

T. González Gil

Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. Diploma de Estudios Avanzados. Instituto de Salud Carlos III. Unidad para la Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid.

Correspondencia:

T. González Gil.
Instituto de Salud Carlos III.
C/ Sinesio Delgado, 6. Pabellón 6.
28029 Madrid.
Correo electrónico: tgonzalezg@isciii.es

Cultural strategies for coping with infant death in a Pediatric Intensive Care Unit

Objetivos. Analizar cuál es la conceptualización que las enfermeras hacen de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e identificar estrategias socioculturales para el afrontamiento de la misma.

Metodología. Diseño: metodología cualitativa. Etnografía. Lugar de estudio: UCIP del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Sujetos de estudio: enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en la UCIP. Recogida de datos: observación participante y una entrevista en profundidad semiestructurada. Organización y análisis de los datos: se siguió el proceso analítico planteado desde la Teoría Fundamentada. *Software* de apoyo: Atlas-ti. **Resultados.** La muerte infantil adquiere significados específicos en el contexto de la UCIP. Símbolos y clasificaciones cognitivas dan sentido a una realidad a la que los profesionales de enfermería se adaptan a través de la creación de estrategias culturales de afrontamiento. A partir de los datos se pudieron identificar 5 estrategias: redefinición del concepto de muerte, retraso en la antropomorfización de los

niños, «el arreglo» (rituales funerarios), la metáfora del alta y la evitación de símbolos condensados.

Conclusiones. Detrás de los aspectos indiferentes de nuestra cotidianeidad se esconden complejas elaboraciones socioculturales que dan soporte a nuestro trabajo de vivir cada día. A través de la Antropología de la vida cotidiana podemos conocer y comprender aquellos aspectos de nuestra interacción con lo que nos rodea. Siendo conscientes de ellos podemos trabajarlos y elaborar nuevas estrategias para adaptarnos a las dificultades que se nos plantean, en este caso, en el contexto del trabajo con el niño críticamente enfermo.

Palabras clave: tanatología, actitud frente a la muerte, antropología cultural, enfermería.

Objectives. To analyze what is the conceptualization the nurses have of child death in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) and identify sociocultural strategies for coping with it.

- 114 Methodology. *Design: qualitative methodology. Ethnography. Study site: PICU University Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Study subjects: nurses and nursing assistants who work in the PICU. Data collection: observation participant and semi-structured in-depth interview. Organization and analysis of the data: the analytic procedure posed from the Established Theory. Software of support: Atlas-ti.*
- Results. *Child death acquires specific meanings in the PICU context. Cognitive classifications and symbols give meaning to a reality to which the nursing professionals adapt through the creation of cultural coping strategies. Based on the data, 5 strategies could be identified: redefinition of the death concept, delay in identity assignment of the children, «arrangement» (funeral rituals), discharge metaphor, and avoidable condensed symbols.*
- Conclusions. *Hidden behind the indifferent aspects of our daily life, difficult social and cultural constructs support our living and working efforts. Through daily life Anthropology we can know and understand our relationship with all our surroundings. When we are aware of them, we can develop new resources and strategies to adapt to the difficult circumstances they cause, in this case, within the context of critical ill child care.*

Key words: *thanatology, attitude to death, cultural anthropology, nursing.*

INTRODUCCIÓN

La sociedad se enfrenta a la muerte en diferentes lugares, diferentes momentos y diferentes contextos socioculturales. La muerte se entiende como un constructo sociocultural en la medida en que los miedos, las creencias, las esperanzas y las orientaciones en torno a la misma no son instintivas, sino que son aprendidas a través de los símbolos públicos¹.

La evolución de las medidas preventivas y de promoción de la salud, así como los avances en el campo de la curación, han conseguido relegar el problema de

la muerte infantil a sociedades y contextos lejanos². Sin embargo, hay contextos específicos, como las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en donde la muerte infantil deja de ser un fenómeno aislado y pasa a ser un elemento cotidiano que está presente de forma continua.

Cuidar de pacientes críticos o terminales es considerado como una de las situaciones más estresantes dentro de la profesión enfermera³⁻⁵. Hay numerosos estudios que se han centrado en el análisis y cuantificación de estos niveles de estrés. Sin embargo, no existe apenas literatura que aborde las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los profesionales para hacer frente a estas situaciones de cuidados estresantes⁶.

