

ANSIEDADES Y SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE TERMINALIDAD EN ONCOLOGÍA

Daniella Antunes Pousa Faria¹
Eulália Maria Chaves Maia²

Se trata de una investigación transversal que evaluó el nivel de ansiedad del equipo de enfermería que se dedica al enfermo terminal con cáncer, investigando los factores que influyen en este equipo, así como los sentimientos de los profesionales ante la atención a estos enfermos. Fueron analizados 50 auxiliares y técnicos de enfermería del hospital de referencia de atención al cáncer de Rio Grande do Norte, Brasil. Datos fueron recolectados a través de un cuestionario y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Resultados revelaron que el 69,8% posee ansiedad-estado media y el 30,2% alta. El número de enfermos atendidos y 'trabajar en otra institución' interfirieron en el nivel de ansiedad-estado. Los sentimientos más destacados fueron sufrimiento y tristeza, y 'niño' fue indicado como el grupo de edad más difícil de dedicarse. Se verifica la necesidad de estrategias de apoyo para los profesionales a fin de reducir y/o prevenir altos niveles de ansiedad y estrés.

DESCRIPTORES: enfermería; ansiedad; enfermo terminal; neoplasias

NURSING PROFESSIONALS' ANXIETY AND FEELINGS IN TERMINAL SITUATIONS IN ONCOLOGY

This study aimed to investigate, through a cross-sectional study, factors that influence anxiety levels and feelings of a nursing team who care for terminal patients with cancer. The sample consisted of 50 Nursing Assistants and Technicians from the Hospital reference on cancer care in Rio Grande do Norte, Brazil. Data were collected through the State-Trait Anxiety Inventory. Results showed that 69.8% of the professionals have medium anxiety levels and 30.2% have high levels of anxiety. The Number of Patients attended and "Working in another Institution" interfered in the anxiety levels. The most remarkable professionals' feelings were suffering and sadness, and Child was the most difficult age group to care for. Studies which develop support strategies to those health professionals are necessary to reduce and/or to prevent high anxiety and stress levels.

DESCRIPTORS: nursing; anxiety; terminally ill; neoplasms

ANSIEDADES E SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE TERMINALIDADE EM ONCOLOGIA

Trata-se de investigação de caráter transversal que avaliou o nível de ansiedade da equipe de enfermagem que lida com o paciente terminal com câncer, procurando identificar os fatores que a influenciam, bem como os sentimentos dos profissionais frente ao atendimento destes pacientes. Foram analisados 50 auxiliares e técnicos de enfermagem do hospital de referência de atendimento ao câncer do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados através de questionário e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados revelaram que 69,8% dos profissionais possuem Ansiedade-Estado média e 30,2% alta. O número de pacientes atendidos e 'trabalhar em outra instituição' interferiram na Ansiedade-Estado. Os sentimentos mais destacados foram sofrimento e tristeza, e 'criança' foi apontada como sendo a faixa-etária mais difícil de se lidar. Verifica-se a necessidade de realização de estratégias de apoio para profissionais a fim de reduzir e/ou prevenir altos níveis de ansiedade e estresse.

DESCRITORES: enfermagem; ansiedade; doente terminal; neoplasias

¹ Psicóloga, Especialista em Psicologia de la Salud, Alumna de Maestría, Profesor de la Universidad Estadual do Vale do Acaraú, UVA, Brasil, e-mail: daniella-psi@uol.com.br; ² Profesor Doctor de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Brasil, e-mail: emcmaia@ufrnet.br

INTRODUCCIÓN

Estudios indicaron que el equipo de salud de las instituciones hospitalarias se encuentran en riesgo de estrés y tensión en el trabajo⁽¹⁻²⁾, en especial los de enfermería, destacados como la 4ª profesión más estresantes en el sector público⁽³⁾. Este riesgo de tensión se debe al hecho de que estos profesionales enfrentan diariamente con diversos factores de estrés ocupacional, como el trabajar en un ambiente en el cual la muerte y el morir son parte de su cotidiano⁽⁴⁻⁵⁾, principalmente cuando se trata de profesionales que trabajan con pacientes que sufren enfermedades graves⁽⁵⁾; exceso de trabajo; y escasez de recursos físicos, materiales y humanos⁽⁶⁾.

