

Sandra Corral Centeno  
Joana Valentina Segura Domínguez

**Abordando la pérdida: Estrategias de afrontamiento en el  
ámbito enfermero.**

**Trabajo de fin de grado**

Dirigido por la Dra. Rosa D. Raventós Torner

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**  
**Facultat d'Infermeria**

**Campus Seu Baix Penedès, 2024**



## ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>4</b>
<b>Lista de abreviaturas</b> .....	<b>5</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>5</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
1.1 Justificación .....	9
<b>2. PREGUNTA DE ESTUDIO</b> .....	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos específicos .....	11
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
4.1 La muerte.....	12
4.1.1 La actitud ante la muerte .....	12
4.1.2 Proceso de morir.....	13
4.2 Teoría del afrontamiento.....	14
4.2.1 Afrontamiento y género.....	15
4.3 El proceso de final de vida en urgencias .....	16
4.4 Enfermera en el Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo (PADES).....	17
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	<b>19</b>
5.1 Diseño de estudio .....	20
5.2 Población y muestra .....	20
5.2.1 Participantes .....	20
5.2.2 Criterios de inclusión .....	22
5.2.3 Criterios de exclusión .....	22
5.3 Técnicas de recogida de datos.....	22
5.4 Análisis de los resultados .....	23
5.5 Aspectos éticos.....	24
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>25</b>
6.1 Estrategias de afrontamiento.....	26
6.1.1 La primera experiencia .....	29
6.2 Gestión emocional ante la muerte .....	29
6.3 Recursos de apoyo .....	31
6.4 Afectación emocional.....	32



6.5 Actitud ante la muerte .....	34
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>8. LIMITACIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>42</b>
Anexo 1.....	42
Anexo 2.....	45
Anexo 3.....	46
Anexo 4.....	47
Anexo 5.....	49



## **Agradecimientos**

En primer lugar queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo y comprensión durante la realización del trabajo y este último año de carrera.

También agradecer a la Dra. Rosa Raventós, como tutora de nuestro trabajo de fin de grado, por guiarnos, aconsejarnos, tener paciencia y confiar en nosotras desde el primer momento que iniciamos juntas este trabajo.

En tercer lugar, agradecer a todas las personas que han participado y colaborado tanto de manera directa como indirecta en el trabajo, y nos han ayudado a ver la muerte y el duelo desde un punto de vista profesional.



### **Lista de abreviaturas**

- **PADES:** Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo.
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- **RAE:** Real academia Española
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **ICO:** Institut Catalá de oncología
- **PU:** Participante enfermera de urgencias
- **PD:** participante enfermera de PADES

### **Lista de tablas**

- Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH
- Tabla 2. Participantes
- Tabla 3. Clasificación entrevistadas
- Tabla 4. Categorías y subcategorías
- Tabla 5. Categorías

### **Lista de figuras**

- Figura 1. Proceso de análisis Taylor y Bogdan



## Resumen

Las enfermeras están en contacto con la muerte constantemente, por lo que han desarrollado técnicas de afrontamiento para sobrellevar estas situaciones, en función de la unidad donde trabajan.

El objetivo general es conocer el afrontamiento, la actitud y la gestión emocional de los profesionales de enfermería en urgencias y el Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo (PADES) para afrontar la muerte de los pacientes.

Se ha optado por un enfoque cualitativo, de diseño fenomenológico y de carácter interpretativo, mediante una muestra intencionada formada por dos enfermeras/os que trabajan en urgencias y enfermeras/os de la unidad de cuidados paliativos (PADES) y mediante un análisis de codificación por pares, mediante un enfoque colaborativo.

Han surgido un total de cinco categorías; estrategias de afrontamiento, gestión emocional ante la muerte, recursos de apoyo, afectación emocional, actitud ante la muerte y una subcategoría; La primera experiencia. Todas ellas han contribuido a abordar los objetivos establecidos.

En conclusión, resulta evidente que las estrategias de afrontamiento de las enfermeras frente al fallecimiento de un paciente desempeñan un papel fundamental en su bienestar emocional. Además, se observan diferencias significativas en las estrategias más utilizadas entre el servicio de Urgencias y el servicio de Cuidados Paliativos. Todas las enfermeras entrevistadas están de acuerdo en la necesidad de contar con la presencia de un psicólogo en sus respectivas unidades, que pueda brindar apoyo y asistencia durante estas situaciones difíciles en caso de necesidad.