Las estrategias de afrontamiento, en el contexto de la literatura relacionada con el estrés, hacen referencia a los recursos cognitivos y comportamentales desarrollados para hacer frente a las consecuencias negativas del mismo⁷. Estas estrategias se pueden desarrollar a nivel individual o a nivel colectivo como grupo sociocultural que comparte un lugar y un tiempo de trabajo.

El afrontamiento a nivel colectivo hace referencia a la capacidad del grupo de crear representaciones sociales compartidas⁸. Este conjunto de representaciones sociales hace referencia al sistema de valores, ideas y prácticas establecidas de forma consensuada en torno a un fenómeno, y que permite a los miembros del grupo interaccionar de forma adecuada con lo que y los que le rodean⁹.

A través de este estudio se pretende analizar la conceptualización que los profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) hacen de la muerte infantil en un contexto concreto que es la UCIP, y explorar las estrategias colectivas que, como grupo sociocultural, desarrollan para hacer frente al proceso de la muerte infantil en su lugar de trabajo.

METODOLOGÍA

Metodología y orientación teórico-metodológica

Este estudio se enmarca dentro del paradigma post-estructuralista que sostiene que existen múltiples realidades dinámicas que son construidas por cada uno

de nosotros en constante interacción con lo que nos rodea¹⁰.

Para llevarlo a cabo se optó por utilizar una metodología cualitativa, utilizando la etnografía como orientación teórico-metodológica. La etnografía nos acerca a los fenómenos desde la lente antropológica, de modo que son los aspectos culturales (creencias, valores, normas, actitudes, formas de actuar socialmente aceptadas, etc.) los que van a constituir nuestro foco de estudio¹¹⁻¹⁴.

Lugar de estudio

El estudio se realizó en la UCIP del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, en Madrid. La UCIP es una unidad polivalente compuesta por 7 camas para pacientes críticos, 3 para pacientes intermedios y 2 aislados, donde se atienden niños con patologías médicas y quirúrgicas. Las edades de los niños son muy variadas y abarcan desde el periodo neonatal (en el caso de la corrección de cardiopatías congénitas) hasta los 14-15 años. Esta variedad, tanto en rango de edad como en patologías y número de pacientes, hacía de la unidad un lugar de estudio rico para explorar el fenómeno objeto de estudio.

Población de estudio: características y selección de los participantes

Se consideraron como actores e informantes todas aquellas enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajaban en la UCIP durante el tiempo de observación. Finalmente se incluyó, dentro de las fichas de actores, a 16 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería y dos alumnas de enfermería en prácticas.

A la hora de realizar las entrevistas informales, en el contexto de la observación participante (OP), se llevó a cabo un muestreo por propósito en función de la capacidad de aportación y la disponibilidad e interés de los informantes. En el caso de la entrevista en profundidad semiestructurada, se eligió al informante también por propósito¹⁵⁻¹⁸ en función del papel representativo que tenía dentro del equipo de enfermería, y por la gran experiencia que tenía en el cuidado del niño crítico.

Recolección de los datos

La recogida de datos se realizó mediante OP¹⁹⁻²⁴ como técnica principal. El tiempo de observación fue durante el turno de trabajo de tarde entre los meses de noviembre de 2004 y abril de 2005. Se realizaron sesiones de observación de entre 2 y 3 horas durante dos días a la semana, con un total de aproximadamente 90 horas de observación. Durante el tiempo de OP se realizaron numerosas entrevistas informales no estructuradas a modo de conversación. Durante la OP se tomaron notas de campo que luego fueron ampliadas de forma rigurosa al finalizar cada sesión de observación. En el caso de las entrevistas informales, al no poder ser grabadas por su carácter informal y espontáneo, fueron transcritas en el diario de campo, con la mayor fidelidad posible, en tercera persona y entrecomillando aquellas expresiones que fueran «literales».

De forma complementaria a la OP se realizó una entrevista semiestructurada²⁵ a un informante clave que, además, adquirió el papel de portero en el acceso al campo de estudio. Dicha entrevista fue grabada con el consentimiento verbal del informante y transcrita posteriormente. Su duración fue de 90 minutos. Durante la realización de la misma se tomó nota del lenguaje no verbal y se subrayaron aspectos que llamaban la atención al entrevistador. Se puede ver la guía de entrevista en la [tabla 1](#).