Existen otras variables que pueden maximizar esta tensión. Se encontraron investigaciones que afirman que enfermería oncológica es una de las actividades que se caracteriza por generar mayor estrés⁽⁷⁾, aunque existan divergencias⁽⁸⁾. La situación de enfrentar con pacientes con cáncer⁽⁹⁾ y con la terminalidad⁽¹⁰⁾ es descrita como factor de estrés de gran exigencia emocional para el profesional de enfermería^(5,9-10), una vez que la muerte es considerada como una falla, cuando no se brindan cuidados eficientes y eficaces⁽¹¹⁾.

En el Brasil esta situación es más compleja, considerando que es común que el profesional se encuentre con una realidad en la cual existe discrepancia entre el número de camas y pacientes, situaciones como emergencias llenas, las que obligan muchas veces a seleccionar a quien o como puede ser brindada la atención⁽⁴⁾.

Frente a estos cuestionamientos y frente a la ausencia de estudios más específicos en nuestro medio que monitoricen el nivel de ansiedad y los sentimientos del equipo de enfermería que trabaja con pacientes con cáncer en fase terminal, esta investigación tuvo objetivo: 1. Evaluar el nivel de ansiedad del equipo de enfermería que trabaja con el paciente con cáncer en fase terminal, de tal forma que se identifiquen los factores influyentes; 2. Identificar los sentimientos del equipo frente al paciente con cáncer en fase terminal; 3. Identificar cuál es la fase del desarrollo humano (niños, adolescentes, adultos y ancianos con sus respectivos grupos etéreos) de estos pacientes, en los que los profesionales sienten mayor dificultad para realizar su trabajo; y 4.Cuál es la posible justificación indicada por estos profesionales para el grupo etéreo elegido.

Se resalta que la ansiedad es uno de los indicadores de estrés (agotamiento personal que interfiere en la vida del individuo)⁽⁶⁾ que puede volverse patológico a medida que es más intenso⁽³⁾. La gravedad de esta situación puede generar síndromes como por ejemplo, el de *Burnout*, que es un agotamiento energético, causado por un excesivo desgaste de energía. Este síndrome actualmente es estudiado por diversos autores^(5,12), quienes indican el riesgo para los profesionales de salud, en especial los de enfermería que como se indica son un área considerada como de extremo estrés^(3,12).

Considerando estos aspectos, se cree que este estudio puede contribuir para que se reconozcan los factores que desencadenan la ansiedad de los profesionales que cuidan de pacientes con cáncer en fase terminal, permitiendo identificar el nivel de ansiedad de estos profesionales, así como los sentimientos que se generan cuando ellos se encuentran trabajando en estas situaciones. Este saber puede aún facilitar la elaboración de estrategias de cuidado para estos profesionales, de forma que se reduzcan los altos niveles de ansiedad y estrés, extremadamente dañino para la salud y para el desempeño profesional.

CASO Y MÉTODO

Muestra

Fueron contactados 50 profesionales de enfermería (Auxiliares y Técnicos de Enfermería) de ambos sexos de un hospital de referencia para la atención de cáncer en Río Grande del Norte. Se resalta que hubo una pérdida en la muestra de 07 participantes, quienes no desearon participar del estudio, pues mencionaron falta de tiempo para responder los instrumentos. Siendo así, el estudio fue realizado con 43 profesionales, siendo 18 auxiliares y 25 técnicos. Los criterios de inclusión utilizados fueron: atender pacientes en estadio terminal de todos los grupos etéreos y desear participar de la investigación.

