



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/478.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Conocimiento, afrontamiento e intervenciones de enfermería en el cuidado de niños con muerte cerebral
<i>Autores</i>	María Asunción <i>Vicente Ruiz</i> , Carmen <i>de la Cruz García</i> , Margarita <i>Torres Pérez</i> , María Trinidad <i>Fuentes Álvarez</i>
<i>Centro/institución</i>	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón".
<i>Ciudad/país</i>	Villahermosa (Tabasco), México
<i>Dirección e-mail</i>	Conchita393@hotmail.com

RESUMEN

La muerte de un niño es un acontecimiento que puede ser estresante debido al duelo y sufrimiento humano por la pérdida que afecta a la familia y a los profesionales de la salud, situación que requiere de conocimiento así como de mecanismos de afrontamiento. Sin embargo se desconoce qué conocimientos tiene enfermería y cómo afrontan el cuidado de los niños con muerte cerebral así como las intervenciones del plan de cuidados que realiza.

¿Cuál es el nivel de conocimiento, que estrategias de afrontamiento e intervenciones de las enfermeras en el cuidado del niño con muerte cerebral?

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, los mecanismos de afrontamiento y las intervenciones de la enfermera para el cuidado de enfermería al niño con muerte cerebral.

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte trasversal, la muestra de 40 enfermeras de un hospital de tercer nivel. El nivel de conocimientos de las enfermeras sobre muerte cerebral fue bajo en 60%. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron reestructuración cognitiva 70.50%, evitación de problemas 64.83%, apoyo social 64.33%, pensamiento desiderativo 64.00%, resolución de problemas 60.39%, retirada social 53.28%, expresión emocional 47.79% y autocrítica 37.75%. Las intervenciones más usuales fueron asesoramiento: disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad, aumentar el afrontamiento, declarar la verdad a la familia, con sensibilidad, calidez y franqueza y severidad de la infección.

Conclusión: Se sustenta la necesidad de realizar intervenciones psicoeducativas para mejorar los recursos y habilidades técnicas del cuidado, así como las estrategias de afrontamiento activo en el niño con muerte cerebral.

Palabras clave: Conocimiento/ Estrategias de Afrontamiento/ Muerte cerebral/ Cuidados de enfermería.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La muerte de un niño es un acontecimiento que puede ser estresante debido al duelo y sufrimiento humano por la pérdida que afecta a la familia y a los profesionales de la salud, situación que requiere de conocimiento, así como de mecanismos de afrontamiento. Enfermería es una disciplina con filosofía holística que entre sus metas incluye la atención para una muerte digna. Sin embargo, en la práctica profesional de enfermería pediátrica se identifican dilemas y conflictos morales cuando se presenta la muerte cerebral y la enfermera implementa los cuidados del niño y su familia, en contextos hospitalarios con un enfoque eminentemente biológico.

Durante siglos la ausencia irreversible de la función cardiorrespiratoria espontánea, se consideró la única manera de diagnosticar la muerte del individuo.¹ Sin embargo, los cuidados intensivos hicieron posible suplir las funciones vitales, revolucionando el concepto de muerte y la definición se basa en la pérdida definitiva de las funciones cerebrales. En 1968 se establecen, los criterios de Harvard para determinar los elementos que permitan diagnosticar el cese definitivo e irreversible de las funciones encefálicas, bajo un procedimiento metodológico, surgiendo así el concepto de muerte cerebral.

El informe Harvard de 1968, propuso una nueva definición de la muerte a través del concepto de la pérdida completa de la función cerebral y después de más de treinta años, todo este proceso de intervención en su diagnóstico puede visualizarse como un continuo que se asocia con la necesidad de procuración de órganos para trasplantes y con la necesidad de evitar prolongadas agonías en pacientes irrecuperables.