Análisis de los datos

Para realizar el análisis de los datos se siguió el esquema analítico planteado desde la Teoría Fundamentada tal y como lo proponen Strauss y Corbin²⁶⁻²⁹. Así, se realizó una primera codificación subrayando aquellas palabras, frases o párrafos que resultaran significativos, atribuyéndoles un código o etiqueta. A continuación se crearon categorías para englobar todos los códigos identificados anteriormente y agruparlos según significados compartidos. Se trabajó cada una de las categorías intentando identificar las características y dimensiones de las mismas, así como el establecimiento de subcategorías. Durante estas tres fases se realizó una comparación constante entre códigos, categorías y características de las mismas y se realizaron

116 memos analíticos y diagramas. Se hizo uso de la literatura como mecanismo de estimulación de la sensibilidad teórica.

Para la organización y análisis de los datos se utilizó el programa informático Atlas-ti como herramienta de apoyo.

Criterios de calidad

La calidad y rigurosidad han sido trabajadas mediante las estrategias de reflexividad^{30,31} y validación por parte de los actores³². La reflexividad hace referencia a la reflexión que el investigador realiza a lo largo del proceso de investigación sobre su papel dentro del campo, sobre la influencia de su subjetividad en la recogida de datos y en el análisis de los mismos. En cuanto a la validación por parte de los actores, tras la redacción de los resultados estos fueron presentados al personal de enfermería de la UCIP para ver si se sentían identificados con la realidad expuesta.

Consideraciones éticas

El acceso al campo contemplaba el consentimiento del grupo para ser observado y pasó por todos los trámites necesarios y establecidos por el centro hospitalario (se mantuvo una entrevista con la jefatura de

área del Hospital Materno Infantil y con la supervisión de la UCIP; posteriormente se recibió permiso por parte de la Gerencia del Hospital). El consentimiento para la entrevista semiestructurada fue verbal.

La confidencialidad de los datos de los actores fue respetada en todo momento. Los datos originales fueron conservados en una base de datos a la que solo tenía acceso el investigador. Los actores fueron identificados mediante un código.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a las limitaciones temporales del estudio (ejercicio académico para la obtención de la Suficiencia Investigadora), los objetivos del mismo tuvieron que ser acotados para ser coherentes con los recursos disponibles, y así asegurar la viabilidad del estudio. Hubiera sido deseable poder contar con una mayor disponibilidad temporal para seguir indagando en el campo e incluir a los profesionales de la medicina como actores objeto de nuestra observación. De este modo se hubiese podido acceder a un más profundo conocimiento de la realidad de la muerte infantil en la UCIP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La exposición continua a la muerte infantil crea situaciones de difícil afrontamiento en los cuidadores. En cierta medida, los profesionales reconocen no tener conocimientos para abordar este tipo de situaciones, no tener capacidad o «fuerza suficiente» para hacerles frente, y no contar con recursos de apoyo.

E5: «Los años de trabajo no cuentan, que la muerte afecta siempre...» (1-120).

«...no sabes cómo enfrentarte a ello, no sabes qué decir» (1-242).

Durante una conversación con E1, E5 y E13, reseñan la necesidad de un psicólogo que les de orientaciones y que les haga hablar y desahogarse porque «...no todo es tan bonito ni tan malo» (1-379).

Tabla 1. Guía de entrevista. Entrevista en profundidad individual semiestructurada

¿Me puedes hablar sobre tu experiencia profesional relacionada con el cuidado del niño crítico?
¿Qué aspectos relevantes destacarías del trabajo con los niños en general, y del trabajo con los niños críticos en particular?
¿Cómo se integra la muerte infantil en tu práctica profesional cotidiana?, ¿de qué modo está presente en la cotidianidad del trabajo?
¿Cómo se integra la muerte infantil en la dinámica de trabajo de la Unidad?
¿Hay algo en la dinámica de la Unidad que percibas como recurso de ayuda para el afrontamiento del cuidado del niño crítico y la muerte infantil?

Esta sensación de falta de conocimiento es algo común y está presente en otros estudios relacionados con el tema⁵. La necesidad de que se instauren recursos de apoyo es algo a lo que también hacen referencia estudios anteriores (principalmente haciendo referencia a los grupos de autoapoyo y al soporte por parte de profesionales de salud mental)^{3,5}.

Sin embargo, pese a esta sensación tan intensa de «no estar preparados» y de «no saber cómo hacer frente», el personal de enfermería construye y adapta la realidad de la muerte infantil a su contexto, y va creando, como grupo sociocultural, un conjunto de estrategias para hacer frente a la muerte infantil. Este proceso permanece en la sombra de modo que las estrategias quedan camufladas en lo cotidiano del trabajo diario tal y como sugiere Hopkinson⁴ cuando hace referencia a la creación de redes traslúcidas (patrones de pensamiento y comportamiento generados por la necesidad de restaurar el sentido de confort ante situaciones de cuidado estresantes, adoptados en coherencia al contexto sociocultural y a las historias personales, dinámicos y parcialmente inconscientes).

