

Repercusión emocional en el personal de enfermería pediátrica. Revisión

Belén Perales-Guiñón, Rafael Pérez-Moltó, Francisco J Pérez-Moltó*
Departamento de Anatomía y Embriología, Universidad de Valencia

*Correspondencia: F J. Pérez-Moltó; perezmolto@uv.es

Recibido: 21-agosto-2019, revisado: 12-diciembre-2019, aceptado 30-diciembre-2019

Resumen

Repercusión emocional en el personal de enfermería pediátrica. Revisión

Para el personal de enfermería pediátrica, trabajar con niños/as requiere cierta connotación psicológica y emocional. Gestionándose de manera negativa, puede ser causa de sentimientos de impotencia, incertidumbre, tristeza y excesiva vinculación emocional; en caso de hacerlo de manera positiva, se observa una atención integral al paciente y su familia. La falta de herramientas de afrontamiento efectivo ante situaciones extremas en los pacientes, como la muerte, es causa de un manejo no efectivo de la salud.

Palabras Clave: Enfermería pediátrica, repercusión emocional

Summary

Emotional impact on pediatric nursing staff.

Revision

For pediatric nurses, working with children/s requires some psychological and emotional connotation. Managed in a negative way, it can cause feelings of impotence, uncertainty, sadness and excessive emotional bonding; if it is done in a positive way, comprehensive care is observed for the patient and his family. The lack of effective coping tools in the face of extreme situations in patients, such as death, is the cause of ineffective health management.

Keywords: Pediatric nursing, emotional impact

Introducción

Los cuidados que ofrecen los hospitales llevan en su definición el término humanización pero si las condiciones personales y laborales no son positivas, afectan a profesionales y usuarios de los servicios.

El Síndrome de Burnout es una manifestación del agotamiento profesional como consecuencia de la deshumanización entre el personal sanitario y las personas que, en general, trabajan

con otras personas. Esto se intensifica cuando los usuarios son pacientes pediátricos hospitalizados en unidades de Cuidados Intensivos [14].

Las propuestas de investigación y la formación de los profesionales sanitarios en estrategias de afrontamiento son fundamentales para manejar el impacto que produce en el personal de enfermería trabajar con niños/as. La enfermedad del paciente pediátrico hospitalizado siempre afecta a la unidad familiar. Los padres tienen que adaptarse en cada momento (diagnóstico, tratamientos...) reestructurando su vida, el proceso puede ser impredecible y requiere atención constante, los padres reaccionan según su vulnerabilidad o según su grado de resiliencia (fortaleza y competencia) [12].

El trabajo y la colaboración con las familias, y respeto a las singularidades de cada una, es fundamental para que el personal sanitario informe durante todo el proceso. Esta función será realizada por un equipo interdisciplinar de personal médico, de enfermería, auxiliares, psicólogos y demás profesionales necesarios durante la hospitalización del niño, y trabajarán además con la familia. Si la información no es adecuada, genera una situación de conflicto y dificultades que intervienen en la adherencia terapéutica [2].

Por ello es fundamental propiciar una relación adecuada entre personal sanitario y padres. Se informará de manera correcta desde el diagnóstico, tratamientos, pruebas necesarias, secuelas, posibles recaídas, posible muerte o alta. Además, se les debe aconsejar cómo convivir con la enfermedad, y continuar con una vida familiar, social y laboral satisfactoria, de qué recursos sanitarios y asistenciales dispone y cómo participar activamente en el tratamiento, resolviendo las dudas y preocupaciones que puedan surgir. Esta relación es importante que sea además de profesional, emocional [11].

La hospitalización es siempre una experiencia estresante puesto que presenta alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo en un ambiente que no le es propio, como la ruptura con los medios que los rodean (familiar, escolar, social, etc.) se ven alterados y en esta etapa de crecimiento deben mantenerse lo más estables posible. El personal sanitario (sobre todo de enfermería y psicología) debe colaborar en la adaptación del niño al nuevo entorno fomentando sentimientos de seguridad, creando un clima de confianza entre ambos, y prepararlos para procedimientos invasivos, mediante información adaptada a la edad, calmando miedos y ansiedades siempre con la colaboración de la familia [39].