En la última década la licitud ética de la interrupción en la aplicación de los métodos de soporte vital ordinarios y avanzados en situaciones que no configuran los supuestos de muerte cerebral, como los estados vegetativos y otras situaciones clínicas irreversibles y hasta los intentos de obtener órganos para trasplantes en estas ocasiones (cuando se establece el acuerdo explícito del donante o su representante) hace posible una interpretación conjunta de estos cuadros a través de la admisión del establecimiento de un límite en la asistencia médica. La reflexión sobre la muerte intervenida como un fenómeno emergente de nuestra cultura resulta imprescindible para que la sociedad se involucre en un tema que le incumbe en forma absoluta y exclusiva.²

Estos criterios incluyen aspectos médicos bien delimitados (signos) que fundamentan el trabajo del equipo de salud, estudios que corroboran el cese del flujo cerebral, una vez diagnosticados, el tratamiento terapéutico puede enfocarse en los siguientes escenarios: a) la eutanasia y suicidio asistido, b) limitación del esfuerzo terapéutico, c) rechazo del tratamiento, d) sedación paliativa y e) suspensión del tratamiento por fallecimiento. La eutanasia carece de acuerdo ético suficiente en la sociedad y en los cuatro escenarios restantes, existe un alto grado de acuerdo ético y jurídico, que ampara las actuaciones de los profesionales y deben considerarse como formas de muerte digna y respetable.³

En la práctica actual de enfermería se observa, que una vez que el médico establece el diagnóstico de muerte cerebral, el tratamiento terapéutico que se brinda debe enfocarse a la limitación del esfuerzo terapéutico, en una práctica ética y jurídica aceptable, no obstante es común ver que algunos de estos pacientes presentan respuesta a estímulos externos, situación que se opone a lo previamente definido³, y representa para el profesional de salud un dilema.

De ahí surge el interés de investigar el conocimiento, las estrategias de afrontamiento y las intervenciones de la enfermera en el cuidado del niño con muerte cerebral, con la finalidad de obtener información que nos permita mejorar la calidad de atención de los

pacientes, tratando de que las enfermeras puedan establecer criterios estandarizados, para iniciar el manejo del paciente con muerte cerebral (estudios confirmatorios, consentimiento informado y datos clínicos), que permitan tener una mejor intervención profesional fundamentada en los principios bioéticos universales que marcan las distintas teorías éticas (el valor a la vida, lo bueno y lo correcto, justicia e imparcialidad, principio de beneficencia entre otros).

El trabajo del personal de enfermería es ayudar al paciente y la familia en la etapa final de vida, brindando las intervenciones de enfermería adecuadas al paciente con muerte cerebral.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el conocimiento, las estrategias de afrontamiento y las intervenciones que implementa la enfermera en el cuidado del niño con muerte cerebral?

Objetivo General

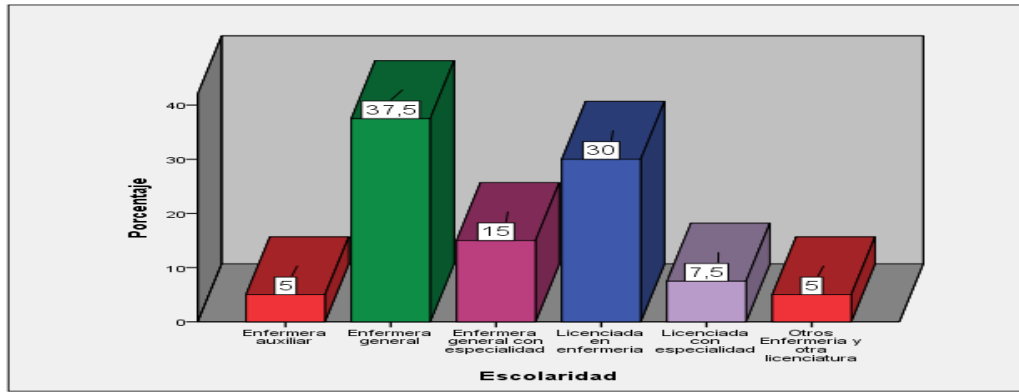
Determinar el nivel de conocimientos, los mecanismos de afrontamiento y las intervenciones de la enfermera para el cuidado al niño con muerte cerebral.