Palabras clave:

Actitud ante la muerte, Regulación emocional, estrategias de afrontamiento, Enfermería de urgencia, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida.



## **Abstract**

Nurses are constantly in contact with death, so they have developed coping techniques to deal with these situations, depending on the unit where they work.

The general objective is to understand the coping mechanisms, attitudes, and emotional management of nursing professionals in emergency departments and the Home Care Support Program (PADES) in facing the death of patients.

A qualitative approach with a phenomenological and interpretative design has been chosen, using an intentional sample consisting of two nurses working in emergency departments and nurses from the palliative care unit (PADES), and employing a pair coding analysis through a collaborative approach.

A total of five categories has emerged: coping strategies, emotional management in the face of death, support resources, emotional impact, attitude towards death, and a subcategory; the first experience. All of these have contributed to addressing the established objectives.

In conclusion, it is evident that nurses' coping strategies in the face of a patient's death play a fundamental role in their emotional well-being. Additionally, significant differences in the most utilized strategies are observed between the Emergency Service and the Palliative Care Service. All interviewed nurses agree on the necessity of having a psychologist present in their respective units, who can provide support and assistance during these challenging situations when needed.

Key words:

Attitude towards death, Emotional regulation, Coping strategies, Emergency Nursing, Palliative Care Nursing at the End of Life.



## 1. INTRODUCCIÓN

La muerte constituye una realidad inevitable en la práctica enfermera, siendo un momento de profunda sensibilidad en el contexto del cuidado de enfermería. Implica la pérdida de la vida de aquellos a quienes se brindaba atención y tratamiento, generando no solo un sentimiento de pérdida, sino también desencadenando preguntas éticas y reflexiones sobre el cuidado (de Freitas et al., 2016).

Durante la pandemia, las enfermeras se enfrentaron a una notable carga asistencial y a un aumento significativo en los casos de mortalidad. En Cataluña se contabilizaron un total de 26.952 muertes por Covid desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022. Según los datos del INE, en 2020 hubo 79.783 defunciones de residentes en Cataluña, 39.955 de las cuales eran mujeres y 39.828, hombres. Estas cifras suponen un incremento del 23,6% respecto a las de 2019, y el incremento más elevado observado desde el 1980 (Departament de Salut, 2022).

Tras analizar estos datos consideramos relevante destacar las estrategias adoptadas por las enfermeras para sobrellevar estas situaciones, pues son ellas/os quienes tienen un papel esencial en el cuidado del paciente. Cabe resaltar que el rol de las enfermeras es promover la salud a la vez que aliviar el sufrimiento, por lo que se encuentran expuestas a situaciones trágicas constantemente, independientemente del ámbito o la unidad en la que trabajan. Esta realidad implica que experimenten diferentes emociones repetidamente y para ello lleven a cabo diferentes estrategias para afrontar la muerte de los pacientes (Cara Rodríguez, 2020).

Según Jean Watson, teórica de enfermería, afirma que la atención que deben proporcionar las enfermeras debe ser segura y eficiente con la finalidad de conseguir el bienestar del paciente. Además, debe estar preparada para experimentar sentimientos tanto positivos como negativos, entendiendo así la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos (Izquierdo, 2015).



### 1.1 Justificación

Las reacciones de los profesionales de la salud ante la pérdida repetida de pacientes, depende en parte del proceso de duelo y el afrontamiento nivel individual, pero existen múltiples factores que pueden intervenir en el proceso lo que conlleva a que los profesionales experimenten reacciones diversas ante la pérdida de un paciente. Es por este motivo que es fundamental conocer y sus necesidades para poder diseñar estrategias que ayuden a manejar el impacto emocional en situaciones de pérdida.

En este estudio, nuestro objetivo principal es entender las estrategias de afrontamiento, evaluar la gestión emocional y determinar los recursos disponibles para enfrentar situaciones difíciles como es la pérdida de un paciente.



## 2. PREGUNTA DE ESTUDIO

Para la realización de este trabajo hemos partido de una pregunta en formato PICO, y hemos marcado unos objetivos basándonos en las inquietudes que teníamos acerca del tema elegido.

<b>P</b>	Enfermeras de la unidad de paliativos y urgencias
<b>I</b>	Estrategias para gestionar y afrontar la muerte de un paciente.
<b>C</b>	Comparación de este afrontamiento entre la unidad de urgencias y la unidad de paliativos.
<b>O</b>	Conocer el bienestar emocional de las enfermeras de las respectivas unidades.