Instrumento

Para el análisis de la ansiedad fue utilizado el Spielberger State- Trait Anxiety Inventory (STAI)⁽¹³⁾, versión brasilera, conocida como IDATE.

Este instrumento es el único que mide Ansiedad-Trazo (A-Trazo) y Ansiedad-Estado (A-Estado), traducido y validado para el portugués⁽¹⁴⁾. El IDATE es un inventario auto-aplicable, compuesto por dos escalas distintas elaboradas para medir Estado (Parte I) y Trazo (Parte II) de ansiedad. Se define la A- Trazo como una característica relativamente duradera parte del sujeto, que en cierta medida va mas allá de las fronteras de lugar y tiempo, surgiendo la rebeldía de donde se encuentra y de lo que realiza. La A-Estado se refiere a un momento o situación particular, algo externo que desencadena el proceso denominado de ansiedad⁽¹³⁾.

También fue utilizado un cuestionario desarrollado con los objetivos de trazar el perfil de la muestra y recolectar datos referentes a los sentimientos de estos profesionales al trabajar con pacientes con cáncer, considerando su estadio terminal. Por tanto, el cuestionario abordó los siguientes puntos: 1. Si el profesional se percibe con algún sentimiento y/o comportamiento diferenciado cuando atiende a pacientes terminales; 2. (Si la respuesta anterior es positiva) Describir el sentimiento y/o comportamiento; 3. Describir el grupo etéreo del paciente con cáncer terminal, en donde el profesional se siente mas motivado a realizar su trabajo, y el grupo etéreo en el cual se siente menos motivado; y 4. Justificar la elección del grupo etéreo que indico por ser el mas difícil para trabajar.

Operacionalización de la recolección

Los datos fueron obtenidos posterior a la aprobación del Comité de Ética en Investigación en el periodo de 2005.2-2006.1. Inicialmente el investigador explicó a los profesionales de enfermería los objetivos de la investigación y los instrumentos a ser utilizados. Estando de acuerdo con la investigación cada participante firmó el término de consentimiento libre y aclarado, y seguidamente se aplicó individualmente, el IDATE y el cuestionario. El tiempo para realizar todo el procedimiento fue de aproximadamente 20 minutos.

Los puntajes de ansiedad obtenidos por medio del IDATE fueron evaluados según las normas del

instrumento⁽¹³⁾, siendo posteriormente tabulados y sometidos, así como los datos del cuestionario, al análisis estadístico a través del programa *Statisc*, versión 6.0. Para evaluar los resultados obtenidos en el IDATE fue considerado el siguiente referencial teórico y metodológico⁽¹⁴⁾. Puntajes inferiores a 33 referidos a nivel bajo de ansiedad, puntajes entre 33 y 49 correspondientes a nivel de ansiedad medio y superior a 49 niveles altos de ansiedad. Para el análisis descriptivo del cuestionario, se utilizó el programa informatizado de Análisis de léxico por Contexto en Conjunto de Segmentos de Texto, ALCESTE*.

RESULTADOS

Con respecto al perfil de la muestra, los datos evidencian que 88% de los profesionales investigados son del sexo femenino, 40% de ellos se encuentran entre el grupo etéreo de 30 a 34 años. Con respecto al estado civil, 53% son solteros y 44% casados. El 30% trabajan en la institución de 12 a 24 meses, 16% entre 13 a 24 meses y 26% 8 horas. En cuanto el número de pacientes atendidos por día, se verifico que 34% atiende hasta 10 pacientes, 21% de 11 a 15 pacientes y 18% de 16 a 20 pacientes.

Se observó que el nivel medio de ansiedad de los auxiliares y técnicos de enfermería es de 48,14 para el A-Estado y 46,74 para el A-Trazo, con desviación estándar de 5,88 y 6,18, respectivamente. Con respecto a las categorías de este resultado, según el referencial teórico utilizado⁽¹⁴⁾, 69,8% de estos profesionales se encuentran con nivel de A- Estado Medio (puntaje entre 33 y 49) y 30,2% se encuentran con A- Estado Alto (puntaje superior a 49). Con respecto al A-Trazo, 74,4% se encuentra con nivel Medio y 25,6% con nivel Alto.

