situación dolorosa.

TABLA N° 7

Personal de enfermería, por el Servicio donde Trabaja. Servicio de unidad coronaria, unidad de terapia intensiva y recuperación cardiovascular. SESM de Mendoza, octubre del 2005

<i>Servicio donde trabaja</i>	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa %</i>
<i>Unidad de terapia intensiva (UTI)</i>	<i>8</i>	<i>26.6 %</i>
<i>Recuperación cardiovascular (RCV)</i>	<i>12</i>	<i>40 %</i>
<i>Unidad coronaria (UC)</i>	<i>10</i>	<i>33.3 %</i>
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100 %</i>

Fuentes: Elaboración Propia



Comentario: Se observa que el 100% trabaja en áreas críticas por lo que están mas expuestos a situaciones estresantes, como la muerte, que pueden afectar su salud mental y hacerlos improductivos en el desempeño de sus labores .

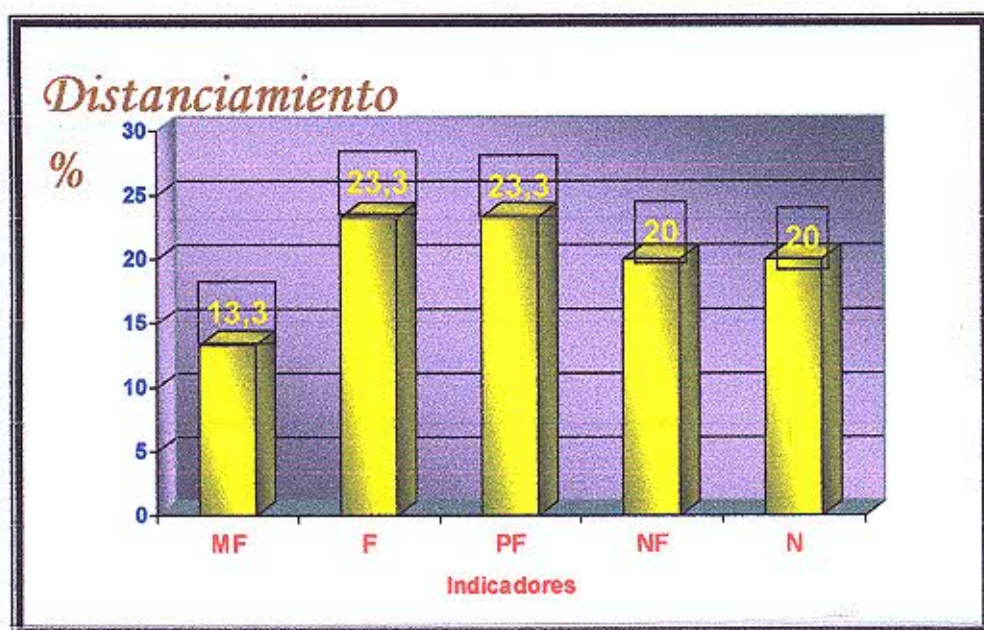
TABLA N° 8

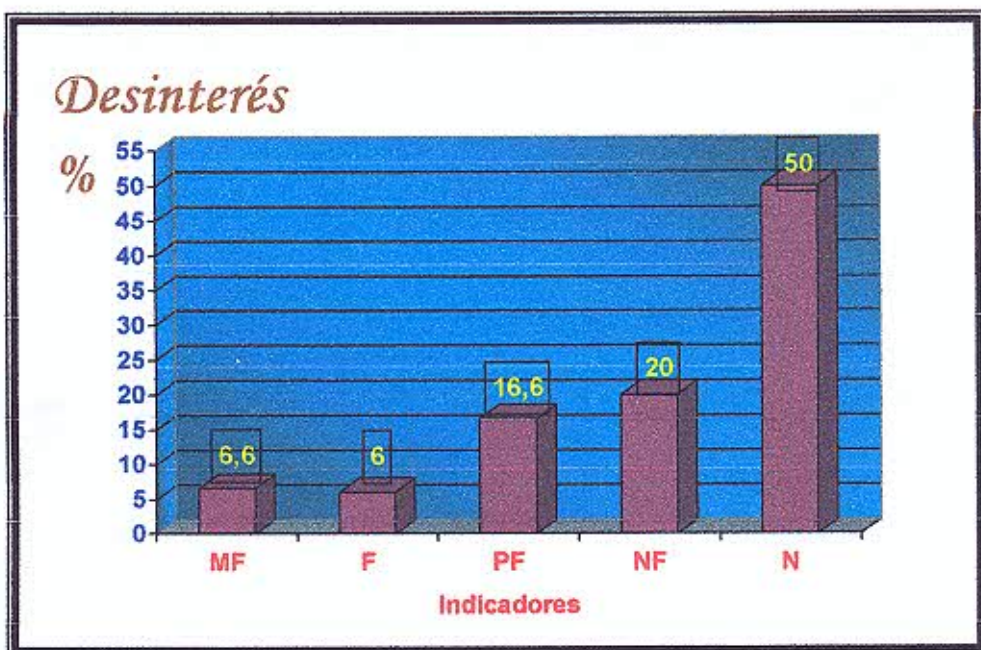
Número de respuestas sobre mecanismos adaptados, dados por enfermeros en estudio según actitud de indiferencia que adoptan ante la muerte de un paciente en SESM de Mendoza, octubre de 2005

Indicadores	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Nada frecuente		Nunca		Total	
	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %
Distanciamiento	4	13,3 %	7	23,3 %	7	23,3%	6	20 %	6	20 %	30	100 %
Desinterés	2	6,6 %	2	6 %	5	16,6 %	6	20 %	15	50 %	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia

Personal de Enfermería según Mecanismo de Negación, dentro de la Actitud de Indiferencia, sería:





Comentario: El personal en estudio toma actitudes de indiferencia que lo manifiesta a través de distanciamiento y desinterés.

El 60% de los enfermeros encuestados manifiesta distanciamiento cuando sabe que un paciente va a morir. Para no relacionarse emocionalmente de alguna manera con él y así evitar el dolor y sufrimiento que le puede provocar esta situación.

En cuanto al desinterés el 50% no manifiesta esta actitud porque acepta la situación. El otro 50% manifiesta desinterés para protegerse de esa situación que le provoca sufrimiento, pero visto por los demás esta es una actitud inhumana. Lo consideran así porque no comprenden que se están protegiendo.