Metodología

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra 40 enfermeras incluyendo turno matutino, vespertino, nocturno y guardias especiales. El muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos fueron la escala de estrategias de afrontamiento de Cano y Cols, 2007.⁴ Se elaboró un cuestionario de conocimiento e intervenciones de enfermería a niños con diagnóstico médico de muerte cerebral. El estudio se realizó previa autorización del Jefe de Servicio de la Unidad de medicina interna, terapia intensiva, urgencias y la unidad de cuidados intensivos neonatales [UCIN], en el Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” de Villahermosa, Tabasco. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional. La participación de las enfermeras fue voluntaria y previa firma del consentimiento informado.

Resultados

La muestra se conformó por 40 enfermeras(os) adscritos a un hospital de tercer nivel de atención pediátrica. El estado civil de los participantes de enfermería fueron casados 50% (n=20), soltera(os) 35% (n=14). La escolaridad de las enfermeras fueron enfermeras auxiliar 5% (n=2), enfermera general 37.5% (n=15), enfermera general con especialidad 15% (n=6), licenciadas en enfermería 30% (n=12), licenciadas con especialidad 7.5% (n=3) y licenciadas en enfermería con otras profesiones 5% (n=2), ver fig. 1.



Fuente: Encuestas de datos sociodemográficas de la enfermera

Conocimiento de Enfermería sobre Muerte Cerebral

El objetivo dos que pretende clasificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de la muerte cerebral, se verificó por medio del cuestionario correspondiente. El número total de preguntas del cuestionario fue de cinco. Las preguntas de conocimiento de enfermería sobre muerte cerebral se describen de acuerdo con las respuestas emitidas por las enfermeras en relación a la pregunta 1. ¿Qué significa muerte cerebral? 85% (n = 34) respondieron de forma correcta que significa cese irreversible de las funciones cerebrales y 19.2% (n = 6) respondieron incorrectamente. En relación a la pregunta 2 ¿Cuáles son los signos clínicos que presenta el paciente con Muerte Cerebral? Un 80% (n = 32) respondieron de forma correcta que los signos son coma, ausencia de reflejos y apnea, 11.5% (n = 8) respondieron incorrectamente. Con respecto a la pregunta 3 ¿Qué estudios confirmatorios específicos, debe de tener documentado en su expediente, el paciente con muerte cerebral, para poder iniciar su manejo específico de su padecimiento? Un 97.5% (n = 32) respondieron de manera correcta que los estudios son el electrocardiograma y electroencefalograma y de forma incorrecta 2.5% (n = 8). La pregunta 4 ¿Cuáles son los artículos de la ley general de salud que están relacionadas con muerte cerebral y que incluye la definición, signos y síntomas así como estudios confirmatorios? Un 32.5% (n = 13) respondieron de manera correcta, 62.5% (n = 27) incorrecta. La pregunta 5. ¿Cuándo brindas cuidado a un paciente con muerte cerebral, desde el punto de vista ético que principios aplicas? 15% (n = 6) respondieron que aplican los principios de beneficencia (hacer lo bueno) no maleficencia (evitar lo malo) justicia (igualdad) y autonomía, mientras que 85% (n = 34) respondieron incorrecta, Tabla 1.