La enfermería es el personal que, por excelencia gestiona el cuidado integral de paciente y familia. Es necesario que desarrolle activamente su control psíquico y emocional debido a los cuidados que debe proporcionar en el entorno de su trabajo (manejo del dolor, cuidados intensivos, enfrentar la muerte, sufrimiento de los familiares, etc.) [26]. Se suele dar por hecho esta labor sin pensar que el personal de enfermería, son personas con sentimientos, temores y angustias que en ocasiones no saben canalizar de manera sana y les sobrepasa [26].

Esta revisión es una recopilación sobre la repercusión emocional que supone para el personal de enfermería trabajar con pacientes en edad pediátrica.

La sobrecarga emocional del personal de enfermería es una de las manifestaciones negativas en el cuidado del paciente pediátrico, de forma casi estandarizada, convive con situaciones desagradables que se producen por no saber gestionar situaciones límite en el entorno laboral.

El objetivo principal de la revisión es conocer la repercusión emocional que supone para el personal de enfermería trabajar con pacientes en edad pediátrica.

Otros objetivos específicos

Identificar los sentimientos que genera para el equipo de enfermería trabajar con niños y niñas, conocer la reacción del personal de enfermería pediátrica ante la muerte de un paciente, identificar la relación existente entre la calidad del servicio prestado y el bienestar del que lo ofrece.

Discusión de la bibliografía consultada se observan coincidencias y discrepancias entre autores. Se muestra un perfil de enfermería con experiencias muy estresantes, que, afecta en su trabajo y fuera de él. Surgen sentimientos como la angustia, ansiedad e impotencia ante el sufrimiento del niño/a.

Para Jean Watson (44) la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona, a través de sus libros muy citados entre otros por Riegel F. [33] se basa en los aspectos humanísticos y en las dimensiones espirituales y éticas del cuidado, según las características de cada individuo y sus necesidades bio-psico-socio-espirituales, lo que puede contribuir al desarrollo del pensamiento crítico holístico y para la actuación del enfermero/a en el campo del cuidado, de la enseñanza y de la investigación [33]. Watson(44) diferencia entre el desarrollo emocional del profesional y la capacidad para entender al otro, y demuestra cómo a través de la relación que surge entre los dos se puede generar una fuerza desarrolladora, tanto del terapeuta como del paciente [33,31].

En sala de hospital, un problema frecuente de enfermería, es la baja adherencia terapéutica, por la escasa comunicación entre el paciente o los familiares con el personal sanitario. Se debe evitar el tópico que, saber comunicarse es un arte más que una técnica no susceptible de enmarcarse dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje [43].

Se necesita mantener relaciones interpersonales, además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con el paciente y/o familia, todos estos elementos son clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda [7], que es un procedimiento interactivo entre dos personas, de la calidad de esta relación depende la posibilidad de producir cambios a nivel cognitivo, emotivo y conductual [7].

No consiste sólo con entender al paciente sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia [25]. Cuando se trabaja en una relación de ayuda, el paciente deja de ser una enfermedad o conflicto y pasa a ser una persona que vive un determinado problema [25]. El ámbito hospitalario, va intrínsecamente unido a situaciones diarias como el miedo a nuevos tratamientos, la ansiedad por una enfermedad grave o incurable en el niño, con familiares que se sienten desbordados, etc. [25].

En esta relación es fundamental que el cuidador tenga una actitud positiva, de aceptación, respeto, confianza, autenticidad, cooperación, etc. [25], con este clima se logra hacer tomar conciencia al paciente y familia de las armas que tienen para poder afrontar su proceso. En ocasiones el paciente cuenta cosas que no le diría a otra persona, lo que puede contribuir a su recuperación [43]. Establecer una relación sólida y cálida de los padres y el equipo de

salud, permitirá la expresión libre de todos sus miedos, aprehensiones y emociones.

(4920) Escucha activa: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.	
Establecer el propósito de la interacción	Identificar los temas predominantes
Mostrar interés en el paciente	Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual
Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones	Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido
Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones, personajes y otras distracciones	Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones	Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación	Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento
Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación	Evitar barreras a la escucha activa
Estar atento a las palabras que se eviten, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas	Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones
Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz	

Tabla 1: Escucha activa como NIC. Nuñez-Devesa et al [25]

La enfermera/o debe tener una actitud de escucha activa con el paciente o la familia. Escuchar para entrar en el mundo del otro y compartir su situación, lo que requiere un entrenamiento para saber entrar y saber salir sin afectarse. Así se logra empatía entre ambos que nace de una sensibilidad especial con el otro, no es solo una dote natural, sino que se adquiere y se educa [43].