Con el objetivo de verificar cuales de las variables cualitativas estudiadas tenían influencia en el A-Estado, se aplicó el test Chi-Cuadrado de Pearson. Se puede verificar que solo una variable categórica (**trabaja en otra institución**) se encuentra asociada al A-Estado de los profesionales de enfermería, para p-valor<0,05 (Tabla 1).

Este programa ejecuta el análisis en cuatro etapas. La primera organiza el material reconociendo a las unidades del contexto inicial (UCI), que son constituidas por las propias entrevistas, dividiéndolas en segmentos de texto de tamaño similar (denominados "Unidades de Contexto Elemental" o UCE), agrupando a las palabras en función de sus raíces, y realizando el cálculo de sus respectivas frecuencias. Posteriormente clasifica los enunciados simples o las UCE, para obtener el mayor valor posible en una prueba de asociación (*Chi-cuadrado*). En la tercera etapa son descritas las clases encontradas. En el nivel analítico, las mismas son compuestas por varios segmentos de texto (UCE) que tiene un vocabulario similar. El nivel de interpretación, las clases son consideradas indicadores de diferentes nociones. En la cuarta etapa son proporcionadas las UCE mas características de cada clase, permitiendo que se establezca el contexto de frecuencia del vocabulario.

Tabla 1 - Test Chi-Cuadrado de Pearson para la variable A-Estado

Ansiedad Estado	P-Valor
Ansiedad Estado x Sexo	0,59614
Ansiedad Estado x Estado Civil	0,28798
Ansiedad Estado x Trabaja en otra institución	0,01930
Ansiedad Estado x Percepción del comportamiento diferenciado	0,74590
Ansiedad Estado x Grupo etéreo que mas siente dificultad	0,88896
Ansiedad Estado x Grupo etéreo que menos siente dificultad	0,56222
Ansiedad Estado x Categoría profesional (Auxiliar/técnico)	0,29430

Esto quiere decir que el A-Estado esta asociado al hecho de que estos profesionales trabajan o no en otra institución. La proporción de ansiedad alta es mayor cuando los profesionales trabajan en otra institución. Realizando el análisis de Correlación entre A-Estado y Edad, Tiempo de trabajo en la institución, n° de horas trabajadas al día y n° de pacientes atendidos al día, se puede verificar que a través de la matriz de correlación la A-Estado está correlacionada con el **n° de pacientes atendidos al día** (r=0,49) con un valor de 49% para un nivel significativo de 5% (p-valor <0,05) (Tabla 2).

Tabla 2 - Matriz de correlación para la variable A-Estado

Matriz de correlación	A-Estado	Edad	Tiempo de trabajo (en meses)	No de horas trabajadas	No de pacientes atendidos
A-Estado	1,00	0,26	0,22	-0,06	0,49
Edad	0,26	1,00	0,54	0,09	0,06
Tiempo de Trabajo	0,22	0,54	1,00	0,36	0,21
No de horas trabajadas	-0,06	0,09	0,36	1,00	0,11
No de pacientes atendidos	0,49	0,06	0,21	0,11	1,00

Al realizar este mismo análisis para el A-Trazo, se puede verificar que el A-Trazo presenta una correlación moderada con la **Edad** y con el **Tiempo de trabajo en la institución** (r =0,42 e r = 0,32 respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3 - Matriz de correlación para la variable A-Trazo

Matriz de correlación	A-Trazo	Edad	Tiempo de trabajo (en meses)	N° de horas trabajadas	N° de pacientes atendidos
A-Trazo	1,00	0,42	0,32	-0,14	0,21
Edad	0,42	1,00	0,54	0,09	0,06
Tiempo de trabajo	0,32	0,54	1,00	0,36	0,21
No de horas trabajadas	-0,14	0,09	0,36	1,00	0,11
N° de pacientes atendidos	0,21	0,06	0,21	0,11	1,00