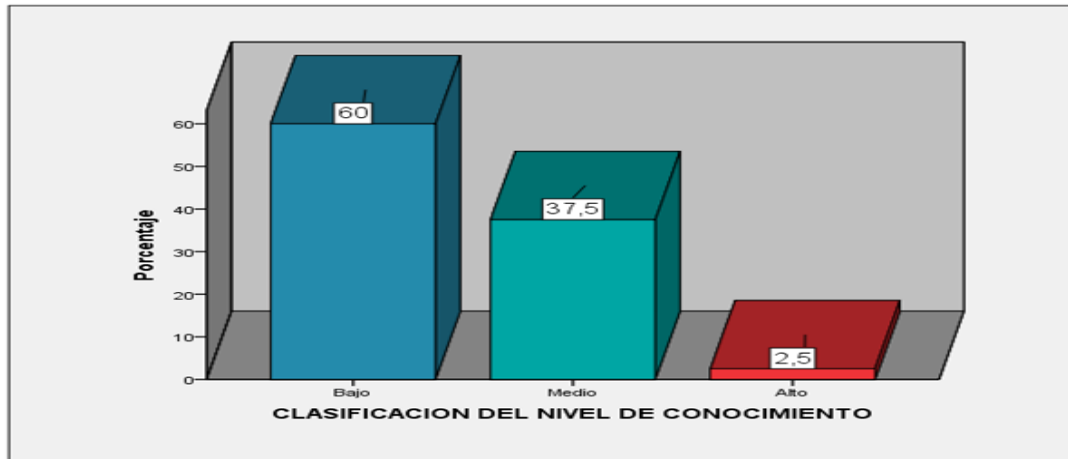
Tabla 1. Respuestas acerca del conocimiento de muerte cerebral

Reactivo	Respuestas	f	%
1. ¿Qué significa muerte cerebral?	Daño cerebral	2	5.0
	Cese irreversible de las funciones cerebrales.	34	85.0
	Deterioro neurológicos del organismo.	4	10.0
	Total		100
2. ¿Conoces cuáles son los signos clínicos que presenta el paciente con muerte cerebral?	Elevación de la tensión arterial, disminución de la temperatura y coma.	7	17.5
	Bradycardia, ausencia de reflejos y polipnea.	1	2.5
	Coma, ausencia de reflejos y apnea.	32	80
	Total		100
3. Estudios confirmatorios de muerte cerebral	Electrocardiograma	6	32.5
	Electroencefalograma.	26	65
	Dos o más.	8	2.5
	Total		100
4. Artículos de la ley general de salud que están relacionados con muerte cerebral y que hablan de la definición, signos y síntomas.	Artículos 343, 344 y 345	13	32.5
	Artículos 122, 124 y 125	25	62.5
	Artículos 444, 445 y 446	2	5
	Total		100
5. ¿Cuándo brindas cuidado a un paciente con muerte cerebral que principios aplicas?	Aplica el principio de beneficencia (hacer lo bueno) no maleficencia (evitar lo malo) justicia (igualdad) y autonomía.	6	15
	Rescatas la virtud aristotélica de ser bueno y hacer el bien.	2	5
	Tu principal objetivo es atender al paciente con respeto.	7	17.5
	Todas las anteriores	25	62.5
	Total		100

Fuente: Encuestas de datos sociodemográficos de la enfermera

Nivel de Conocimiento acerca de la Muerte Cerebral

En un segundo análisis, se establecieron las puntuaciones del cuestionario de conocimiento de las enfermeras con base en las respuestas correctas, y los criterios siguientes: 1-2 (conocimiento bajo), 3-4 (conocimiento medio) y de 5 (conocimiento alto). Se observa que un 60% (n = 24) se encuentra en el nivel bajo, el 37.5% (n = 15) en el nivel medio y el 2.5% (n = 1) reporto nivel alto, ver figura 2.



Fuente: Encuestas de datos sociodemográficas de la enfermera

Estrategías de Afrontamiento de las Enfermeras

Para conocer las estrategias de afrontamiento más usadas por las enfermeras (objetivo 2), una vez obtenida las puntuaciones de la escala de afrontamiento, se transformaron a un índice global y por cada una de las ocho dimensiones del instrumento denominado inventario de estrategias de afrontamiento; 1) resolución de problemas, 2) autocrítica, 3) expresión emocional, 4) pensamiento desiderativo, 5) apoyo social, 6) reestructuración cognitiva, 7) evitación de problemas y 8) retirada social. En la figura 6 se muestra, que se observó una puntuación promedio de 49.06 ± 13.676 en la escala de afrontamiento.