E5: «Hay algo que te hace ser más duro, aunque en algunos momentos decaigas» (1-139).

A3: «Me estoy leyendo Historias de una Enfermera y en algún capítulo dice que después de que fallece alguien siempre hay alguien que recolecta dinero para hacer una merienda... es como una manera de dejarlo a un lado y seguir...» (1-246).

Las estrategias desarrolladas, identificadas a través de este estudio, pasan por la reelaboración del concepto de muerte, así como la creación de metáforas y símbolos, y la instauración de rituales de los que se hace uso en diferentes momentos: previa o posteriormente a la muerte o fallecimiento de un niño.

Los recursos utilizados previamente a la muerte (retraso en la antropomorfización de los niños) tienen como principal objetivo el no crear relaciones afectivas con el niño críticamente enfermo, el establecer «distancia emocional»⁴. Los utilizados posteriormente a la muerte (rituales, evitación de símbolos condensados y creación de metáforas) buscan el desplazar la realidad de la muerte a través de la simbología.

Redefinición del concepto de muerte

117

En un contexto específico, como es la UCIP, la realidad de la muerte adquiere matices de significado especiales que se traducen en la generación o modelación de los sentimientos³³.

Así, los profesionales de enfermería hacen referencia a la muerte a través de atributos tales como «muerte necesaria» o «esperanza». La muerte necesaria se contempla en situaciones en las que los niños poseen enfermedades crónicas y en situaciones que generan mucho sufrimiento tanto para el niño como para los padres. Esta posición con respecto a la muerte se puede sostener en la propia identidad enfermera (que extiende el cuidado más allá de la recuperación o restablecimiento de la salud ayudando y cuidando en y para la muerte), condicionando la generación de sentimientos no compartidos en otros contextos como son la «tranquilidad» y la «paz» al morir un niño. Estos resultados serían coherentes con los conceptos de «buena muerte» y «mala muerte», donde la «buena muerte» responde a aquella ante la cual la enfermería mantiene cierto control, es una muerte predecible, somos conscientes de que va a suceder, ocurre en un momento apropiado y, en cierto modo, es deseada^{34,35}.

Por otra parte, en el discurso de los profesionales se puede observar que no todas las muertes son contempladas de igual modo. Se puede identificar una clasificación cognitiva en torno a los tipos de muerte que se vivencian en la UCIP en función del sentimiento mayor o menor de pérdida que producen. Así, produce un mayor sentimiento de pérdida la muerte de un niño mayor, frente a un neonato; una muerte imprevisible («mala muerte»), frente a una previsible («buena muerte»); la muerte de un niño al que se le ha asignado identidad, frente a aquel al que no le ha sido asignada; la muerte de un niño consciente de su proceso, frente al niño que no lo es, y la muerte de un niño con cuya familia se ha establecido una relación cercana, frente a la muerte de un niño con cuya familia no se ha establecido ninguna relación.

«...bueno, al ser un niño crónico y llevar mucho tiempo esperando el momento, al verse venir... es distinto...» (1-308). «No es lo mismo que se muera un niño de 3 que uno de 13» (1-601).

118 «...en la muerte de un niño crónico, priman los lazos afectivos. La muerte repentina es una putada de la vida...» (1-377).

«No sé... cuanto más pequeños menos te encariñas... pero no has podido disfrutar de él» (1-378).

Retraso en la antropomorfización de los niños

Se entiende por antropomorfización el proceso a través del cual los profesionales sanitarios atribuyen características humanas a los niños tales como la conciencia, la voluntad, la intencionalidad, la conciencia de sí, la capacidad de sufrir y la memoria³⁶. Por otro lado, la asignación de identidad hace referencia a la concepción de un niño como persona, como un complejo de relaciones sociales³⁷. La antropomorfización es, pues, un proceso de asignación de identidad.

En la medida en que a un niño no se le contempla como tal asignándole identidad de niño, se le contempla como caso, se le cosifica. Este es un aspecto ya matizado por autores como Goffman³⁸ y Scheper Hughes³⁶ y es un recurso utilizado para no crear lazos sentimentales que reagudicen el sentimiento de pérdida en el caso del fallecimiento del niño. En este sentido, el niño es manejado de una forma más técnica, como un caso clínico. La antropomorfización de los niños en la UCIP se realiza a través de las prácticas de nominación, del establecimiento de procesos de comunicación con ellos, del vestido y de la asignación de elementos propios del mundo infantil.