El 42% de la variación en el A-Trazo es debido a la variación en el Tiempo de Trabajo en la institución, para el nivel significativo de 5% (p-valor <0,05). Al

realizar la correlación de la variable A-Estado con la variable A-Trazo y las variables ya citadas, se verificó que la A-estado presenta una correlación moderada con la **A-Trazo** y con el **n° de pacientes atendidos al día** (r = 0,53 y r = 0,49 respectivamente), para un nivel significativo de 5% (p-valor<0,05).

A pesar que el test de Correlación y de Chi-Cuadrado realizados anteriormente han indicado que el **n° de pacientes atendidos al día y el trabajar en otra institución** como las únicas variables relacionadas con el A-Estado, fueron consideradas todas las variables dentro del cuestionario (tabla 1 y tabla 2) para realizar la regresión lineal por el proceso *Backward Stepwise* de selección de variables, siendo la variable dependiente la A-Estado. Los resultados de ANOVA (p=0,001931) muestran que existen fuertes evidencias de que el modelo adaptado demuestra relación entre la variable dependiente y las independientes. Para la relación descrita en el modelo, las variables independientes seleccionadas explican 23,71%(R² = 0,23715867) de la variación de la A-Estado de los profesionales analizados, en donde solo la variable **n° de pacientes atendidos** fue significativa para componer el modelo. Teniendo como base el modelo de regresión (Y = β₀ + β₁ X₁ + ε), en donde los parámetros β₀ y β₁ representan los coeficientes de regresión, Y representa la variable dependiente, X₁ la variable independiente y e el error, el modelo de regresión estimado fue: $\hat{Y} = 44,388 + 0,197 X$, siendo: \hat{Y} = A-Estado Estimado y X = n°. de pacientes atendidos por día. Lo que quiere decir que: **A-Estado Estimado = 44,388 + 0,19718 * n° de pacientes atendidos al día**

Con respecto a los sentimientos de los profesionales de salud frente al estado terminal y el cáncer, los resultados muestran que 65% de los profesionales afirmaron una forma de sentir diferente al atender al paciente en esta situación. De estos 65%, el 25% afirmó tener sentimientos de sufrimiento y tristeza, 17% afirmaron sentirse angustiados, 7% sentimientos de impotencia, 5,1% miedo, 5,1% atención, 5,1% aprehensión, 5,1%, amor, 5,1% vida, 5,1% humanidad, 5,1% pérdida, 5,1% delicadeza, 5,1% carencia, 5,1%, preocupación. Asimismo, 77% de los auxiliares y técnico de enfermería indican al **niño** como el grupo-etéreo con el cual sienten mayor dificultad cuando se trata de brindar atención. En contrapartida, 42% de los profesionales indican al anciano como el grupo-etéreo con el que menos sienten dificultad de brindar cuidados durante el estadio terminal.