Un segundo análisis permitió identificar las estrategias de afrontamiento por dimensiones utilizados por las enfermeras, para ello, las puntuaciones se transformaron a índices. En la tabla 2, se observa que el índice de reestructuración cognitiva presentó una puntuación media de 70.50 ± 25.837 , evitación de problemas 64.83 ± 28.082 , apoyo social 64.33 ± 27.406 , pensamiento desiderativo 64 ± 27.624 , resolución de problemas 60.39 ± 21.552 , retirada social 53.28 ± 32.645 , expresión emocional 47.79 ± 22.017 , autocrítica 37.75 ± 24.204 , el índice total con un rango de 77.23 ± 24.786 , ver Tabla 2.

Tabla 2. Índice por estrategias de afrontamiento.

Índice por Tipo de Estrategias de Afrontamiento	Media	DE
Reestructuración cognitiva	70.50	25.837
Evitación de problemas	64.83	28.082
Apoyo social	64.33	27.406
Pensamiento desiderativo	64.00	27.624
Resolución de problemas	60.39	21.552
Retirada social	53.28	32.645
Expresión emocional	47.79	22.017
Autocrítica	37.75	24.204
Índice total:	77.23	24.786

Fuente: Cuestionario de Inventario de estrategias de afrontamiento.

Diagnosticos enfermeros en el cuidado del niño con muerte cerebral.

Los principales diagnosticos de enfermería, resultados e intervenciones reportados por las enfermeras en niños con diagnóstico médico de muerte cerebral (Objetivo 3) fueron:

Riesgo de duelo disfuncional relacionado con muerte o pérdida 80% (n = 32) y el 20% (n = 8) no. El resultado modificación psicosocial, cambio de vida el 35% (n = 14), expresiones de sentimientos permitidas el 67.5% (n = 27), identificación de múltiples estrategias de superación 42.5% (n = 17) y uso de estrategias de superación efectiva 47.5% (n = 19).

Las intervenciones relacionadas fueron 1) aumentar el afrontamiento 90% (n=36), 2) apoyo emocional 82.5% (n = 33) y 3) asesoramiento: disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad 95% (n = 38). Declarar la verdad al paciente (familia) con sensibilidad, calidez y franqueza 85% (n = 34), apoyo en la toma de decisiones 70% (n = 28).

El diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 82.5% (n = 33). El resultado Integridad tisular, consecuencia de la movilidad 57.5% (n = 23). Incluyeron las intervenciones: Vigilancia de la piel, cambio de posición, PUP, manejo de medicación / líquidos 62.5% (n = 25).

El diagnóstico: riesgo de infección 77.5% (n = 31). Con el resultado severidad de la infección 70% (n = 28). La intervención de protección contra las infecciones, vigilancia de la piel 82.5% (n = 33).

El diagnóstico de dolor agudo 57.5% (n = 23), el resultado: Control del dolor, nivel de comodidad 62.5% (n = 25) y la intervenciones: Manejo y administración de la medicación, vigilancia, cambio de posición 77.5% (n = 31).

Discusión

El perfil sociodemográfico de las enfermeras del estudio incluyó a seis de cada diez mujeres casadas o con pareja, de religión católica, con escolaridad de licenciatura en enfermería, enfermeras técnicas principalmente, adscritas a los servicios de medicina interna, UCIN, urgencias y terapia intensiva.

El nivel de conocimiento de las enfermeras acerca de la muerte cerebral fue bajo en 6 de cada diez, nivel medio en un tercio de la muestra y alto en una de cada 10.