La empatía vuelve vulnerable a quien la práctica, su comprensión poco precisa lleva a una propuesta negativa en la relación con el usuario o la no implicación defensiva.

Un mal manejo de estos conceptos generaría una relación de ayuda tensa y agobiante para el profesional [25].

No debemos confundir la empatía como técnica con la empatía como actitud. Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación [25]. Para que el niño y su familia se encuentren cómodos y expresar lo que desean, es necesario crear un entorno hospitalario familiar con el personal de enfermería [20].

La relación empática en el ámbito hospitalario se produce en tres pasos consecutivos [25]:

1-Se reconoce al paciente como el centro de la relación empática, no el ayudante. Así podremos comprender y percibir los significados que él o ella da a las cosas y sus verdaderas necesidades para darle cuidados necesarios [25].

2-La enfermera/o pasa a la fase de incorporación y repercusión donde observa sus semejanzas con el paciente, para descubrir su vulnerabilidad y buscar en su interior las semejanzas y sentimientos que le despiertan. Esto lo convierte en el sanador herido y le permite comprenderlo desde su propia herida.

3-Se restablece la distancia del personal de enfermería respecto del paciente, recuperando la objetividad respecto a la experiencia vivida, es decir, en no despersonalizarse, para ayudar de forma eficaz e incluso confrontar el mundo del ayudado. Es lo que se conoce como empatía, sentir fuera. Bermejo [25] lo llama “el proceso mental de exclusión activa de los sentimientos inducidos por otros”. Nos permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas, saber separarse en la implicación”. De lo contrario la enfermera/o entraría en lo que se conoce como fatiga por compasión [25].

En el art. 57 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana, “Las personas menores de edad tienen derecho a que se les facilite en el ámbito sanitario la compañía de su familia en las

condiciones más idóneas de intimidad y de acuerdo con los criterios clínicos asistenciales” [16]. Cuando en este proceso está incluido el pronto deceso del paciente, es importante adecuar las normas del hospital para satisfacer el acompañamiento de la familia [34].

Para promover el bienestar de los niños, en ocasiones la enfermería pediátrica adopta un grado de responsabilidad excesivo y deja de lado sus sentimientos y emociones, cuando el niño está en su etapa terminal, la enfermera/o se somete a presiones perjudiciales para su propio bienestar. A veces crean una barrera de protección para mitigar el proceso de duelo y puedan seguir brindando atención. Sin embargo, cuando está capacitada/o y formada/o para ofrecer los cuidados y apoyo necesarios, estas situaciones pueden llevarse de manera positiva [4, 9]

La tensión de los padres por el proceso del hijo puede llevarlos a no analizar de forma conveniente la situación, y pueden surgir problemas que perjudiquen a los intereses del niño, en este caso, aparece el principio de beneficencia, por el que el equipo de salud está obligado a proporcionar a los pacientes lo mejor para ellos desde la perspectiva médica y a prevenirlos o protegerlos del daño [8].

La situación más difícil de asumir para el equipo de salud, es la muerte del niño que es interpretada como una interrupción en su ciclo biológico y eso puede provocar en el equipo más sentimientos de impotencia, frustración, tristeza y angustia [40].

Para asistir correctamente a la familia del niño con pronóstico de fallecimiento, se debe ser consciente de la responsabilidad contraída, y asumir la necesidad de preparación y capacitación profesional para ofrecer una atención íntegra que conduzca a una muerte digna [8].

Cuando los profesionales de enfermería se ven sobrepasados, se observan consecuencias tanto en la atención integral prestada al niño y a su familia, como a sí mismo, sufriendo el denominado Síndrome de Burnout o Síndrome de desgaste profesional [35].

El Síndrome de Burnout (SB) se describe como una respuesta psicológica a los factores estresantes laborales, interpersonales y emocionales, problemas de salud física, ansiedad, falta de motivación, baja autoestima y sensación de aislamiento, entre otros. Aparece con más frecuencia en miembros de unidades de alta complejidad como los cuidados intensivos pediátricos [42].

La negación y la rabia son los principales mecanismos de defensa que desarrolla el organismo de personas que se enfrentan a

situaciones como la muerte de otros lo que facilita, de forma transitoria, disminuir la ansiedad [35].

Herbert J. Freudenberger psicólogo de referencia en los estudios sobre el agotamiento profesional definió el término “agotamiento”, cuando percibió que muchos de los voluntarios con los que trabajaba, tenían un estado de ánimo disminuido con posterior desmotivación, y luego agotamiento físico y mental.