Para la comprensión de los resultados anteriores, estos fueron analizados a través del ALCESTE, la justificativa mencionada por estos profesionales con relación a la no preferencia del niño como grupo etéreo para atención en fase terminal es la cuestión emocional. Se resalta que nos detendremos en la cuarta etapa de análisis de este programa, es decir, aquella en que son establecidas las UCE mas características de cada Clase, permitiendo que se establezca la frecuencia del vocabulario en la misma. El ALCESTE identificó la presencia de 4 Clases. A pesar de ello, solo se analizó la Clase 1 que corresponde a los profesionales (77%) que indicaron al niño como el grupo etéreo de mayor dificultad para brindar atención, al ser considerados pacientes terminales. Las demás clases fueron constituidas por los profesionales que indicaron al resto de grupos etéreos (adolescente, adulto o anciano) por ser los que mas influenciaron en ellos cuando se trataba de brindar atención al paciente en fase terminal. En este proceso el ALCESTE identificó que durante la entrevista con estos profesionales existían ciertas palabras que aparecieron de forma más frecuente en la mayoría de los profesionales, lo que permitió que se tuviera una representación del sentimiento y el pensamiento de estos profesionales, sobre la realidad. En el análisis del Léxico realizado por el ALCESTE en la entrevista de estos profesionales se destacó la presencia de 4 palabras más significativas en la Clase 1: 'No' (Cui-cuadrado = 17,56), 'Vivió' (Cui-cuadrado = 10,86), 'Aún' (Cui-cuadrado=10,86), y 'Mucho' (Cui-cuadrado = 8,55). Al realizar esta selección de palabras el ALCESTE lo realiza basado en las respuestas descritas por el profesional, cuanto es mayor el Chi-cuadrado, más significativa es la palabra expresada. De esta forma, la justificativa indicada por estos profesionales para que el niño sea el grupo que mas influenciaba en ellos, fue dirigido en el sentido de comprender que el niño "aún no vivió mucho" y por tal motivo ellos se sentirían mas influenciados cuando se encontraban en fase Terminal. Como ejemplo, a seguir la siguiente entrevista:

[...] Considero difícil ver a un niño enfermo, me conmueve. Recuerdo a mis nietos, que aún tiene mucha vida por delante; ellos aún no vivieron nada y ya están muriendo [...].C.L.U. (técnico de Enfermería)

[...] Por tratarse de pacientes jóvenes, niños, ellos tiene toda una vida por delante y esta situación es muy triste, queriendo o no esta situación perturba, desespera y otras cosas más. La familia se entristece y el profesional va junto [...].C.L.U. (Auxiliar de Enfermería)

ANÁLISIS

Con base en los resultados se observó que el nivel medio de A-Estado (48,14) y del trazo A-Trazo (46,74) corresponde a un nivel Medio de ansiedad según la teoría utilizada⁽¹⁴⁾. Esto quiere decir que en general, para estos profesionales, tanto la ansiedad como la característica de personalidad o la ansiedad debida a una reacción o evento en particular (en el caso, la ansiedad posterior a la atención del paciente Terminal con cáncer) presenta un nivel medio. Sin embargo, no se puede dejar de mencionar que el valor de A-Estado casi sobrepasa el valor máximo para ser considerado un nivel de Ansiedad Alto (>49), aún así el nivel de A-Trazo fue menor que el A-Estado, lo que demuestra que la situación a que estos profesionales están expuestos (atención al paciente Terminal) incrementó de alguna forma el nivel de ansiedad. Por otro lado no fue aplicado el IDATE antes y después de la exposición del profesional a la atención del paciente Terminal, lo que nos impide afirmar con mas precisión que este incremento en la ansiedad es producto de esta atención, en este sentido investigaciones indican que el hospital es en sí, un ambiente estresante y generador de ansiedad⁽⁴⁾. Siendo así, este incremento en la ansiedad puede ser apenas fruto del trabajo hospitalario.

Para nuestra muestra solo **el Número de pacientes atendidos en el día y el trabajar en otras instituciones** tuvo correlación significativa para el A-Estado. Por lo tanto, cuanto más pacientes el profesional atiende al día, mayor será su A-Estado. Así un gran número de pacientes atendidos al día y el trabajar en otra institución serian los factores de riesgo para estos profesionales que enfrentan con esta demanda. Con más precisión: la Regresión Lineal Múltiple puede construir un modelo en el cual se estima que en promedio, la A-Estado crece 0,197 para cada aumento de un paciente atendido por día por estos profesionales. Conclusión semejante fue divulgada por una investigación en la cual los resultados indicaron que el Médico General Lituano que posee alta carga de paciente está en riesgo de estrés⁽¹⁾. Los dobles empleos también son indicados como fuentes de estrés y tensión para los profesionales de salud⁽²⁾.