Las estrategias de afrontamiento más usadas fueron reestructuración cognitiva, estrategia cognitiva que modifica el significado de la situación estresante, evitación de problemas, que incluye la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con la situación estresante, apoyo social, referida a la búsqueda de apoyo emocional, pensamiento desiderativo, es una estrategia cognitiva que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante, resolución de problemas, es una estrategia cognitiva y conductual encaminada a eliminar el estrés modificando la situación que la produce.

Las estrategias de afrontamiento con menor índice fueron retirada social, estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante, expresión emocional, estrategia encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés y autocrítica, estrategia basada en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la muerte o su inadecuado manejo⁴.

De acuerdo con Benbunan-Bentata y colaboradores el mayor nivel de estrés para enfermería lo producen las experiencias clínicas en torno al cuidado de pacientes en fase terminal o muerte y el sufrimiento ajeno (expresión de dolor, queja, llanto) del niño y la familia que pueden generar tristeza y ansiedad. Lo que puede sugerir que para las enfermeras, el acontecimiento estresante de cuidar de un niño con muerte cerebral o en fase terminal y la atención de la familia en duelo con sufrimiento es una experiencia clínica difícil por lo que la evitan, les implica una serie de emociones y puede llevarlas a sentimientos de incompetencia o fracaso por la muerte⁵.

La capacidad de afrontar, para atenuar las consecuencias estresantes que la muerte del niño y el sufrimiento que provoca en la familia, puede representar una competencia clínica clave que podría desarrollarse por medio de programas de intervención en enfermeras para manejar el estrés generado por las situaciones clínicas, autocontrol, la comprensión y comunicación ante la muerte y sus etapas, el apoyo a la familia en duelo y las técnicas de relajación.

Conocer el significado de la situación estresante, permitirá establecer medidas preventivas para mejorar las experiencias clínicas de las enfermeras que cuidan niños y sobre todo a fortalecer el cuidado que se otorga a los niños en fase terminal y acompañar a la familia que está pasando por un momento difícil.

El personal de salud también presenta dificultades en el afrontamiento de la muerte de un niño, sobre todo al relacionarse con el niño y su familia⁶. La atención de los niños es orientada al estudio del crecimiento y desarrollo de una nueva vida, lo que influye en que los profesionales contemplen a sus pacientes con una perspectiva de vida y raras veces, valoren la posibilidad de muerte. Sin embargo, cuando el personal de salud, entre ellos enfermería, se desempeñan en entornos pediátricos se pueden enfrentar al cuidado de niños con enfermedades crónicas o terminales, que desde el mismo momento del diagnóstico pueden llevar aparejadas un pronóstico vital recortado⁷.

Los profesionales frecuentemente no reciben formación para afrontar la muerte de sus pacientes. Los clínicos a veces no reconocen que se puede aprender a ayudar a la gente a morir y que esto sea materia de estudio y actualización, pues se les ha enseñado a pensar y actuar como si la muerte de cada paciente fuera algo accidental⁷. En el personal de enfermería, en continuo contacto con el niño, puede observarse cierta irritabilidad ante los médicos que ordenan los tratamientos o frente a los padres por no involucrarse o implicarse demasiado en los cuidados ⁸.

Así, los procesos de afrontamiento de la muerte generan un desgaste emocional para los profesionales que puede ocasionarles un daño a la salud. Los programas de entrenamiento específico en habilidades de relación (como el counselling) y el trabajo en equipo, pueden mejorar el nivel de competencia al menor costo emocional para todos los intervinientes⁹.

En otros casos, las familias se encontrarán con un sistema de salud que deja a las familias con el recuerdo doloroso de un sufrimiento innecesario, con el recuerdo de actitudes y palabras insensibles, dolorosas y dudas durante toda la vida sobre las decisiones que tuvieron que tomar en un momento determinado¹⁰.