El nombre refleja las posiciones variables de una persona dentro de su grupo y que su identidad está constituida. En la UCIP los niños son referenciados, en ocasiones, como números de cama o a través de nombres de patologías; otras veces, a través de nombres impersonales pero cariñosos, y en ocasiones, por su nombre de pila.

E12 y la enfermera que ha venido a verla hablan de un niño con no sé qué problema en el ventrículo derecho y que está conectado a una membrana de oxigenación extracorpórea. Se refieren a él como «niño gamba» (1-32).

E1 cuida de la niña de 3 meses diagnosticada de muerte encefálica: «Vamos a ponerte guapa, reina mora» (1-185).

E1 cuida a una niña de 8 años a la que han operado de una comunicación interauricular. Según me cuenta E1, debió haber un periodo de hipoxia y está «a por uvas». Al referirse a ella y dirigirse a ella lo hace con el apelativo de «mi chica».

A5 regaña a un niño de unos 5 años: «Se acabaron las contemplaciones M.... ponte las gafas nasales (las tiene caídas a modo de collar en el cuello) ¡qué es eso de quitárselas cuando uno quiere!... y ahora a subirse, si se baja porque le da la gana, ayer hizo lo mismo.... ¡No haces caso a nada de lo que te decimos!» (1-498).

El caso de R es también un caso de cronicidad, tiene 9 años y ha ingresado numerosas veces en la unidad. E6: «¿R tienes ganas de ir al cole? R: no. E6: pero tendrás amigos y... alguna novieta, ¿no? R: mi novia eres tú. E6: pero yo soy tu novia de aquí, del hospital, pero en clase...» (1-566).

En cuanto al establecimiento de procesos de comunicación con los niños, se puede interpretar que el establecer un proceso de comunicación con alguien que no es capaz de respondernos es guardar simbólicamente el lugar social de esta persona³⁹. De modo que, en la medida en que se atribuye capacidad de formar parte de un acto de comunicación a un niño, se le está asignando identidad de niño.

Me siento a hablar con E6, estamos en la sala de semicríticos con tres niños crónicos, parece una guardería, todos jugando. Le pregunto a E3 qué tal lleva trabajar con este tipo de pacientes, cuando ella me contesta:

E3: «Bueno, me gusta pero requiere mayor esfuerzo psicológico porque tienes que estar pendiente de ellos, hablar con ellos... les coges cariño, te implicas más... Sin embargo con los niños del otro box (box de críticos) te implicas menos, haces tu trabajo pero requiere menos relación con ellos... aunque trabajes más» (1-575).

En el contexto de una conversación con E3, y comentando la situación excepcional que se ha dado durante estas últimas semanas en que en el box de

crónicos hay tres niños mayores (5-9 años) que no paraban de jugar y hablar, me comenta: «si el niño ha estado intubado todo el tiempo, y entonces no has podido hablar, establecer una relación de hablar y tal con él, bueno, pues lo sientes pero, ineludiblemente...» E3 en este fragmento de conversación da a entender que no se puede establecer un proceso de comunicación con un niño que no es capaz de manejar el lenguaje verbal y, en la medida en que no se establece esta comunicación, se siente menos la pérdida del niño (4-40).

Por otra parte, el vestir a un niño implica también el asignarle identidad de niño en la medida en que deja de ser cuerpo expuesto a técnicas y procedimientos para pasar a ser niño con otras necesidades que requieren cuidados menos técnicos y más integrales. El cuerpo desnudo es un disfraz que transforma al niño en objeto de trabajo⁴⁰. El cuerpo desnudo y expuesto se desvincula de su carácter humano para ser elemento de trabajo.

Preparando el alta de un lactante, E13 le comenta a A1: «...antes de ir a la planta... le vamos a poner un pantalón, le vamos a vestir de hombre...» (1-270).

Mientras E8 prepara bombas y material para el alta a la planta de la niña (6 meses aproximadamente), A2 le pone un body y la peña (1-50).

E1 ha estado colocando (como dicen ellas) al niño que cuida. Es un lactante de apenas un mes de vida. Al acabar de realizar todos los cuidados E1 saca unos calcetines de colores del cajón y se los coloca (el resto del cuerpo está desnudo) (1-190).