En este período surgieron hipótesis sobre el aumento de presiones y, en consecuencia, el estrés laboral, especialmente en profesionales de la salud [21].

Los profesionales de la salud han sido identificados en diversos estudios como uno de los grupos con medias altas en los diferentes componentes del SB, y es uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto en el ámbito internacional [14].

Concretamente los profesionales que trabajan con niños están más expuestos a este síndrome dado que el dolor y el sufrimiento infantil afectan más intensamente a estos trabajadores [1].

Se manifiesta por conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con las personas que atiende. Es común que los profesionales que padecen SB tiendan a evaluarse negativamente, afectando de forma especial a las habilidades de trabajo y a la relación con las personas de su entorno [14].

Hemos visto que hay factores frente a profesionales sanitarios, altos niveles de estrés debido a la relación continua con la muerte, sentimientos de impotencia, situaciones de conflicto, falta de medidas de apoyo psicológico por la institución, que llevan a un menor rendimiento laboral, aumento del absentismo, mayor riesgo de errores y omisiones que afectan a la calidad de la asistencia, estas dificultades son importantes en aspectos de salud en el lugar de trabajo y en la contribución para mejorar la calidad de la atención de los hospitales [42]

Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí a nivel afectivo. Es una situación de falta de energía, sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo [14].

El apoyo social para el personal de salud es importante en el desarrollo de Burnout porque ayuda a aliviar el estrés y permite enfrentar la muerte de la mejor manera posible y el trabajo diario en servicios de alta complejidad [42].

El estrés es un problema al que se está prestando atención creciente, sin embargo, el estrés académico o del estudiante no recibe suficiente

atención en el ámbito de la investigación. El estrés en los estudiantes de enfermería, entre otros, es preocupante ya que esto afecta tanto su vida académica como en su estado de salud [15].

Regulación-distancia	Distanciarse de personas/situaciones que gatillan sensaciones y emociones displacenteras.
Desconexión /Represión	Extraer de la conciencia las emociones/sensaciones de personas/situaciones que gatillan.
Sobre involucramiento	Establecer un compromiso emocional marcado respecto de personas/situaciones que generan las diversas emociones y sensaciones.
Desborde	Expresar sin control las emociones vividas en relación a la tarea.
Intelectualización	Buscar "razones" respecto de la naturaleza de la tarea y características de la patología (social/física) que permitan reducir las carga de emociones y sensaciones
Ensimismamiento	Dirigir la conciencia y emociones a si mismo para reducir la exteriorización de las emociones negativas.

Tabla 2: Procesos emocionales de afrontamiento al agotamiento laboral. Fuente: Elaboración propia.

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante situaciones aversivas o peligros anticipados, hay un nivel normal e incluso útil, llamado umbral emocional que permite mejorar el rendimiento y

la actividad, que cuando es rebasado aparece un deterioro en la actividad cotidiana y un menor rendimiento [15].

Sobre el afrontamiento del personal de enfermería al S. de Burnout, en el inicio de estudios sobre el estrés y afrontamiento de una enfermedad, ya se destacaba su actitud ante situaciones de dolor y sufrimiento, priorizando la actitud del individuo frente al problema [26]. Si el estrés es gestionado de forma inadecuada, la salud del individuo se deteriorará por las alteraciones fisiológicas y del comportamiento y de igual modo se verá afectada la calidad del trabajo [37]. Por tanto convendría un mayor interés por el cuidado de la salud del personal de enfermería.

Morales et al. [22], describen seis maneras de abordar el conjunto de sensaciones, emociones y cogniciones, voluntaria o involuntariamente, que experimentan diariamente, producto de su experiencia laboral:

Hay multitud de estrategias para reducir el agotamiento de enfermeros/as entre las que abundan las de capacitación y resiliencia, que es la capacidad para superar acontecimientos adversos y/ traumáticos. Son técnicas para manejar el comportamiento cognitivo y aumentar su resiliencia a los desafíos exigidos por enfermería Llorens Gumbau y Salanova Soria [17] agrupan las intervenciones estudiadas por categorías:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el año 2022, el S. de Burnout será incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un diagnóstico reconocido. Actualmente en España no es una enfermedad profesional, aunque en algunos casos se clasifica como accidente de trabajo. Para incorporar este cambio, se necesita una modificación de la legislación española [24].