Por otra parte, el análisis del proceso de atención de enfermería que las participantes brindan al niño y a la familia en la etapa terminal, incluyeron cuatro diagnósticos principales: Riesgo de duelo disfuncional, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de infección y Dolor agudo. De acuerdo a Rincón, Martino, Cata y Montalvo 2008 cuando un niño muere se une la inocencia, la impotencia y el pensar que no ha tenido tiempo para vivir. La muerte de un hijo es la pérdida más traumática para los padres, ya que se enfrenta también a la vivencia de destrucción de una parte de sí mismo, la más vinculada a los proyectos y las esperanzas de futuro¹¹. Los sentimientos del padre son mezcla de los sentimientos hacia sí mismo, hacia el niño y hacia la pareja. La muerte de un niño puede afectar a la salud física y el bienestar psicológico de los miembros de la familia para el resto de sus vidas. Cuando la familia es informada de que el niño va a morir se inicia un proceso de confusión y angustia, en el que las decisiones relacionadas con el cuidado y tratamiento de la enfermedad, surge la necesidad de la esperanza.

También pueden sentir emociones contrapuestas; protección/desvinculación; desesperanza/ culpa por sobrevivir, incredulidad y negación ante el cambio de

pronóstico; miedo al dolor y sufrimiento, a la capacidad de prestar cuidados, al descontrol emocional¹².

El estudio de Kreicbergs et al 2005 sobre el duelo en los padres sugiere que el control del dolor, la atención durante el momento de la muerte, y la realización de seguimiento después de la muerte del niño, son factores que pueden reducir a largo plazo la angustia en el duelo de los padres¹³. En otras palabras, mejorar el cuidado del niño enfermo, el control de síntomas y la atención en la agonía puede ser también beneficioso para los padres a largo plazo. Además el cuidar a un hijo al final de la vida en casa facilita la elaboración del duelo¹⁴. La perspectiva de la familia es fundamental para avanzar en la calidad asistencial de los cuidados paliativos pediátricos.

Monterroso y Colaboradores en el 2007 en un estudio sobre las necesidades percibidas por los padres, encontraron que la necesidad prioritaria es la información clara y honesta sobre la situación de su hijo y el pronóstico que les facilite la adaptación en cada fase de la evolución.¹⁵

Los estudios sobre necesidades y mejora en la atención del niño al final de la vida se suelen realizar sobre la percepción de las familias que han perdido un niño, sobre todo mediante entrevistas realizadas a padres. Estas entrevistas principalmente apuntan la necesidad de que el equipo médico se comunique con la familia con honestidad y completa información, que los padres puedan tener acceso al personal de salud y se les facilite la expresión emocional y personal de apoyo. Asimismo surge la necesidad de la coordinación entre los servicios, que se asegure la integridad de la relación padre-hijo y se aborden cuestiones relacionadas con la espiritualidad ayudando a encontrar un significado a la vida de su hijo y respetar las creencias y valores de los miembros de la familia¹⁶.

Rincón y colaboradores sostienen que la preocupación principal de los padres es que sus hijos no sufran dolor o incapacidad. Ellos pueden manifestar sentimientos de inutilidad y culpa por haber sometido a su hijo a tratamientos que no han tenido el resultado que se esperaba. Es fundamental que antes del cambio de actitud terapéutica, los padres tengan la seguridad de que se ha hecho todo lo posible para curar la enfermedad y salvar la vida de su hijo y que se le va a proporcionar el mayor confort y control de síntomas¹¹.

Finalmente las enfermeras incluyeron en sus planes de cuidados dos diagnósticos con enfoque biológico y dos psicosociales, sin embargo no se consideraron los de la dimensión espiritual. La Organización Mundial de la Salud, 2002 define los cuidados paliativos pediátricos como “El cuidado activo total del cuerpo, mente y espíritu del niño, y también abarca el cuidado ofrecido a la familia”. Empieza cuando se diagnostica la enfermedad y continúa independientemente de que el niño reciba un tratamiento orientado hacia su enfermedad o muerte. ¹⁶

Conclusiones

Con base en los resultados se concluye que el conocimiento de las enfermeras acerca de la muerte cerebral fue de nivel bajo y medio. Las estrategias de afrontamiento más usadas fueron reestructuración cognitiva, evitación de problemas, apoyo social, pensamiento desiderativo y resolución de problemas. Las estrategias de afrontamiento menos utilizadas fueron retirada social, expresión emocional y autocrítica.