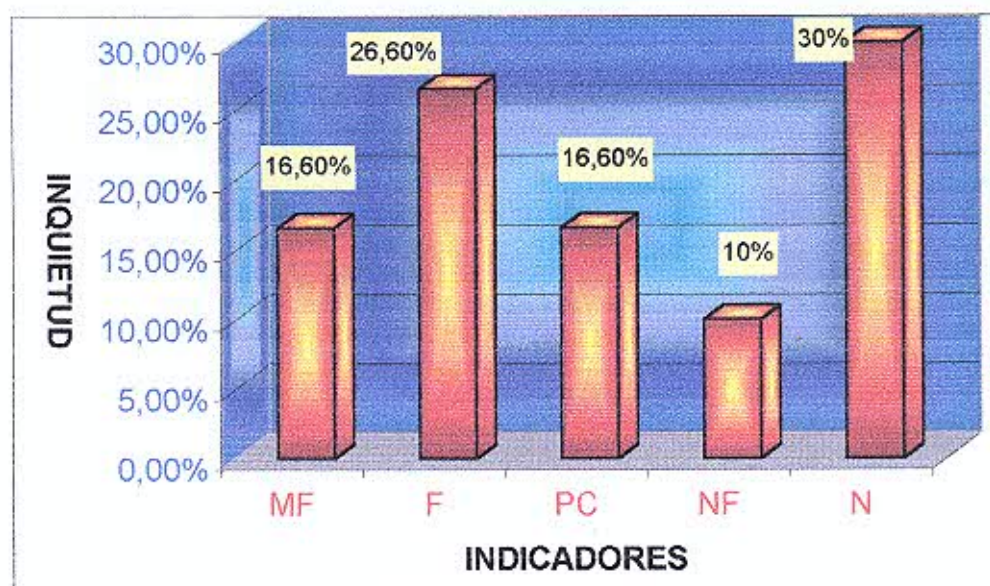
TABLA N° 9

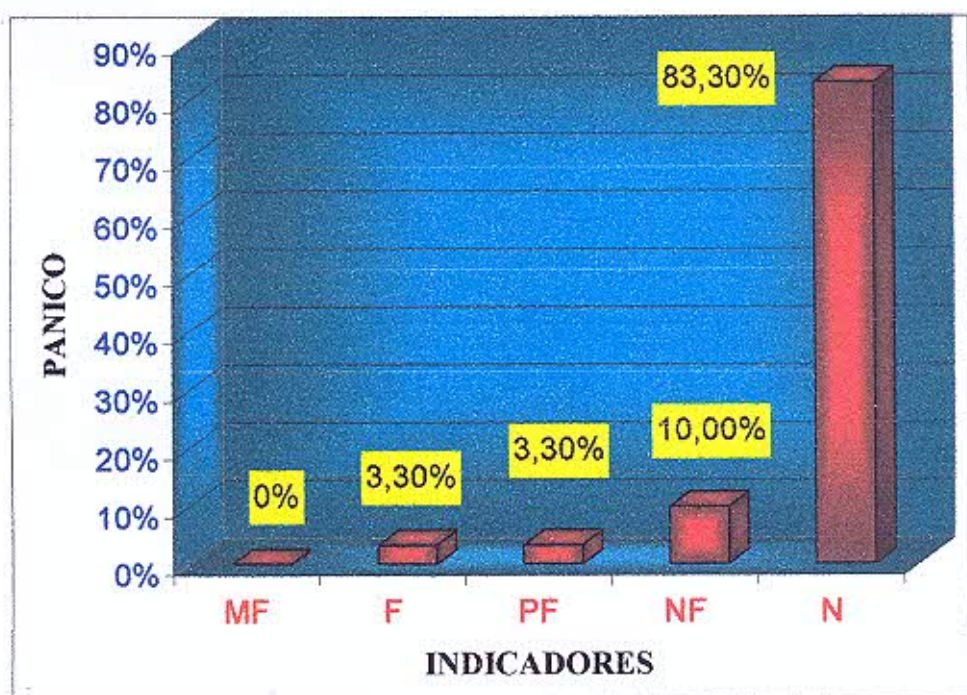
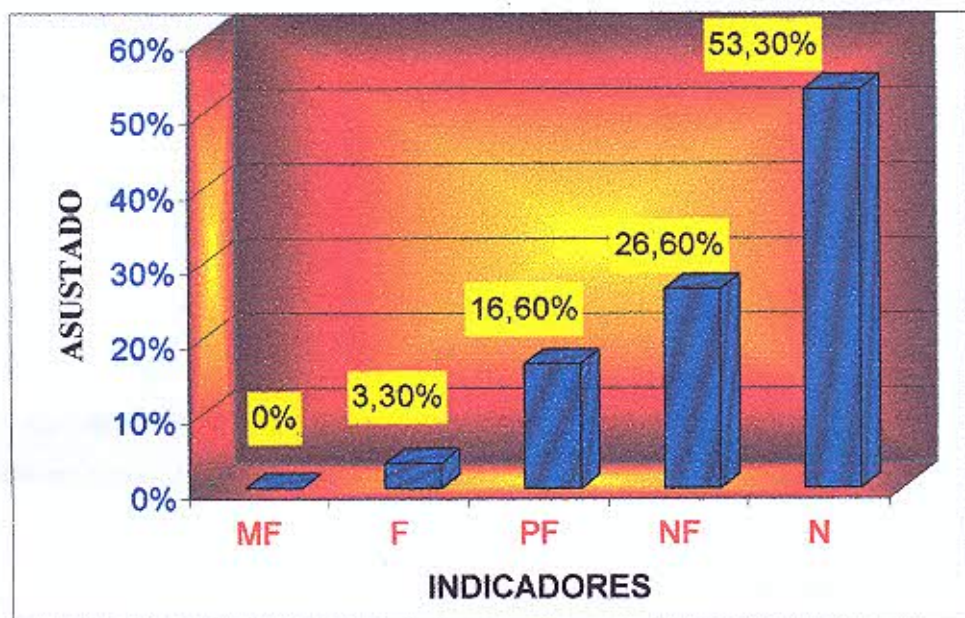
Número de respuestas sobre mecanismos adoptados, dados por enfermeros en estudio según actitud de miedo que adoptan ante la muerte de un paciente en la SESM de Mendoza, octubre del 2005.

Indicadores	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Nada frecuente		Nunca		Total	
	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %
<i>Inquietud</i>	5	16.6%	8	26,6 %	5	16.6%	3	10 %	9	30 %	30	100 %
<i>Asustado</i>	0	0%	1	3.3%	5	16,6 %	8	26,6%	16	53,3 %	30	100 %
<i>Pánico</i>	0	0%	1	3.3%	1	3.3%	1	10%	25	83,3%	30	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Personal de Enfermería según Mecanismo de Negación, dentro de la Actitud de Miedo sería:





Comentarios

Inquietud: Se puede observar que el 60% del personal en estudio manifiesta actitudes de inquietud, es decir, un desequilibrio en su estado de ánimo que es inherente a todo ser humano.

El resto, 40%, no lo manifiesta porque acepta la situación.

Asustado: El gráfico muestra que un 20% del personal en estudio manifiesta asustarse ante la situación de muerte de un paciente porque experimenta el hecho como algo desconocido que representa una amenaza para su persona.

El 80% no manifiesta estar asustado cuando muere un paciente porque acepta la situación como un proceso.