Y, por último, se entiende como «mundo infantil» todos aquellos elementos que, de forma cotidiana, forman parte de lo que rodea a un niño en su relación con el mundo (juguetes, diversión, cuentos, pinturas, educación, etc.).

En la UCIP todas estas estrategias de asignación y reafirmación de la identidad son retrasadas y postergadas a situaciones en las que los niños se alejan de su situación crítica o próxima a la muerte, en las que el niño se cronifica, o en situaciones en las que el niño es mayor y tiene capacidad de comunicación a través del lenguaje verbal.

El arreglo

119

«El arreglo», «actividad de arreglar» o de «colocar», tal y como lo refería el equipo de enfermería, consiste en un conjunto de cuidados destinados a cubrir las necesidades básicas del niño (necesidades contempladas por Virginia Henderson⁴¹), tales como la higiene, el vestido adecuado, la seguridad y el bienestar, el mantener una postura adecuada y el descanso. El arreglo es realizado de forma rutinaria y ritualizada (de manera ordenada, secuenciada y estandarizada), una vez por turno, a todos los niños de la unidad.

Por otra parte, el «arreglo» es también realizado con los niños que han fallecido. En este contexto, este conjunto de actividades, además de dar respuesta a una serie de medidas de higiene mortuoria, podrían contemplarse desde la antropología simbólica como un ritual⁴² funerario en el que el objetivo último es el ayudar al personal de enfermería a hacer frente a la muerte de un niño⁴²⁻⁴⁴.

En el contexto de la conversación informal sobre cómo «arreglaban a los niños que fallecían, y tras hablar del vestido del niño muerto, le pregunto a A1 que qué siente cuando viste a un niño muerto:

A1: «Generalmente te gusta vestirlos,... los dejas tan bonitos, como si estuvieran dormidos, guapetones» (1-450).

Le pregunto a A3 por qué visten a los niños:

A3: «Les vestimos porque son bebés. Vestidos parecen otra cosita, les ponemos guapos, ...además para los padres es otra impresión. Es como si ya no pudieses hacer nada y entonces... les lavas y les pones guapos. Vestidos están como recogiditos, más protegidos» (1-457).

La metáfora del alta

En muchos aspectos el proceso de alta médica sigue los mismos pasos que la salida de un niño de la unidad por fallecimiento. Esta semejanza hace que en numerosas ocasiones los profesionales de la UCIP trasladen la sensación de alta médica a las situaciones de marcha por fallecimiento.

120

La metáfora nos permite adaptarnos a la realidad transfiriendo la misma a otras realidades diferentes más fáciles de afrontar⁴⁵. La esencia de la metáfora es entender y experimentar una cosa en términos de otra, lo que hace que se oculten esos aspectos dolorosos o difíciles que se vuelven inconscientes con la metáfora⁴⁶⁻⁴⁸.

En la entrevista mantenida con E3 hablando sobre la muerte de los niños:

«Una compañera decía: bueno, es como si se hubiera ido a la pediatría de arriba, ¿no?, o sea, es como si se hubiera ido de alta, se va a otro sitio... pero realmente el tomar conciencia de que se ha muerto y tal...» (4-37).

E3 durante la misma conversación:

«Es un poco lo que decía antes, de alguna forma como que al niño se lo llevan y, bueno, pues... yo no sé si se lo han llevado a otra planta o dónde se lo han llevado» (4-74).

«...luego creo que una mantiene como defensa la fantasía como que se van a otro sitio. Yo no sé hasta qué punto tomamos conciencia de que los niños se han muerto» (4-29).

«...yo creo que, de alguna forma, como que el niño se va de aquí...» (4-31).

Evitación de símbolos condensados

Hay ciertos elementos en la UCIP que están cargados de fuertes connotaciones con respecto a la muerte. Se pueden considerar símbolos con fuerte capacidad condensadora que son capaces de despertar grandes emociones⁴⁹. En la medida en que estos elementos hacen presente la muerte en sí misma y la exponen sin tapujos, son evitados por las enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCIP.

Haciendo referencia al sudario:

E2: «¿Qué es eso?»

A1: «Sí, hombre, las bolsas de plástico blancas de cremallera donde se mete a los muertos...» (1-819).

Hablando sobre el sudario con un grupo de auxiliares y enfermeras:

«Yo no sé ni dónde están, y, en realidad ¿cómo son los sudarios aquí? Yo no lo he puesto nunca.