¿Qué estrategias tienen para gestionar y afrontar la muerte de un paciente (I) las enfermeras de las unidades de paliativos y urgencias (P) (C) y cómo afecta a su bienestar emocional (O)?



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general

Conocer el afrontamiento, la actitud y la gestión emocional de los profesionales de enfermería en urgencias y el Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo (PADES) para afrontar la muerte de los pacientes.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Identificar las estrategias de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte de un paciente en la unidad de urgencias y PADES.
- Comparar las reacciones emocionales de las enfermeras ante la muerte de un paciente en la unidad de urgencias y PADES.
- Conocer los recursos de apoyo que dispone la enfermera ante la muerte de un paciente.
- Describir cómo afecta en su vida personal el enfrentarse a la muerte y la pérdida de los pacientes.



## 4. MARCO TEÓRICO

La muerte es una parte inevitable de la práctica enfermera, es un momento significativo y delicado en el contexto del cuidado de enfermería que implica la pérdida de la vida de una persona a la que se le proporcionaba cuidado y tratamiento. No solo implica la pérdida, sino que también pueden desencadenarse preguntas éticas y reflexiones sobre el cuidado.

El papel de toda enfermera, independientemente de la unidad en la que trabaja, siempre tiene como objetivo que sus funciones sean para el beneficio del paciente y todo su trabajo está centrado en él, es por eso que la enfermera tiene funciones como: promover la salud, prevenir enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento entre muchas otras. Además de estas funciones, también nos podemos encontrar que dependiendo de la unidad donde se encuentra la enfermera se añaden unas funciones u otras al papel de enfermería (Jackson et al., 2021).

### 4.1 La muerte

#### 4.1.1 La actitud ante la muerte

La actitud ante la muerte es una construcción compleja, si partimos de que es un hecho inevitable que está influenciada por una variedad de factores culturales, personales, psicológicos y socioeconómicos, podemos entender que estos provoquen emociones como la ansiedad, el miedo y la depresión. Estos factores interactúan entre sí y aunque para las enfermeras es un proceso natural al que se enfrentan constantemente, influirá también la disposición mental y emocional en que se encuentren en ese momento (Maza Cabrera et al., 2009).

Ha habido cambios socioculturales que han afectado a como se vive la muerte. La forma de ver la muerte y cómo la vivimos ha ido cambiando con el paso del tiempo. Se pueden diferenciar dos momentos, el primero antes de la institucionalización y aparición de los hospitales, en el que la muerte se vivía como un proceso natural que no daba miedo. Y el segundo momento, cuando se desarrollaron las instituciones hospitalarias, y se asocia este lugar como un sitio para morir, el cual da miedo. En los años 50, un 80% de las muertes se daban en los hogares, y el 15% en hospitales. En los últimos años, ha aumentado hasta más de un 75% de las muertes en los centros hospitalarios (Gala León et al., 2002).



En el siglo XX la muerte estaba presente en la vida de las personas desde que nacían, pues en esa época se afrontaba este suceso en el hogar familiar. Es decir, se velaban a las personas en las casas, y por lo tanto, los niños, desde pequeños, vivían ese suceso como algo normal dentro del proceso de la vida. En cambio, actualmente es un suceso extraño y amenazador el cual nos hace sentir emociones como son el miedo y la ansiedad, pues lo hemos sacado y alejado de nuestros hogares (Cabañero-Martínez et al., 2019).

#### 4.1.2 Proceso de morir

La reflexión sobre el proceso de morir y sus implicaciones forma parte del día a día de los profesionales de la salud. Sin embargo, en la cultura occidental, la muerte se asocia comúnmente con la derrota y el fracaso, lo que puede generar sentimientos de extrañeza, sufrimiento y disgusto entre los profesionales que están comprometidos con preservar la vida. Desde esta perspectiva, la muerte se percibe como el resultado de un fracaso terapéutico y de los esfuerzos por curar (Salbego et al., 2022).

En el contexto actual, la pandemia ha intensificado la experiencia del proceso de morir, suscitando inquietud debido a factores como el aislamiento, la dificultad para establecer conexiones relacionales significativas para abordar la terminalidad, y la limitación de los rituales funerarios, que son importantes para el proceso de duelo. Por ello, es crucial incluir reflexiones sobre la muerte y el morir en la educación continua y permanente de los profesionales de enfermería, con el fin de prepararlos para enfrentar de manera adecuada los procesos que involucran la finitud de la vida y su impacto en el paciente, la familia y el equipo de salud (del Carmen Abad Moral et al., 2018).