Pánico: El 17% muestra haber sentido pánico, es decir, que esa situación puede abrumarlos y hacerlos sentirse solos, pero se dan cuenta de la penosa discrepancia entre el miedo que sienten y la apariencia calmada y consciente que ofrece a los demás.

El 83% no siente pánico porque no sufre esta situación de miedo.

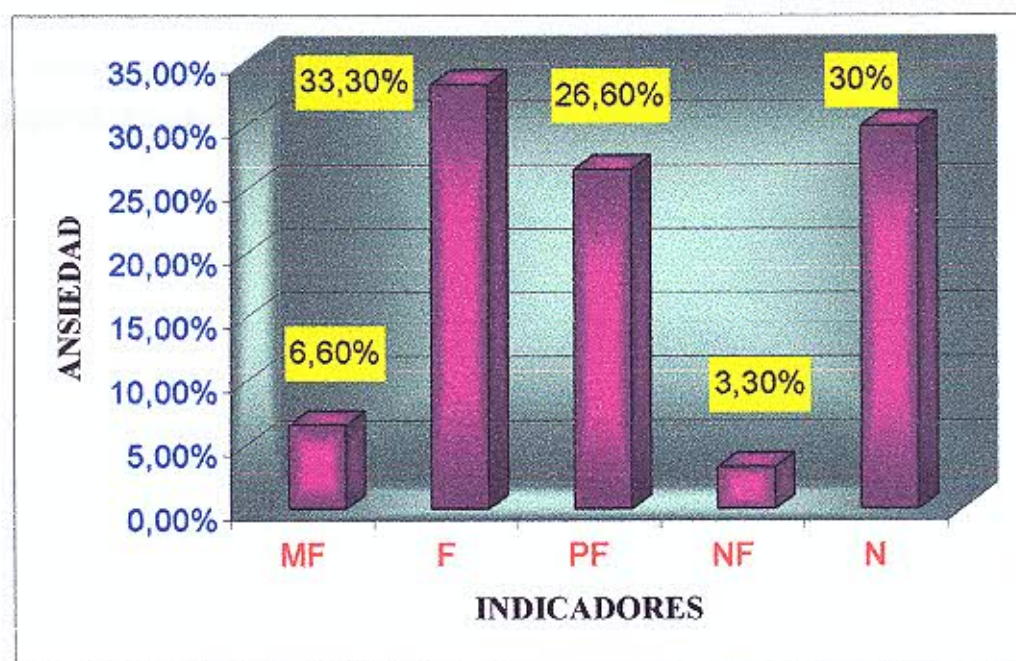
TABLA N° 10

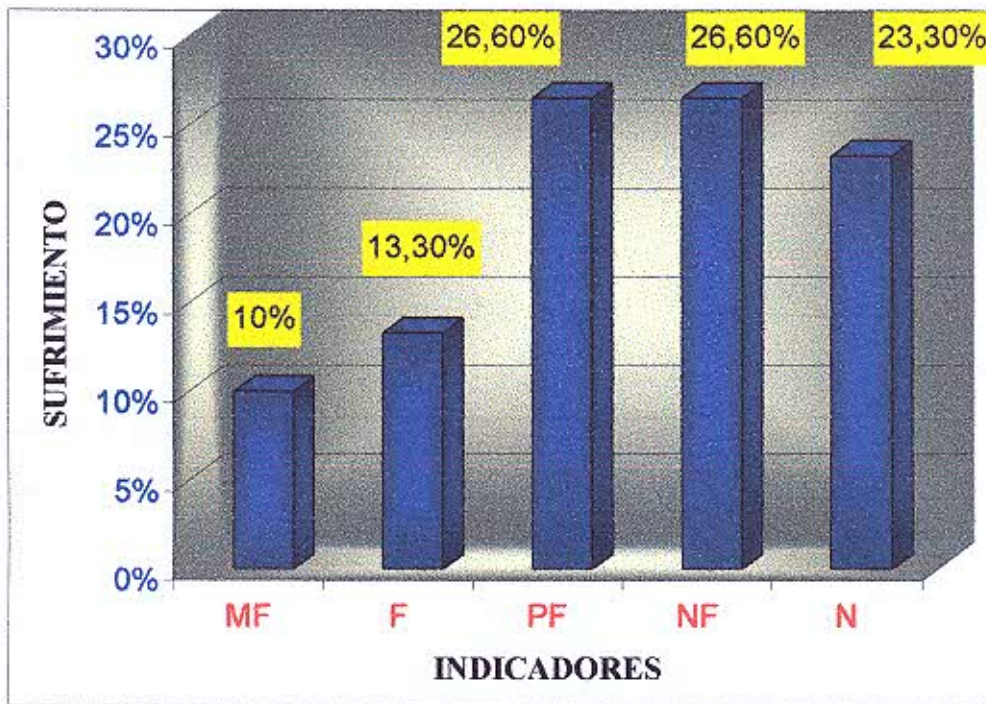
Número de enfermeros según mecanismos de defensa, dentro de la Negación, la actitud de Angustia que adopta ante la muerte de un paciente en la SESM de Mendoza, octubre del 2005.

Indicadores	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Nada frecuente		Nunca		Total	
	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %
Angustia												
Ansiedad	2	6,6%	10	33,3 %	8	26,6%	1	3,3 %	7	30 %	30	100 %
Sufrimiento	3	10%	4	13,3%	8	26,6 %	8	26,6%	9	23,3 %	30	100 %

Fuentes: Elaboración Propia

Personal de Enfermería según Mecanismo de Negación, dentro de la Actitud de Angustia sería:





Comentarios:

Ansiedad: Se observa que el 65% del personal manifiesta ansiedad, ante la muerte de un paciente, porque percibe la situación como una amenaza contra su propia integridad.

Sufrimiento: El 50% del personal en estudio sufre la situación de muerte de un paciente porque ha identificado al paciente con alguien importante para él, entonces esto influye en sus emociones.

El otro 50% no sufre ante esta situación porque lo acepta como un proceso natural de la vida.