Hay turnos que igual sí lo ponen más, al niño de ayer se lo pusieron» (1-432).

A1: «Sí hombre, las bolsas de plástico blancas de cremallera donde se mete a los muertos». E2: «Eso no se utiliza nunca». A1: «No sé si habrá, vamos a ver si hay en el almacén» (1-820).

A1: «¿Te acuerdas si había sudarios? A3: «No sé, creo que nunca los he buscado». A1: «No sé si habrá... sí, mira... ¿ves?, es como una bolsa de plástico con cremallera...» (1-822).

Durante la entrevista E3 comenta:

«Pero el hecho de meterlos en el plástico ese ha costado mucho... pero bueno, eso es un paso que costaba más... el hecho de poner la mortaja es como una situación de realidad de muerte, ¿no?» (4-72).

«El hecho de poner la mortaja, normalmente ya te sitúa en el contexto de la muerte» (4-75).

Podemos hacer referencia así al sudario. El sudario o mortaja es descrito por las enfermeras y auxiliares como una bolsa de plástico con cremallera, de color amarillento claro pálido, de tacto desagradable, donde se mete a los muertos. El sudario es normativamente utilizado para el manejo de cadáveres en el hospital, sin embargo, en la UCIP no es utilizado (hasta el punto de no saber dónde están colocados en el almacén, si hay o no, o incluso cómo son). Su uso está descatalogado y se evita siempre que se puede (excepto en los casos en que se precisa autopsia) en la medida en que evoca a la muerte en su máxima expresión. De una forma especial, la cremallera del sudario es un elemento clave, cuyo cierre hace palpable la realidad del manejo del cadáver. Detrás de la no utilización del sudario existe todo un constructo de significados que guían la práctica asistencial a través de los recursos de evitación.

CONCLUSIONES

El ser humano tiene la necesidad intrínseca de encontrar, si no una explicación a la muerte, sí una manera de adaptarse a ella. El hombre, como ser socio-cultural, participa de una realidad compartida, de una realidad creada a partir de valores, creencias, normas y formas de hacer. La sola pertenencia al grupo y el compartir y participar de todo lo anterior permite al

individuo adaptarse a la realidad cotidiana. De igual modo, la capacidad simbólica del hombre le permite adaptarse a situaciones difíciles de la cotidianidad de forma eficiente a través del uso de símbolos, metáforas y rituales. El caso abordado es un ejemplo de esta capacidad de adaptación.

Detrás de los aspectos indiferentes de nuestra cotidianidad como profesionales de la salud se esconden complejas elaboraciones socioculturales que dan soporte a nuestra tarea de trabajar cada día en contacto con la enfermedad, la vida y la muerte.

Reflexionar e investigar sobre la enfermería y sobre el desarrollo de nuestra actividad profesional nos hace ser conscientes de nuestras limitaciones y nuestras capacidades. Nos permite conocernos mejor, lo que, al final, se traduce en un mejor desarrollo de nuestra actividad asistencial y en una mayor calidad en nuestros cuidados. Identificar nuestras limitaciones y estrategias para enfrentarnos a la enfermedad y la muerte como elementos de nuestro trabajo nos hace ser conscientes de nuestra naturaleza humana, y nos aporta recursos para crecer como personas y profesionales de los cuidados. Por otra parte, la identificación de estrategias de las que, como en este caso, no somos conscientes, permite reforzar las mismas de forma consciente ayudándonos en el afrontamiento de las situaciones adversas y estresantes, como la muerte del paciente crítico.