La escala Nursing Stress Scale (NSS) en su versión española, consta de 22 ítems que describen situaciones potenciales causantes de estrés en enfermería de hospitales. Los ítems tratan factores imprescindibles: el ambiente físico (carga de trabajo), el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) el ambiente social en el hospital (problemas de relación con el equipo del servicio). En cada ítem las posibles respuestas son: nunca (0), alguna vez (1), frecuentemente (2) y muy frecuentemente (3). Sumando las puntuaciones de cada uno se obtiene un índice global, de forma que a mayor puntuación mayor nivel de estresores.

La Revista Ibero Americana de Enfermería Comunitaria define la revisión bibliográfica como "un tipo de artículo científico que sin ser

original recopila la información más relevante sobre un tema específico” [13].

Sobre la experiencia laboral, se demuestra que es factor inevitable verse afectado/a por estas circunstancias, aunque sí cierta asimilación y superación de estos sentimientos [5]

Tipo de intervención	Tipo de categoría	(%)
-Yoga; - Supervisión de enfermería (dos autores); - Programa de manejo de estrés basado en la web; - Meditación individual; - Evaluación cognitiva; - Estrategia cognitiva de afrontamiento.	Individual	23, 33
- Entrenamiento en habilidades comunicativas; -Intervención centrada en el significado del trabajo; - Programa de combate de fatiga compasiva; -Programa de formación psico-oncológica; - Entrenamiento de atención mental (dos autores); -Oficina de intervención; - Hoja de evaluación de dolor espiritual; - Intervenciones cognitivo-conductuales; - Programa de empoderamiento psicológico; -Oficina de intervención; - intervención psicosocial; -Incentivos para el ejercicio, consumo de dieta -replicable, reducción del estrés y mejora de las relaciones interpersonales; - Programa de desarrollo de identidad profesional; -Intervención enfocada en el significado de satisfacción laboral; - Curso de meditación.	Grupal	53, 33
-Desarrollo de cursos de trabajo en equipo y perfeccionamiento39; - Cambios en los ambientes de trabajo (dos autores); -Estrategias para manejar el estrés, mejorar la satisfacción laboral5; -Reiki, Toque Curativo, Masaje Terapéutico25; - Atención básica de enfermería30; - Políticas de gestión pública en enfermería6.	Organizativo	23, 33
Total		100

Tabla 3: Tipos de intervenciones de afrontamiento del estrés laboral por Fuente: Medeiros Oliveira, S. et al. [21].

En unidades como la de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), estas situaciones están acentuadas, ya que los enfermeros/as están sometidos a presión psicológica, agotamiento, carga emotiva y estrés. En las últimas décadas se ha avanzado en investigación sobre salud, lo que ha permitido una disminución de la mortalidad, con mayor supervivencia pediátrica. Por ello aumentan el número de ingresos y altas que repercuten en que el personal de enfermería se vea más afectado, con un aumento de los niveles de ansiedad y estrés [29,28].

Otros estudios demuestran niveles de Burnout bajos en este personal de (UCIP), debido al perfil joven con pocos años de experiencia de enfermeras/os. Además, se garantiza que, en estas unidades, las estrategias de afrontamiento al estrés son efectivas, para este colectivo [14]. Estudios evidencian que las enfermeras/os con menor antigüedad laboral interactúan más activamente con el paciente pediátrico, mostrando mayor sensibilidad y empatía hacia el niño/a, con actitudes eficaces a favor de eliminar los procesos dolorosos, en comparación con las enfermeras de más edad [10].

Así mismo, en enfermería oncológica pediátrica se observan grados medios o bajos de S. Burnout debido a la satisfacción en su rol, niveles bajos de estrés gracias a la organización del trabajo, del menor ratio personal/paciente y al apoyo recibido de su entorno laboral y superiores [41]. A pesar de la validez de estos estudios, la mayoría de trabajos demuestran que la sobrecarga emocional es mucho más común en la enfermería que trabaja con niños en situación terminal, como los oncológicos [8]. Otros estudios muestran una respuesta diferente a cada paciente (obviando las diferencias de cada caso) en enfermeras/os de oncología pediátrica, tal vez como resultado de tener padres involucrados o debido a la vulnerabilidad percibida de los niños en general [32].