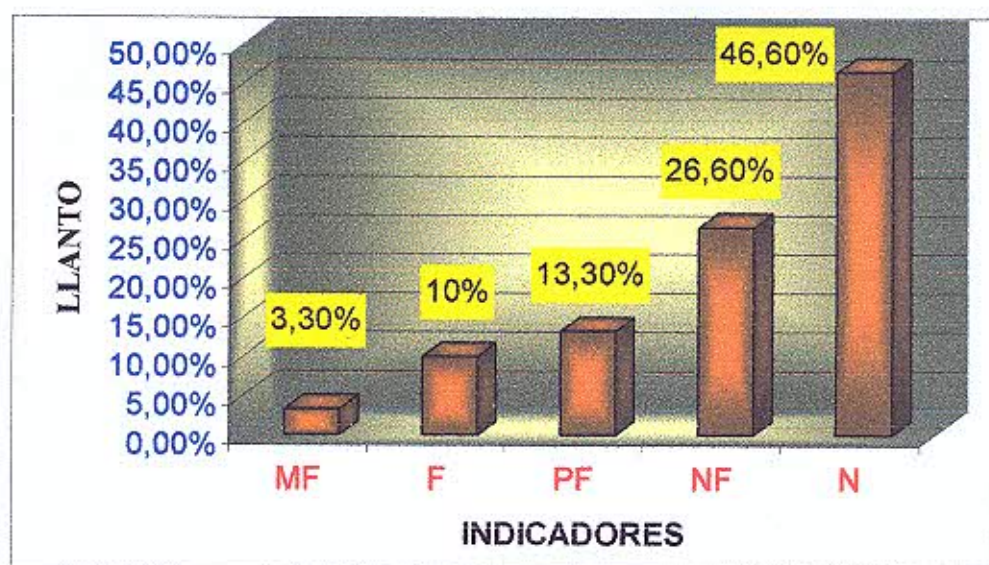
TABLA N° 11

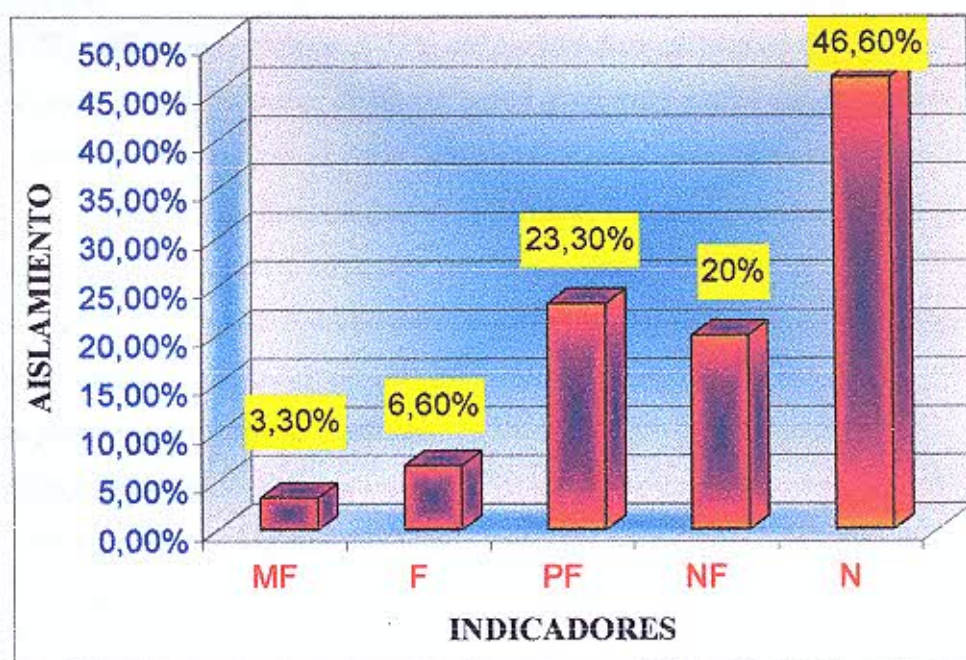
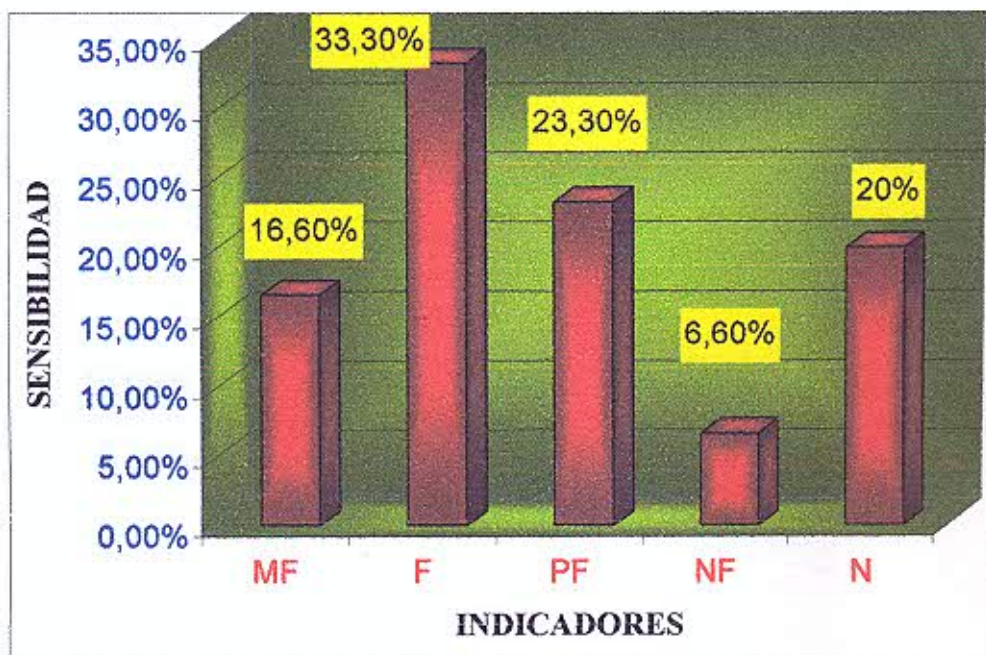
Número de respuestas sobre mecanismos adoptados, dados por enfermeros en estudio según actitud de tristeza que adoptan ante la muerte de un paciente en la SESM de Mendoza, octubre del 2005.

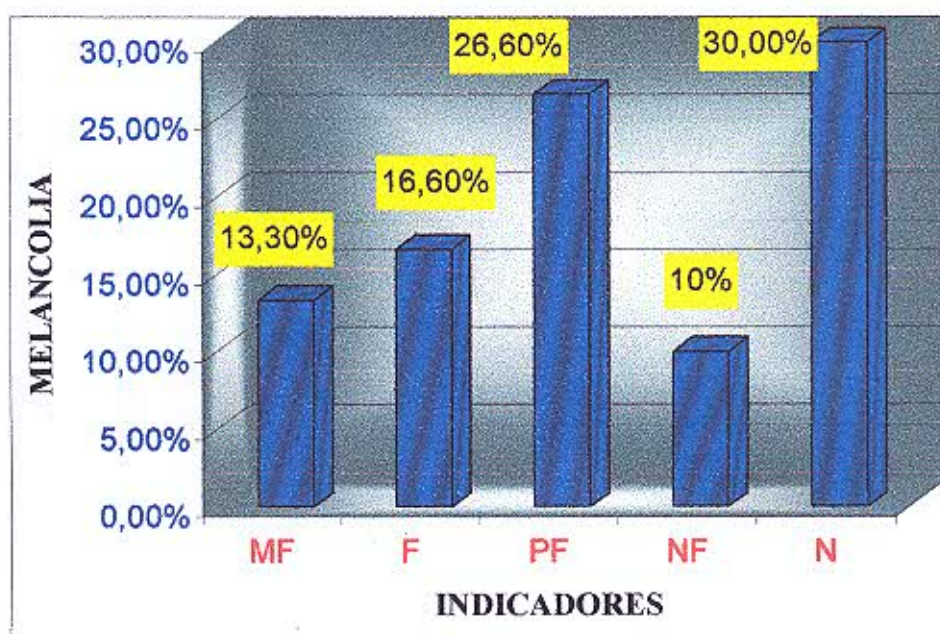
Indicadores	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Nada frecuente		Nunca		Total	
	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %
<i>Llanto</i>	1	3,3%	3	10 %	4	13,6%	8	26,6 %	14	46,6 %	30	100 %
<i>Sensibilidad</i>	5	16,6%	10	33,3%	7	23,3 %	2	6,6%	6	20 %	30	100 %
<i>Aislamiento</i>	1	3,3%	2	6,6%	7	23,3%	6	20%	14	46,6%	30	100%
<i>Melancolía</i>	4	13,3%	5	16,6%	8	26,6%	3	10%	9	100%	30	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Personal de Enfermería según Mecanismo de Negación, dentro de la Actitud de Miedo sería:







Comentarios

Llanto: El gráfico muestra que el 73% del personal en estudio no llora por miedo a no ser capaz de parar de llorar, o por el rechazo social que los disuade.

El 27% si llora para mitigar el dolor que provoca confrontarse a esa situación.

Sensibilidad: El gráfico muestra que el 74% manifiesta sensibilidad por sentir compasión y ternura ante la situación de muerte de un paciente.

El 26% no manifiesta sensibilidad porque no tiene propensión natural a dejarse llevar por sus afectos o puede ser que este utilizando algún mecanismo de defensa para reprimir ese sentimiento.

Aislamiento: El gráfico muestra que un 67% del personal en estudio se aísla para reflexionar sobre la situación vivida y el 33% no se aísla porque considera la situación como algo natural.

Melancolía: El gráfico muestra que el 60%, del personal en estudio, manifiesta melancolía, es decir un estado anímico caracterizado por una tristeza vaga, profunda y permanente. Esto se da porque esta expuesto a vivir numerosas

veces esta situación. El 40% no siente melancolía porque la situación no lo abruma.

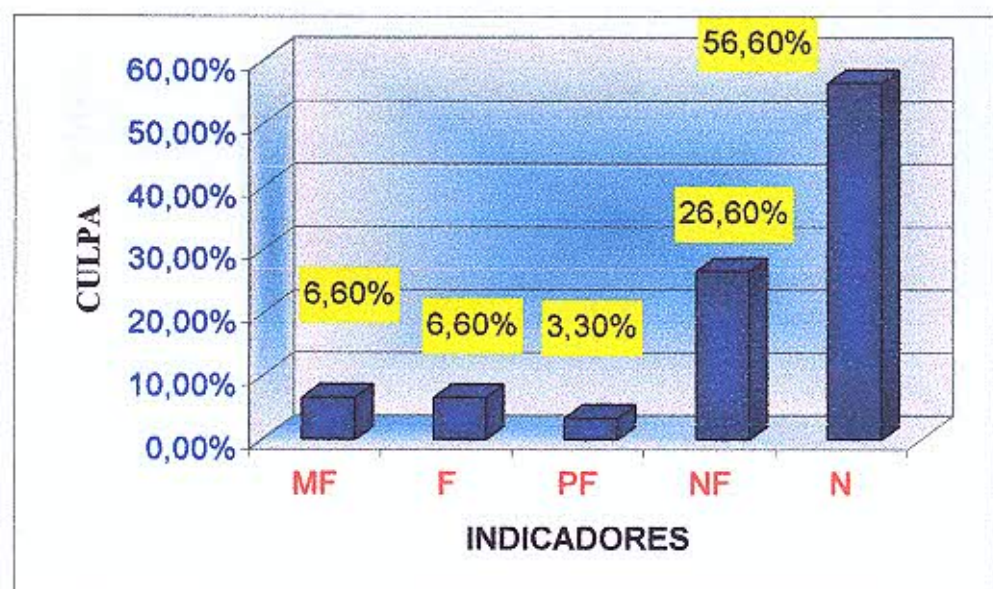
TABLA N° 12

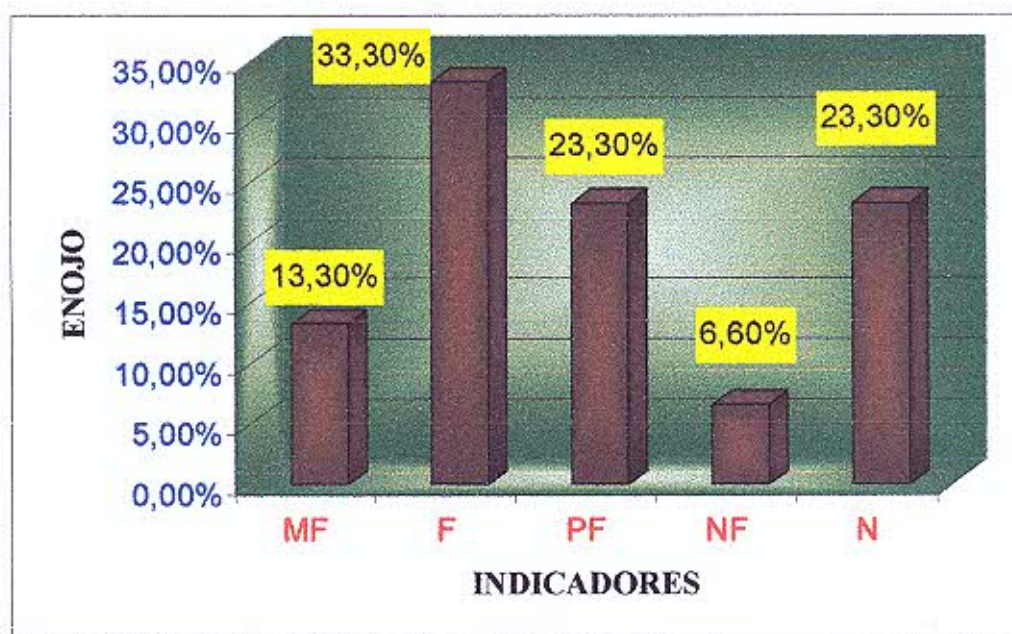
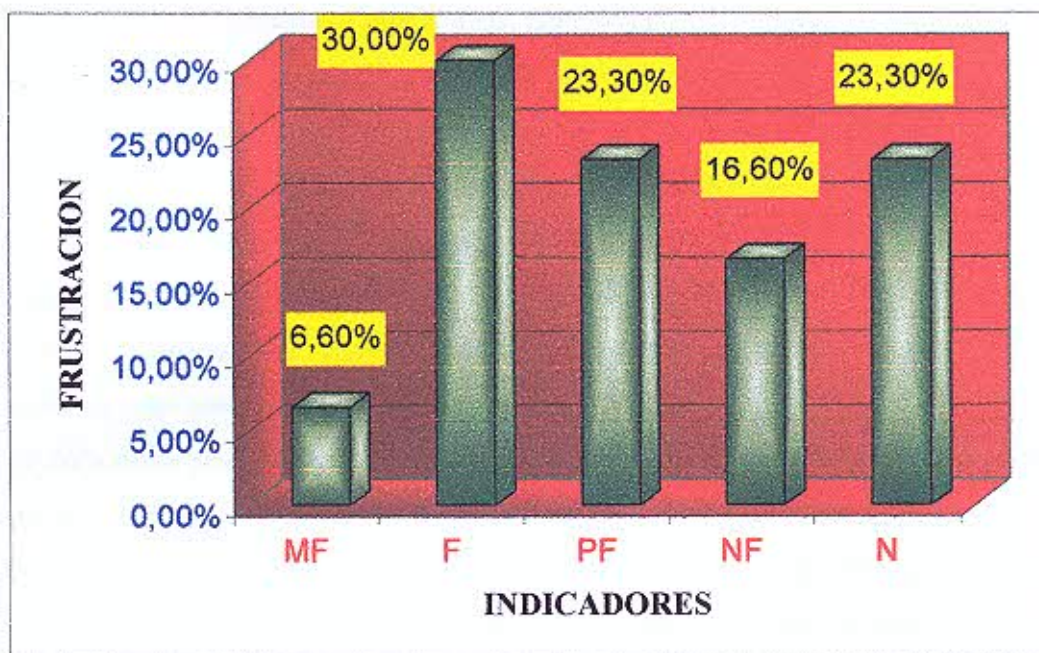
Número de respuestas sobre mecanismos adoptados, dados por enfermeros en estudio según actitud de impotencia que adoptan ante la muerte de un paciente en la SESM de Mendoza, octubre del 2005.