Aunque en la bibliografía se indique variables como número de horas trabajadas⁽²⁾, como un factor que influye en la tensión y ansiedad de los profesionales, no se evidenció para esta muestra correlaciones entre la ansiedad y la misma. Existe

aún estudios que indican una correlación entre el nivel de tensión y la edad⁽¹²⁾. En la presente investigación se verificó un resultado similar, evidenciándose una correlación moderada entre A-Trazo (ansiedad como característica más estable del sujeto) con la **Edad** y **Tiempo de trabajo en la Institución**: cuanto mayor edad y tiempo de trabajo en la institución, mayor la A-Trazo. Si con el avance de la edad y el tiempo de trabajo en la institución la A-Trazo aumenta y al mismo tiempo presenta correlación con A-Estado, como indicado en la bibliografía⁽¹³⁾ y por el análisis estadístico de nuestro estudio, quiere decir que la Edad y el Tiempo de Trabajo, no solo tienden a aumentar el A-Trazo, sino también el A-Estado. Lo que sugiere que enfrentar con esta realidad puede promover, a largo plazo un aumento en la ansiedad del sujeto, configurando a este oficio como de riesgo para la salud del profesional.

Otro aspecto indispensable para discusión que permanece durante la práctica de estos profesionales es la muerte del paciente. Según algunos autores la posibilidad de muerte del paciente puede causar estrés y un sentimiento de impotencia en los profesionales de salud⁽¹⁰⁾. Lo cual puede ser entendido, debido a que la sociedad coloca sobre estos profesionales la responsabilidad de preservar la vida⁽⁴⁾, pero si esta 'misión' no puede ser alcanzada, surge ansiedad, angustia y frustración^(4,10). Lo cual también fue constatado en nuestro estudio, cuando 65% de los profesionales investigados afirman sentirse diferentes al atender un paciente en fase terminal, afirmando aún la presencia de sentimientos como sufrimiento y tristeza, angustia, impotencia, miedo, aprehensión y preocupación. Estos sentimientos presentes en nuestro estudio fueron similares a los de una investigación⁽¹⁰⁾ involucrando médicos oncológicos de la ciudad de São Paulo/SP, siendo identificado que en 80% de la muestra, los sentimientos frente al paciente con cáncer terminal eran de impotencia, tristeza, pena, incomodidad, frustración, repulsión, ansiedad, depresión, angustia, desgaste emocional, fracaso y desagrado. Siendo así, no es raro que los servicios de enfermería con pacientes terminales son temidos, inclusive siendo común en los hospitales que profesionales modifiquen sus roles para evitar tal incomodidad.

Evitar la muerte en el ambiente hospitalario no es posible, pues como la medicina se volvió una práctica urbano-céntrica y hospital-céntrica, esta institución se volvió el 'locus' privilegiado de la muerte

y al tratarse de pacientes terminales, esta realidad está aún mas presente y objetiva, la cual exige de los profesionales una actitud realista frente al paciente que está muriendo⁽¹⁰⁾. Además del propio aspecto de la fase terminal, para los profesionales investigados, se imponen otro aspecto complementario: el estigma del cáncer como una enfermedad fatal⁽⁹⁻¹⁰⁾, que puede traer tensiones y ansiedad para estos profesionales^(5,10). Sin embargo no se sabe aún si **trabajar con pacientes con cáncer** es o no una actividad de mayor estrés en relación a otras, pues los estudios en el área aún son contradictorios⁽²⁾.

Por otro lado, se puede concluir que el **niño** fue la fase de desarrollo en la cual los profesionales analizados sintieron mayor dificultad para enfrentar la fase terminal y el cáncer. En general, la justificativa descrita por estos profesionales para esta elección se direccionó en el sentido de afirma que enfrentar con el niño que se encuentra en esta fase es mas difícil, pues él aún no vivió lo suficiente, y tienen toda una vida por delante. Esta constatación fue una de las hipótesis iniciales de este estudio, pues la muerte, especialmente en la infancia, muchas veces es considerada como una falla médica⁽¹¹⁾. Es como si la muerte en la infancia fuese algo inaceptable, contra la ley natural de las cosas, de esta forma, la muerte es transferida y distanciada para un momento remoto, para el anciano. Por lo tanto, la muerte en el anciano para el equipo de salud, es mas aceptable que la del joven⁽¹⁵⁾. Esta percepción parece ser compartida por los miembros de nuestro estudio, pues la mayoría indica al anciano, como el grupo etéreo en que menos sienten dificultades para trabajar, cuando estos se encuentran en fase Terminal.