En la etapa final de la vida, que es el proceso de morir, la duración y los cambios experimentados pueden variar ampliamente según la persona y las circunstancias. Sin embargo, algunos cambios físicos como la reducción del apetito y la ingesta de alimentos, así como la respiración más lenta y débil, suelen manifestarse. En el ámbito de la enfermería, se pueden observar dos tipos de mecanismos de afrontamiento ante este proceso: los mecanismos de adaptación innatos, que se experimentan inicialmente y pueden incluir justificaciones basadas en la edad del paciente, y los mecanismos de adaptación adquiridos, que se desarrollan a través de estrategias aprendidas, como la formación en cursos especializados (De Paula et al., 2020)



#### 4.2 Teoría del afrontamiento

La teoría del afrontamiento ha sido estudiada por varios autores durante la historia. De todos ellos, nos basamos en la definición de Stone y Cols (1988), quienes abordan esta teoría como «los pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles». Además, Lazarus y Folkman (1984), introducen las reacciones emocionales y el estrés como parte del proceso de afrontamiento, muestran que para que un acontecimiento sea estresante, en primer lugar se debe analizar si el hecho es positivo o negativo y por consiguiente valorar las consecuencias de este mismo. En segundo lugar, se realiza una valoración secundaria, donde se determinan las capacidades de la persona para afrontar el suceso y por lo tanto determinar la susceptibilidad al estrés (Marchán Espinosa, 2016).

La mayoría de los autores concuerdan en determinar 3 tipos de estrategias de afrontamiento (Vázquez et al., 2000):

- Afrontamiento activo: La persona realiza acciones para disminuir o eliminar el problema centrándose en él.
- Afrontamiento pasivo: La persona trabaja en la emoción centrándose en esta, para despejar su mente de los sentimientos negativos.
- Afrontamiento evitativo: La persona evita sentir emociones negativas o pensar en el problema centrándose en evitarlo.

Aunque hay muchas estrategias posibles de afrontamiento, existe una escala de modos de afrontamiento (ways of coping, WOC), realizada por Folkman y Lazarus. Esta evalúa una serie de pensamientos y acciones, para conocer cuál de las ocho estrategias, mencionadas posteriormente, utiliza más la persona entrevistada. [Anexo 1] (Aguiar et al., 2015; Cabodevilla Eraso, 2007)

1. Confrontación: abordar la situación directamente, utilizando acciones directas.
2. Planificación: realizar un plan de acción siguiendo unas estrategias.
3. Distanciamiento: Evitación del problema en sí, alejándose de él mediante negación.
4. Autocontrol: Regulación de las respuestas emocionales y acciones.
5. Aceptación de responsabilidad: identificación del rol propio en el problema.



6. Escape-evitación: Refugiarse en excusas o otros métodos adictivos como alcohol o drogas, para evadir el problema.
7. Reevaluación positiva: buscar los aspectos positivos de lo ocurrido.
8. Búsqueda de apoyo social: Acudir a organismos de ayuda profesionales o personas del entorno para conseguir apoyo emocional.

#### 4.2.1 Afrontamiento y género

Una de las variables que influye en los estilos de afrontamiento ante la muerte y los procesos de duelo es el género y la construcción social. Los hombres reciben un tratamiento diferencial en la sociedad, lo que influye en su forma de enfrentar la pérdida. A menudo, los hombres responden de acuerdo con las expectativas sociales y pueden reprimir sus sentimientos en lugar de expresarlos. En contraste, las mujeres tienden a ser más expresivas sobre su dolor y pérdida, buscando ayuda y apoyo cuando es necesario e involucrando a otros en sus sentimientos (Gálvez et al., 2013). (Rosado & Varas, 2019)

Por lo tanto, se requieren más estudios sobre el género en el afrontamiento a la muerte en los profesionales de enfermería para comprender mejor cómo estas diferencias influyen en sus prácticas y en la calidad del cuidado que brindan (Magaña et al., 2019; Rosado & Varas, 2019.)

No todas las enfermeras pasan por las fases de duelo ante el fallecimiento de un paciente, pues depende mucho del vínculo que se haya creado, de su edad o de la causa de la muerte de este. Una de las estrategias más utilizada según el estudio "*Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras*", es la del distanciamiento, que se utiliza para poder limitar las emociones negativas ante la muerte de un paciente. Esta estrategia no se utiliza con el fin de impedir crear un vínculo con él, ni implica una mala praxis, así como tampoco despersonalizar a los pacientes o familiares (Gálvez et al., 2013).