Indicadores	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Nada frecuente		Nunca		Total	
	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %	Fa.	Fr. %
<i>Culpa</i>	2	6,6%	2	6,6%	1	3,3%	8	26,6%	17	56,6%	30	100%
<i>Frustración</i>	2	6,6%	9	30%	7	23,3%	5	16,6%	7	23,3%	30	100%
<i>Enojo</i>	4	13,3%	10	33,3%	7	23,3%	2	6,6%	7	23,3%	30	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Personal de Enfermería según Mecanismo de Represión dentro de la Actitud de Impotencia sería:





Comentarios

Culpa: El gráfico muestra que el 83%, del personal en estudio, no manifiesta sentimientos de culpa, ante la muerte de un paciente, porque no se sienten responsables de ese desenlace.

El 27% siente culpa porque piensan que podrían haber hecho más en la atención del paciente. La culpa es un sentimiento improductivo.

Frustración: El gráfico muestra que el 60% del personal en estudio se frustra , es decir se decepciona cuando no concreta sus objetivos. Esta es una actitud que se da en todo ser humano ante situaciones vividas.

El 40% no se frustra ante la situación de muerte de un paciente porque este es un hecho al que esta expuesto permanentemente o porque reprime esta actitud.

Enojo: El gráfico muestra que un 70% del personal en estudio si se enoja ante la situación de muerte de un paciente, siendo esta actitud un sentimiento normal y sano.

El 30% no se enoja porque la situación no los irrita o porque reprimen esa actitud.

TABLA N° 13

Número de respuesta de los enfermeros en estudio, respecto a la actitud de Desinterés ante la muerte de un paciente y su relación con la antigüedad laboral, en servicios críticos de la SESM de Mendoza, octubre de 2005.

<i>Antigüedad laboral</i>	<i>Meses de Antigüedad</i>		<i>1-10 años de Antigüedad</i>		<i>+ de 10 años de Antigüedad</i>	
	<i>fa</i>	<i>f%</i>	<i>fa</i>	<i>f%</i>	<i>fa</i>	<i>f%</i>
<i>Muy frecuente</i>	0	0%	1	8,3%	1	6,6%
<i>Frecuente</i>	0	0%	2	16,6%	0	0%
<i>Poco frecuente</i>	0	0%	2	16,6%	3	20%
<i>Nada frecuente</i>	0	0%	3	25%	3	20%
<i>Nunca</i>	3	100%	4	33,3%	8	53,3%
<i>Total</i>	3	100%	12	100%	15	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Comentario: Según estos datos se puede comprobar que el personal de enfermería, que lleva trabajando meses no adopta la actitud de desinterés ante la muerte de pacientes en relación a escasas experiencias de este tipo. Sin embargo, el personal de enfermería con una antigüedad laboral de 1 a 10 años siendo este el 41,5% y el personal con más de 10 años de antigüedad el 26,6%, adopta la actitud de desinterés debido a que ya conoce la situación por experiencias anteriores. Entonces adoptan esta actitud para no involucrarse emocionalmente con el paciente, entonces se limita sólo a cumplir con las tareas asistenciales dependientes.

En cambio el personal de 1 a 10 años y más de 10 años de antigüedad laboral no muestra desinterés, ante la muerte de un paciente, los primeros con un 58,3% y los segundos con un 73,3%. Esto puede deberse con la manera en que aceptan la situación, es decir como algo natural y que ya paso, y que al llevar tantos años de antigüedad en áreas críticas ya están adaptados a esa situación de muerte.

TABLA N° 14

Número de respuesta de los enfermeros en estudio, respecto a la actitud de Pánico ante la muerte de un paciente y su relación con el Nivel de Formación, en servicios críticos de la SESM de Mendoza, octubre de 2005.

Nivel de Formación	Auxiliar		Profesional		Licenciado	
	<i>fa</i>	<i>f%</i>	<i>fa</i>	<i>f%</i>	<i>fa</i>	<i>f%</i>
<i>Pánico</i>						
<i>Muy frecuente</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Frecuente</i>	1	10%	0	0%	0	0%
<i>Poco frecuente</i>	1	10%	0	0%	0	0%
<i>Nada frecuente</i>	1	10%	0	0%	2	22,2%
<i>Nunca</i>	7	70%	11	100%	7	77,7%
<i>Total</i>	10	100%	11	100%	9	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Comentario: Según los datos obtenidos nos muestra que el 20% de los auxiliares de enfermería refieren sentir Pánico ante la muerte de un paciente esto puede relacionarse con su nivel de formación, porque no recibieron los conocimientos suficientes para protegerse de esta situación y no se encuentran en condiciones de enfrentar la muerte.

También se puede observar que un 22,2% de licenciados refieren haber sentido pánico en algún momento, según nuestro marco teórico este es el personal más capacitado y con mayor conocimiento en relación a su nivel de formación por lo

tanto cuenta con los elementos y mejores condiciones para enfrentar la situación de muerte de un paciente.