El plan de cuidados de enfermería se enfoca en la atención emocional y física del niño y su familia. Los hallazgos sustentan la necesidad de realizar intervenciones psicoeducativas para mejorar los recursos, habilidades, así como las estrategias de

afrontamiento activo y las competencias de cuidado integral en el personal de enfermería. Además de la creación del área de cuidados paliativos en la unidad.

Bibliografía

1. Novoa SF. Brain death and its meaning. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2013 Oct 20]; 78(4): 355-362. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000400002&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400002>.
2. Gherardi C. La muerte intervenida de la muerte cerebral a la abstención o retiro del soporte vital, medicina; 2002; 62: 279-290 [citado el 12 de noviembre del 2011] disponible en: URL: <http://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol62-02/3/muerteintervenida.htm>.
3. Lorda SP. Propuesta de Consenso Sobre Uso Correcto de Palabras, Ética y Muerte Digna 2011; [Citado 12 de Nov de 2011]. Disponible en: URL: http://www.researchgate.net/publication/242699709_tica_y_muerte_digna_propuesta_de_consenso_sobre_un_uso_correcto_de_las_palabras.
4. Cano GF, Rodríguez FL, García MJ. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Españolas de Psiquiatría, 2007; 35(1): 29-39.
5. Benbunan BB, Cruz QF, Roa VJM, Villaverde GC, Benbunan BBR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. International Journal of Clinical and Health Psychology 2007, 7(1): 197-205.
6. Hilden JM, Emanuel EJ, Fairclough DL, Link MP, Foley KM, Clarridge BC, Schnipper, LE, Mayer RJ. Attitudes and Practices Among Pediatric Oncologists Regarding End-of-Life Care: Results of the 1998 American Society of Clinical Oncology Survey. Clin Oncol; 2001; 19(1):205-12 [Citado 12 de Sep de 2013]. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11134214>.
7. Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. Pediatrics 2004; 114(5): 1248-52 [Citado 12 de Sep de 2013]. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15520103>.
8. Méndez X, Orgilés M, López-Roig S, Espada JP. Atención psicológica en el cáncer infantil. Psicooncología; 2004; 1(1):139-154.
9. Arranz P, Cancio H. Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En Remor E, Arranz P, Ulla, S, editores. El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Desclée de Brouwer; 2003:93-120.
10. Arrambide, SM, Gabaldón PO, Mayoral Miravete JL, González PYE, Amayra C. Los cuidados paliativos: un modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. An Pediatr (Barc). 2004; 61(4):330-5.

11. Rincón R, Martino, Elena CG, Montalvo G. Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. *Psicooncología* 2008. 5, (2-3): 425-437
12. Goodenough B, Drew D, Higgins S, Trethewie, S. Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning. *Psychooncology*; 2004; 13: 779-91.
13. Kreicbergs U, Valdimarsdóttir U, Onelöv E, Björk O, Steineck G, Henter JI. Care-related distress: a nationwide study of parents who lost their child to cancer. *J. Clin Oncol*; 2005; 23: 9162-71.
14. Mack JW, Hilden JM, Watterson J, Moore C, Turner B, Grier, HE Weeks JC, Wolfe J. Parent and physician perspectives on quality of care at the end of life in children with cancer. *J Clin Oncol*; 2005; 23:9155-61.
15. Monterosso L, Kristjanson LJ, Aoun S, Phillips MB. Supportive and palliative care needs of families of children with life-threatening illnesses in Western Australia: evidence to guide the development of a palliative care service. *Palliat Med* 2007;21:689-96.
16. Organización Mundial de la Salud, 2002 [Internet] Disponible en: <http://www.who.int> PSICOONCOLOGIA 2008. 5:425-437.