A partir de la evidencia cualitativa que aporta este estudio, se plantea la necesidad de desarrollar nuevos modelos de intervención más humanizados y adaptados a las necesidades, en este caso de los profesionales (modelos que, a su vez, repercutirán en la calidad de los cuidados prestados). En esta misma línea se recomienda, de cara a futuras investigaciones, el realizar estudios de evaluación de dichas intervenciones que justifiquen su eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sudnow D. *Passing on. The social organization of dying*. New Jersey: Prentice Hall; 1967.
2. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. *Mortalidad en la infancia en Madrid*. UCM. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. CAM; 1999.
3. Small M, Engler AJ, Rushton CH. Saying goodbye in the intensive care unit: helping caregivers grieve. *Pediatr Nursing*. 1991; 17:103-5.
4. Hopkinson JB. Everyday death: how nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud*. 2005;42:125-33.
5. Spencer L. How nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *J Adv Nurs*. 1994;18:1141-50.
6. Lenart SB, Bauer CG, Brighton DD, Johnson JJ, Stringer TM. Grief support for nursing staff in the ICU. *J Nurses Staff Dev*. 1998;14:293-6.
7. Xianyu Y, Lambert VA. Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nurs Health Sci*. 2006;8:147-55.
8. Walmsley CJ. Social representations and the study of professional practice. *International Journal of Qualitative Methods* [en línea]. 2004 [consultado el 4 de enero de 2006]; 3. Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_4/pdf/walmsley.pdf
9. Miller PA, Forbes S, Boyne DK. End of life care in the intensive care unit: a challenge for nurses. *Am J Crit Care*. 2001;10:230-7.
10. Crowe M. The power of the word: some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research. *J Adv Nurs*. 1998;28:339-44.
11. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Piados; 2001.
12. Morse JM, Richards L. *Read me first*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
13. Munhall PL. *Nursing research. A qualitative perspective*. National League for nursing. London: Jones and Bartlett; 2001.
14. Mayan MJ. *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. Edmonton: International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
15. MacDougall C, Fudge E. Planning and recruiting the sample for focus groups and in depth interviews. *Qual Health Res*. 2001; 11:117-26.
16. Morse JM. Determining sample size. *Qual Health Res*. 2000;10: 3-5.
17. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract*. 1996;23:522-5.
18. Thompson C. Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling. *Qual Health Res*. 1999;9:815-28.
19. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Piados; 1987.
20. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociología; 2003.
21. Guasch O. *Observación participante*. Madrid: CIS; 2002.
22. Sanmartín R. *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel Antropología; 2003.

23. Savage J. Participate observation: standing in the shoes of others? *Qual Health Res.* 2000;10:324-39.
24. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index Enferm.* 2000;30:30-5.
25. Wengraf T. *Qualitative research interviewing.* London: Sage; 2004.
26. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
27. Coffey A, Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación.* Alicante: Universidad de Alicante; 2005.
28. Soriano RM, Trinidad A, Carrero V. *Teoría fundamentada. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional.* Madrid: CIS; 2006.
29. Cuesta Benjumea C. *Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
30. Carolan M. Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res.* 2003;10:7-14.
31. Pellatt G. Ethnography and reflexivity: emotions and feelings in fieldwork. *Nurse Res.* 2003;10:28-37.
32. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en investigación cualitativa. *Colomb Méd.* 2003;34:164-7.
33. Pérez Sales P, Lucena R. Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito, la construcción del sentimiento de dolor. *Psiquiatr Pública.* 2000;12:259-71.
34. Costello J. Dying web: nurses' experiences of a «good and bad» deaths in hospital. *J Adv Nurs.* 2005;54:594-601.
35. Garros D. A «good» death in pediatric ICU: is it possible? *J Pediatr (Rio J).* 2003;79 Suppl 2:S243-54.
36. Scheper Hughes N. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil.* Barcelona: Ariel; 1997.
37. Crocker C. Las reflexiones del sí. En: Strauss CL, editor. *La identidad.* Paris: Gasset; 1977.
38. Goffman E. *Internados.* Buenos Aires: Amorrortu; 1972.
39. Pazos A. *La gestión práctica del dualismo en enfermería.* XXVII Edición Cursos de Humanidades Contemporáneas. La enfermería en la cultura contemporánea. UAM. 24 febrero- 28 de abril 2005.
40. Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad.* Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
41. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en Enfermería.* Madrid:Harcourt Brace; 1998.
42. W. Turner V. *El proceso ritual.* Madrid:Taurus;1988.
43. Thomas L-V. *La muerte, una lectura cultural.* Barcelona:Paidós;1991.
44. Thomas L-V. *Rites de mort pour la paix des vivants.* Paris:Payot; 1975.
45. Piera Orts AM. Un campo semántico para la muerte desde la mirada enfermera. *Revista de Cultura de Cuidados.*1999; Año III (6):49-53.
46. Quinn N. The cultural basis of metaphor. En: Fernández J. *Beyond metaphor. The theory of tropes in anthropology.* California: Stanford University Press;1991.
47. Fernández J. La poesía en moción. Siendo desplazado por versiones, burlas y por la muerte en el país asturiano. En: Lisón C. *Temas de antropología española.* Akal;1976.
48. Lakoff G, Jonson M. *Metáforas de la vida cotidiana.* Madrid:Cátedra;1991.
49. Cátedra M. *Simbolos.* En: Pratt J, Martínez A. *Ensayos de antropología cultural.* Ariel;1996.