TABLA N° 15

Número de respuesta de los enfermeros en estudio, respecto a la actitud de Sufrimiento ante la muerte de un paciente y su relación con la antigüedad laboral, en servicios críticos de la SESM de Mendoza, octubre de 2005.

<i>Antigüedad laboral</i>	<i>Meses de Antigüedad</i>		<i>1-10 años de Antigüedad</i>		<i>+ de 10 años de Antigüedad</i>	
	<i>fa</i>	<i>Fr. %</i>	<i>fa</i>	<i>Fr. %</i>	<i>fa</i>	<i>Fr. %</i>
<i>Sufrimiento</i>						
<i>Muy frecuente</i>	0	0%	1	8,3%	2	13,3%
<i>Frecuente</i>	1	33,3%	0	0%	3	20%
<i>Poco frecuente</i>	0	0%	5	41,6%	3	20%
<i>Nada frecuente</i>	1	33,3%	3	25%	4	26,6%
<i>Nunca</i>	1	33,3%	3	25%	3	20%
<i>Total</i>	3	100%	12	100%	15	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Comentario: Según los datos obtenidos nos muestra que el personal que mayor tiempo lleva trabajando, es decir de 1 a 10 años el 50% y más de 10 años el 53,3%, refiere sufrir más la muerte de un paciente. Esto puede relacionarse que a mayor tiempo de trabajo sienten más la pérdida de un paciente. Según nuestro marco teórico, mientras mas tiempo lleva trabajando el personal de enfermería está más adiestrado para utilizar los mecanismos de defensa.

TABLA N° 16

Número de respuesta de los enfermeros en estudio, respecto a la actitud de Culpa ante la muerte de un paciente y su relación con el Nivel de Formación, en servicios críticos de la SESM de Mendoza, octubre de 2005.

Nivel de Formación Culpa	Auxiliar		Profesional		Licenciado	
	fa	Fr. %	fa	Fr. %	fa	Fr. %
<i>Muy frecuente</i>	1	10%	1	9%	0	0%
<i>Frecuente</i>	1	10%	0	0%	1	11,1%
<i>Poco frecuente</i>	0	0%	1	9%	0	0%
<i>Nada frecuente</i>	5	50%	1	9%	1	11,1%
<i>Nunca</i>	3	30%	8	72,7%	7	77,7%
<i>Total</i>	10	100%	11	100%	9	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Comentario: Según los datos obtenidos nos muestra que el 20% de los auxiliares de enfermería refieren tener sentimientos de culpa ante la muerte de un paciente. Esto puede deberse que al recibir una formación en donde no se le brinda conocimientos suficientes para protegerse de factores estresantes como la muerte están más expuestos a que su salud mental se vea afectada.

A sí mismo se puede observar que el 18% de profesionales y el 11,1% de licenciados en enfermería sienten culpa, a pesar de tener mayores conocimientos, por su nivel de formación para proteger su salud mental. Este sentimiento de

culpa forma parte de prestar cuidados y es un sentimiento completamente improductivo.

El enfermero se siente responsable de que el paciente haya llegado a esa situación sin comprender que no debe ser así, ya que no permite un desempeño asistencial adecuado.

TABLAN^o 17

Número de respuesta de los enfermeros en estudio, respecto a la actitud de Frustración ante la muerte de un paciente y su relación con el Nivel de Formación, en servicios críticos de la SESM de Mendoza, octubre de 2005.

Nivel de Formación Frustración	Auxiliar		Profesional		Licenciado	
	fa	f%	fa	f%	fa	f%
<i>Muy frecuente</i>	0	0%	2	18%	0	0%
<i>Frecuente</i>	5	50%	1	9%	3	33,3%
<i>Poco frecuente</i>	2	20%	2	18%	3	33,3%
<i>Nada frecuente</i>	1	10%	3	27,2%	1	11,1%
<i>Nunca</i>	2	20%	3	27,2%	2	22,2%
<i>Total</i>	10	100%	11	100%	9	100%

Fuentes: Elaboración Propia

Comentario: Según los datos obtenidos nos muestra que hay una cierta cantidad del personal que no se frustra, correspondiendo a auxiliares un 30%, 54,4% a profesionales y un 33,3% a licenciados.

Según nuestro marco teórico la frustración siempre se da en algún momento de nuestra vida, y más en un profesional de enfermería, esta es una actitud en donde no importa como se comporta alguien y no puede influir en el resultado de una situación. Sin embargo estas respuestas dadas pueden deberse a que niegan pasar por esta situación.

A pesar que los profesionales y licenciados están más preparados sobre como expresar sus actitudes hay un alto porcentaje que no lo hace.

CONCLUSIÓN

A pesar de los grandes logros sociales y culturales de las últimas décadas, sigue existiendo el tabú de la muerte que cuesta enfrentar y que pone nervioso a la mayoría de las personas. Es por ello que el objetivo de este estudio es determinar las actitudes que adopta el personal de enfermería ante la muerte de los pacientes de la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Mendoza. Es la investigación es de tipo descriptivo transversal, cuya muestra es el personal de enfermería que trabaja en los servicios de Recuperación Cardiovascular, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria. El instrumento utilizado fue una encuesta con preguntas cerradas de seis ítem.

Los resultados volcaron que el 76.6% de la muestra corresponde al personal femenino que trabaja en estos servicios de alta complejidad. El promedio de edad de los enfermeros abarca de 30 a 50 años, siendo este un indicador de que el personal está expuesto a sufrir enfermedades físicas y alteraciones en su salud mental por estar expuestos a factores estresantes.

Según los diferentes niveles de formación se observó que el 66.6 % corresponde a un personal formado profesionalmente (licenciados y profesionales) , entonces se puede considerar que este personal posee más conocimientos para poder enfrentarse a situaciones estresantes como la muerte.

En lo que concierne a la antigüedad laboral, el 50% del personal lleva más de diez años trabajando en servicios críticos, siendo esto un indicador de que lleva mucho tiempo expuesto a factores estresantes, que pueden afectar su salud física y mental.

Según los mecanismos de defensa el personal de enfermería utiliza con más frecuencia la negación para evadir el sufrimiento y dolor que provoca la situación. Dentro de este mecanismo se manifiesta con mayor frecuencia las actitudes de distanciamiento 60%, inquietud 60% y ansiedad 66.5%.

El otro mecanismo utilizado por el personal de enfermería es la represión (salir de la situación real del momento) es decir que reprime o aísla sus sentimientos negando la situación, dentro de este mecanismo se manifiesta con

mas frecuencia las actitudes de frustración, siendo esta una actitud normal del ser humano, llama la atención que el 40% del personal no se frustre, esto puede deberse a que reprime esta actitud o no se plantean objetivos. Y el enojo es también considerado como una actitud normal del ser humano. El 30% del personal no manifiesta esta actitud esto puede deberse a que lo reprime.