A partir de este estudio se puede comprender mejor los aspectos emocionales del equipo de enfermería frente a la fase terminal y el cáncer, asuntos a ser destacados como generadores de ansiedad y estrés^(1,4). Sin embargo es importante resalta que el presente estudio tiene limitaciones: primeramente representa la experiencia de un único servicio de oncología, a pesar de ser referencia del Estado de RN; otro punto es el rechazo de algunos profesionales para participar del estudio, mencionando como principal motivo la falta de tiempo. Asimismo, no se puede considerar que el aumento en el nivel de ansiedad de estos profesionales es consecuencia del trabajar con pacientes con cáncer y en fase terminal, pues esto solo seria posible si hubiera sido aplicado el test en dos etapas – antes y después de la atención

– y el realizar la investigación en una institución que trabaje en otra área que no fuese la oncología.

Finalmente los resultados de la investigación mencionan la necesidad de crear modelos de intervención para el cuidado, como por ejemplo, grupos de apoyo y/o grupos de reflexiones, para el profesional de la salud que enfrente con esta realidad, pues el sufrimiento emocional de estos profesionales puede interferir no solo en su salud, sino también en la calidad de los servicios brindados. De este modo,

se vislumbra la necesidad de nuevas investigaciones para estudiar estos aspectos y principalmente estudios que no solo elaboren, sino también viabilicen estrategias de apoyo para profesionales de salud que trabajan con esta realidad, de forma que se pueda contribuir para prevenir enfermedades ocupacionales, mejorando la calidad de vida de los profesionales y sus pacientes. No hay duda de que investigaciones de este tipo puede corroborar en la prevención de enfermedades ocupacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. Interaction among general practitioners age and patient load in prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2004; 4(59):1-6.
2. Stacciarini JMR, Troccoli B. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março-abril; 9(2):17-25.
3. Ortiz GCM, Platino NAM. El stress y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Rev Invest Educ Enfermería* 1991; 9(2):91
4. Sebastiani RW. O ideal de cura no hospital e as manipulações da morte. Os Limites da vida: Simpósio realizado na Santa Casa São Paulo; 1993 novembro 34-37 São Paulo, 1993.
5. Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychol Health* 2003; 18(5):677-84.
6. Velázquez MEU, Martínez AMS, Rios EV, Elizondo, MEG, Ledezma MAL, Ramírez MTE, et al. Ansiedad laboral em personal de enfermería. *Atención Primaria* 1999 febrero; 23(3):116-20.
7. Johnson MN. Anxiety/stress and effects on disclosure between nurses and patients. *Adv Nurs Sci* 1979; 1:1-20.
8. Wilkiinson SM. Stress in cancer nursing: does it really exist? *Adv Nurs* 1994; (20): 1079-84.
9. Corner J. Nurse's experience of cancer. *Eur Cancer Care* 2002; (11):193-9.
10. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Carsola RMS. Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papirus; 1998 p.25-50.
11. Graves S, Aranda S. When a child cannot be cured: reflections of health professionals. *Eur Cancer Care* 2005; 14(2):132-40.
12. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job Satisfaction and burnout in general practitioners. *Atención Primaria* 2003; 31(4):227-33.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Rio de Janeiro (RJ): CEPA; 1979. p.1-57.
14. Goresnstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz Med Biol Res* 1996; (29):453-7.
15. Gonçalves LHT, Schneider P. Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. *Acta Paul de Enfermagem* 2001; 14(1):72-81.