La muerte de un niño genera sentimientos de malestar en enfermería, que trata inconscientemente de crear un distanciamiento emotivo, donde la evasión de algunas situaciones permite mitigar el impacto que el óbito les provoca, cumpliendo con sus obligaciones [8]. Buscar excusas para ausentarse en el fallecimiento del niño, o no mirar a los padres en ese momento, son ejemplos de mecanismos de autoprotección para resultar lo menos afectados posible [41].

Estas formas de autodefensa son incorrectas para resolver el conflicto psicológico que supone el exitus del paciente pediátrico, su repetición genera a largo plazo, un duelo no

afrontado que puede comprometer las capacidades laborales y disminuir la atención al paciente y familia [10]. Las motivaciones que permiten a enfermería mantener una salud mental positiva son importantes para sobrellevar estas situaciones a pesar de las implicaciones de su trabajo [41].

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas				
2. Recibir críticas de un médico				
3. Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes				
4. Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora				
5. Problemas con un supervisor				
6. Escuchar o hablar con un paciente acerca de su muerte cercana				
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio acerca de los problemas en el servicio				
8. La muerte de un paciente				
9. Problemas con uno o varios médicos				
10. Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente				
11. No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
12. Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo				
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente				
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente				
16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (p. ej., pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)				
17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente				
18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente				
19. Tomar una decisión acerca de un paciente cuando el médico no está disponible				
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal				
21. Ver a un paciente sufrir				
22. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios				

Tabla 4: Escala de estresores laborales (versión española de la NNS). Fuente: Simón García et al. [38].

Existen experiencias que ayudan a despedirse de los niños/as y expresar mutuamente sus sentimientos de afecto, que les permite cerrar ciclos y evitar las experiencias negativas de duelo [41]. Además de la muerte digna del paciente, encontrar un sentido a la muerte como parte de la vida y no forzar las terapias del niño/a en situación terminal, produce sensación de alivio al personal sanitario [3]. El principio de “no maleficencia” es uno de los pilares bioéticos básicos de la asistencia sanitaria, es evitar hacer daño, la imprudencia y la negligencia. En ocasiones se ve vulnerado al

percibirse “ensañamiento” terapéutico. La definición que proponen Polos, K. y Bousso, R. [30] en su estudio *Muerte digna del niño: análisis de concepto* sobre la muerte digna defiende que se trata de medidas para prolongar la vida sin dolor, malestar físico, con apoyo a los niños/as y familias, proporcionando el máximo confort.

A diario, enfermería está expuesta a situaciones difíciles, por trabajar con niños/as enfermos y tienen que modificar sus sentimientos para que pacientes y familias se sientan cuidados. Hay una diferencia entre las emociones sentidas y expuestas, que genera un gasto extra de energía llamado trabajo emocional.

La expresión de sentimientos debe ser permitida haciendo que en la interacción entre los seres involucrados afloren de manera afectiva, coartar las emociones no es sano, deben ser exteriorizadas [10].

Es necesario compartir la experiencia e identificar como impedimento no tener opción para el desahogo, que está directamente relacionado con la sobrecarga laboral de enfermería [8]. Una de las estrategias útiles en enfermería es compartir el proceso de duelo con otros profesionales, las historias y tristezas, se favorece el correcto afrontamiento de la angustia que produce la pérdida. Las familias de enfermeros/as, y el equipo de la unidad, suponen un apoyo fundamental en el afrontamiento y consuelo ante la pérdida de los pacientes pediátricos [41].

Numerosos estudios verifican que elevados niveles de sobrecarga emocional en enfermería pediátrica repercuten directamente sobre la atención que prestan a sus pacientes, que puede acabar provocando una deshumanización de estas personas en su trabajo cuando se siente cansadas o agobiadas [19].

El desgaste profesional en pediatría puede suponer un deterioro de los cuidados dispensados, y los pacientes atendidos por profesionales afectados por el Síndrome de Burnout, evolucionan clínicamente de forma menos favorable mostrándose menos satisfechos con la calidad asistencial [18].

La combinación de satisfacción y eficiencia laboral y realización personal favorecen el bienestar de los trabajadores/as. La Real Academia Española RAE define la empatía como la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos, en otras palabras el acto de construir para uno mismo el estado mental de otra persona [27]. Los autores señalan que enfermería reconoce que la empatía con una actitud positiva, contribuye a la satisfacción y

ayuda a trabajar de manera óptima en el proceso hospitalario.