Los mecanismos que utiliza con menor frecuencia el personal de enfermería son la aceptación y regresión. Dentro de estos mecanismos se manifestaron con mas frecuencia las actitudes de sensibilidad 74%, es decir que se dejan llevar por sus emociones y sienten compasión ante la muerte. La melancolía 60% caracterizada por tristeza y pena que le causa la situación.

Según las tablas bivariadas los datos volcaron que el personal de enfermería que lleva mas de diez años trabajando en esos servicio de alta complejidad adopta la actitud de desinterés debido a que ya conoce la situación por experiencias anteriores, entonces adopta esta actitud para no involucrarse emocionalmente.

En cuanto a los diferentes niveles de formación los datos volcaron que un 20% de los auxiliares de enfermería y un 22.2% del personal formado sienten pánico ante la muerte de un paciente. Esto demuestra que el nivel de formación y los conocimientos adquiridos no influyen en la no adopción de esta actitud.

El personal de enfermería que lleva mayor tiempo trabajando sufre el fallecimiento de un paciente. Esto llama la atención porque a medida que mas años lleva trabajado en estas áreas criticas debería estar mas adaptado y preparado a estas situaciones.

Los datos volcaron que el nivel de formación no tiene relación con la actitud de culpa que adopta el personal. Hecho que llama la atención porque el personal formado profesionalmente tiene mas conocimiento para afrontar esta situación.

Los datos volcaron que mas del 50% se frustra por el fallecimiento de un paciente. Esto llama la atención porque a pesar de la cantidad de años que lleva trabajando no supera esta situación, si bien la frustración es normal en cualquier ser humano, pero existe la salvedad que no se frustre por el mismo hecho o situación.

Recomendaciones

El supervisor de enfermería con el apoyo del jefe de unidad, de cada área crítica, deberían realizar sesiones educativas sobre los aspectos de muerte y su sufrimiento al personal de enfermería. Estas deberían realizarse con una frecuencia mínima de una vez al mes y con una duración aproximada de una hora dentro del horario de trabajo. Para ello el personal de enfermería rotara para presenciar cada charla.

El personal de enfermería debe considerar la posibilidad de rotar fuera de las áreas críticas, que son altamente estresantes, a otros servicios dentro de las posibilidades de cada enfermero. Esta rotación debería efectuarse cada tres meses.

Según necesidad individual el personal de enfermería debería buscar asesoría propia, como por ejemplo en caso que se sienta muy agobiado o involucrado emocionalmente con la situación de muerte de un paciente hechos que no le permiten desarrollar normalmente sus actividades cotidianas.

Educar al personal para que se puedan contener, entre ellos, ante esta situación. Esta tarea debe ser llevada a cabo por el psicólogo de la institución. El asesoramiento se debería realizar cada vez que la situación lo requiera según la consideración del jefe de unidad.

A los estudiantes de enfermería durante su formación académica se les debería brindar amplios conocimientos sobre la muerte y como abordarlo en el futuro desempeño laboral.

Referencias

- 1-4 – [http://ar.www. Search.yahoo.com/search2p=](http://ar.www.Search.yahoo.com/search2p=)
- 2-3-7 -[http://www. Agentes.pastoral.com.ar/index.html](http://www.Agentes.pastoral.com.ar/index.html)
- 5 - Enfermería Medicoquirúrgico. Autores Long-Philipps-Casmeyer. Capítulo 15, páginas302-306. Editorial Harcourt Brace.
- 6- Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. Autores B. Kozier, G. Erb y K. Blais. Capítulo 27, páginas 595-614. Segunda edición. Editorial Mc Grau- Hill.
- 8 - Enfermería Medicoquirúrgica. Capítulo 12, paginas 162-166. Autores Smith-Germain-Gips. Tercera edición.
- 8 - *Diccionario practico Español Moderno. Autor: Ramón García Pelayo. Editorial Larousse*

CONTENIDO

El presente documento tiene como objetivo principal proporcionar información sobre el desarrollo de los sistemas de información en el ámbito de la gestión de recursos humanos. Se abordarán los aspectos más relevantes de la evolución de estos sistemas, desde sus orígenes hasta las tendencias actuales, así como el impacto que tienen en la organización y en la productividad de las empresas.

ANEXOS

ENCUESTA

Esta encuesta es realizada por estudiantes que están cursando el cuarto año de la carrera de Lic. en Enfermería, trata sobre las actitudes que puede manifestar el personal de enfermería ante la situación de muerte de un paciente. El fin de esta es para realizar la tesis final de nuestro cursado.

Teniendo en cuenta sus experiencias vividas con respecto a la muerte de un paciente y las actitudes que ha tomado ante esta situación marque con una X cada una de las opciones según los indicadores: Muy frecuente(MF), Frecuente(F), Poco frecuente(PF), Nada frecuente(NF) Y NUNCA

Edad: Servicio/s donde trabaja:

Sexo Antigüedad laboral :

Estado civil: Numero de hijos :

Formación profesional o sin formación :

1- El personal de enfermería al estar expuesto a situaciones de muerte experimenta sentimientos de miedo que lo manifiesta a través de actitudes ¿cómo lo ha vivido usted?

MF F PF NF NUNCA

Inquietud

Asustado

Pánico

2- La muerte de un paciente lleva a veces a tomar actitudes de indiferencia para evadir el dolor que provoca esta situación ¿ha manifestado estas actitudes?

MF F PF NF NUNCA

Distanciamiento

Desinterés

3- La angustia es una reacción ante una situación de riesgo inevitable, como la muerte ¿cómo lo ha experimentado en su ambiente laboral?

MF F PF NF NUNCA

Ansiedad

Sufrimiento

4- Cuando atraviesa un suceso de muerte de un paciente en su servicio y siente tristeza ¿usted manifiesta?

MF F PF NF NUNCA

Llanto

Sensibilidad

Aislamiento

Melancolía

5- Hay algunas situaciones de muerte de un paciente que por diferentes motivos llevan a sentir impotencia ¿con que intensidad lo ha experimentado?

MF F PF NF NUNCA

Culpa

Frustración

Enojo

UNIDAD DE ANALISIS	SEXO		EDAD				ESTADO CIVIL			
	F	M	20-29	30-39	40-49	+ 50	SOLTERO	CASADO	VIUDO	SEPARADO EN
1		X			X			X		
2	X			X			X			
3		X			X					
4	X			X						
5		X				X		X		
6	X		X				X	X		
7	X		X				X			
8	X				X		X			
9		X					X			
10	X			X			X			
11	X			X			X			
12	X				X			X		
13	X			X			X			
14	X		X				X			
15	X				X			X		
16	X		X				X			
17	X			X			X			
18		X				X		X		
19	X					X		X		
20	X		X				X		X	
21		X				X				
22		X			X			X		
23	X			X				X		
24	X		X					X		
25	X					X				
26	X					X		X		
27	X		X							
28	X		X				X			
29	X		X				X			
30	X			X				X		