La disminución de ansiedad en los padres de niños ingresados en UCI Neonatal aumenta la satisfacción de enfermería, lo que repercute notablemente en la calidad de los cuidados. Según Moreira Monteiro [23], las muestras de cariño y afecto reconfortan tanto al niño/a como a enfermería, y ver al paciente pediátrico como un ser multidimensional facilita ofrecer cuidados de calidad. Además, un buen clima en la unidad de trabajo y buena organización laboral son claves para mejorar el desempeño laboral y disminuir los niveles del S. Burnout.

El término “Engagement”, podría traducirse como “pasión”, engloba motivaciones de enfermería que favorecen una conducta de trabajo activa, positiva, a pesar de los muchos casos en que se trabaja en condiciones adversas. Cuando el personal de enfermería se siente útil, y nota que es relevante en la mejora de vida de sus pacientes, con resultados de forma objetiva en su trabajo y ellos mismos reconocen un cambio, se sienten más realizados con su trabajo [6].

En el proceso de salud-enfermedad de los pacientes pediátricos, se necesita una formación continua del personal, aprendizaje basado en las experiencias profesionales y personales con sus propios hijos/as y la previa formación universitaria. Se observa la necesidad de formación específica actualizada para servicios de pediatría del entorno hospitalario, para ofrecer servicios integrales a usuarios y familias, y no aprender de los errores de la práctica como en muchas ocasiones [36].

Cuando una enfermera/o inicia en su vida laboral frente a la muerte de pacientes, reconoce una falta de formación con respecto a su afrontamiento; además, cuando llevan años de trabajo de esta forma se observa un mal uso en todas las personas que conviven estas situaciones dolorosas desde distintas perspectivas, y vician malos hábitos que repercuten en la atención que se ofrece [8].

En la revisión se han observado limitaciones:

Algunos de los artículos trabajan con muestras reducidas, difícilmente extensible a la población total. Otros utilizan métodos de obtención de resultados muy subjetivos por que se basan en metodología cualitativa, sin utilizar escalas de valoración estandarizadas.

Conclusiones

Para el personal de enfermería pediátrica, la atención al paciente hospitalario genera sensaciones de impotencia, y a su vez

sentimientos positivos como el compromiso y la satisfacción al lograr los objetivos de su trabajo. La repercusión emocional es inevitable en enfermeras/os que trabajan con pacientes en situación terminal. Este perfil que trabaja con índices de mortalidad elevados reconocen que se ven expuestos a niveles de ansiedad más altos que en otras unidades hospitalarias.

Bibliografía

1. Cazabat, E. Desgaste por Empatía: las consecuencias de ayudar. *Revista de Psicotrauma* Vol, 2002
2. Chico Ponce de León F. et al. Tumores intracraneanos del niño. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2006; 63 (6), 367-381.
3. Diogo P. et al. Emotional nursing labour in the childcare at the end of life and thir family: a systematic review. *International Journal of Nursing* 2014; 1 (2): 65-77.
4. Enciso Huerta V. Género y trabajo: La Enfermería. *La Ventana* 1997; 6 (1): 182-189.
5. Eugenia Parada M. et al. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA) Mérida, Venezuela, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005;23 (1)
6. Fernández Merino C, Yáñez Gallardo R. Describiendo el Engagement en profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud. *Ciencia y enfermería* 2014; 20 (3): 131-140.
7. Ferrer Pardavila A, García Sampedro, R. y Barreiro Bello J.M. El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. *Teoría y método*. 2003; 13 (7): 52-62.
8. García S.V, Rivas Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y enfermería*. 2013;19 (2): 111-124.
9. Gerow L. et al. Creating a Curtain of Protection: Nurses’ Experiences of Grief Following Patient Death. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42 (2): 122-129.
10. Gómez Torres D. et al. Voces de la enfermera al percibir el dolor del paciente infantil quemado. *Florianópolis*. 2014; 23 (2): 233-240.
11. Grau C, Espada M.C, Fortes M.C. Relaciones padres-médicos en oncología:

- un enfoque cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010; 33 (3): 277-285.
12. Grau C, Fernández C. Grau M, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2010; 33 (2): 203-212.
 13. Guirao-Goris J A, Olmedo Salas A, Ferrer Ferrandis E. El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2008; 1 (6): 1-25.
 14. Jofré V, Valenzuela S. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Aquichan* 2005; 1 (5): 56-63.
 15. Landázuri Troya T. et al. Estrés en estudiantes. *Enfermería investiga* 2016; 2 (1): 51-56.
 16. Ley Orgánica 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. *Boletín oficial del Estado*, núm. 57 de 29 de diciembre de 2014; p. 39.
 17. Llorens Gumbau S, Salanova Soria M. Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo laboral*. 2011; 37: 26-28.
 18. López Franco M. et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. 2005; *Anales de pediatría* 62 (3): 248-251.
 19. Manrique Nava C. Calidad y calidez de atención de enfermería al paciente pediátrico, una investigación mixta. *Parainfo digital*. 2012; 2 (1): 34-41.
 20. Marofi M, Mokhtari-Dinani, Mahnaz, and Ghazavi Z. Evaluation of the Effect of Individual and Group Tour on the Anxiety Scores of 4-7-year-old Hospitalized Children and their Mothers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2018 23 (6): 426-430. PubMed: empathy nursing pediatrics.
 21. Medeiros Oliveira S, et al. Acciones de prevención del Síndrome de Burnout en enfermeras: una revisión de la literatura de integración. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2019; 15 (1): 64-73.
 22. Morales G, Pérez J C, Menares N A. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003; 1 (12): 9-25.
 23. Moreira Monteiro A C. et al. Actuación del enfermero junto al niño con cáncer: cuidados paliativos. *Revista de enfermería de la UERJ*. 2014; 22 (6): 778-783.
 24. Mouzo Quintanás J I. 'burnout' toma peso en la lista de dolencias de la OMS. 2019.
 25. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera J C, Galán González Serna J M. La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería* 2014.23 (4): 229-233.
 26. Muñoz Yañez P A. Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras ante el impacto emocional y psicológico en la atención de niños y adultos con cáncer. Una persona fenomenológica (Tesis doctoral). 2009; Universidad Austral de Chile facultad de medicina instituto de enfermería.
 27. Parra A. Experiencias perceptuales inusuales en personal de enfermería y su relación con el estrés laboral, esquizotipia, absorción y empatía. *Enfermería universitaria* 2018. 15 (1): 63-78.
 28. Pascual Fernández M C. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería intensiva* 2011; 22 (3): 96-103.
 29. Plaza García E. et al. Afrontamiento de la muerte en un paciente pediátrico oncológico desde el punto de vista de la enfermería. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia* 2013. 101 (1): 30-32.
 30. Polos K, Bousso Szylyt R. Muerte digna del niño: análisis de concepto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009; 43 (1): 215-222.
 31. Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier. 2007.
 32. Rheingans J I. Relationship between nurses' management of pediatric oncology patients' symptoms and job satisfaction College of Nursing. 2007; University of South Florida. October 22.
 33. Riegel F, Oliveira Crossetti M G, Silveira Siqueira D. Contribuciones de la teoría de Jean Watson al pensamiento crítico holístico de las enfermeras. *Revista brasileña de Enfermería* 2018; Vol. 71 (4): 2072-2076
 34. Riestra Rodríguez M R. Mortalidad pediátrica: afrontamiento por familias y enfermeras y análisis y calidad de los cuidados. 2017. (T. doctoral). Universidad de Oviedo. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis>
 35. Rincón C. et al. Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño pediátrico. *Psicooncología* 2008 5 (2-3): 425-437

36. Roselló M R. et al. 2015; Necesidades de formación psicopedagógica para la atención de niños con enfermedad crónica: percepciones de enfermería hospitalaria. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2015; 49 (1): 37-43.
37. Sherry C. et al. *Stress Management Interventions for Nurses: Critical Literature Review*. Official journal of the American Holistic Nurses' Association. 2019
38. Simón García M J. et al. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de la unidad de críticos. *Enfermería Intensiva* 2005; 16 (1): 3-14.
39. Torres Y, Pérez Bescanza I. Guía de apoyo psicosocial para padres de niños con cáncer. *Anales de la Universidad Metropolitana*, . 2011; 11 (1): 171-184.
40. Vargas Daza E R. et al. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Revista de Enfermería del Instituto mexicano del Seguro Social* 2008; 16. (1): 37-44. Google académico: enfermería muerte paciente.
41. Vega-Vega P. et al. Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquicham* 2013; 13 (1): 81-89.
42. Vega V. P, et al. Relación entre el apoyo al dolor y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud pediátrica. *Revista chilena de pediatría* 2017; 88 (05):614-621.
43. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute J. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Oct. 2009; *Enfermería Global*.nº17. ISSN 1695-6141.Murcia.
44. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. P 158