#### 4.3 El proceso de final de vida en urgencias

Ser enfermera en servicios de urgencias implica una exposición frecuente al trauma, la violencia y a muertes repentinas, lo que demanda que las enfermeras cuenten con conocimientos sólidos y cualidades basadas en conceptos teóricos para tomar decisiones efectivas en relación a una variedad de pacientes. Este entorno requiere que las enfermeras sean capaces de evaluar rápidamente a los pacientes y de priorizar sus necesidades según la gravedad de su condición (Arimon-Pagès et al., 2023).

Deben intervenir con prontitud para estabilizar a los pacientes, abordando una amplia gama de enfermedades y lesiones que requieren técnicas de evaluación, intervención y tratamiento. Por lo tanto, es crucial que estas profesionales sepan trabajar eficientemente en equipo y gestionar situaciones de crisis, ya que deben tomar decisiones rápidas bajo presión.

En los servicios de urgencias, los pacientes se pueden clasificar en dos grupos: aquellos que llegan con problemas de salud agudos o críticos, y aquellos que fallecen debido a enfermedades crónicas o en fase paliativa, como es el caso de pacientes de edad avanzada o con patologías terminales con síntomas agudizados (Baldissera et al., 2018).

El cuidado de pacientes en fase terminal en urgencias puede generar emociones como la frustración profesional, ya que el entorno estresante y caótico puede dificultar la prestación de cuidados de calidad. Además, la falta de conocimiento sobre aspectos éticos y legales puede generar inseguridad en las enfermeras. Por otro lado, los profesionales de urgencias pueden desarrollar y aplicar herramientas emocionales, como la inteligencia emocional, basándose en su experiencia previa en situaciones similares que les permitiría gestionar la ansiedad y otros problemas que puedan surgir en situaciones de abordaje y cuidados de final de vida. Por tanto los servicios de urgencias y los profesionales deberían contar entre sus objetivos, además de una baja mortalidad, con una atención de calidad a los pacientes que se encuentran en la última fase de la vida (Boqué Oliva et al., 2022).



Según el Comité de Bioética de Catalunya, aproximadamente el 30% de los pacientes que fallecen en servicios de urgencias presentan una muerte previsible, en su mayoría debido a la exacerbación de enfermedades crónicas avanzadas o procesos terminales. La identificación de las conductas de los profesionales ante la muerte de un paciente destaca la percepción que se tiene en cuanto a la valoración no tan solo la eficacia si no también dimensión afectiva de sus cuidados (Berbís, 2016)(González Carrasco, 2017).

#### 4.4 Enfermera en el Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo (PADES)

La población mundial está experimentando un rápido proceso de envejecimiento. Se estima que la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará entre 2000 y 2050, pasando del 11% al 22%. Se proyecta que el número total de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en 2015 a 1400 millones para 2030, y alcanzará los 2100 millones para 2050, con la posibilidad de llegar a 3200 millones en 2100. Para el año 2050, se espera que las personas de 60 años o más representen el 34% de la población de Europa (Gutiérrez, 2022).

Este dato estadístico es importante, puesto que se han producido algunos cambios demográficos respecto hace una década, como, por ejemplo, los avances en la medicina y el aumento en la calidad de vida, ha provocado un aumento en la esperanza de vida de nuestra población y como consecuencia también un aumento en los cuidados paliativos.

El equipo de PADES es un equipo que va a domicilio para poder asistir a aquellos pacientes que necesitan unos cuidados especiales en su etapa final de vida. El objetivo principal en esta especialidad es siempre intentar mejorar la calidad de vida y el bienestar de los enfermos (Lisseth et al., 2022).

El 60% de estos pacientes son personas mayores de 80 años y el 79,5% padece de algún tipo de cáncer. El rol de enfermería en cuidados paliativos se centra en la atención integral del paciente, de sus necesidades básicas, del cambio y evolución de estas, así como controlar los síntomas del paciente paliativo, especialmente el dolor, para así proveer medidas de alivio y confort de forma individual (Busquet-Duran et al., 2023).



Dentro de este rol son necesarias las habilidades de comunicación, ya que se debe poder resolver dudas, decisiones y preocupaciones, así como instruir a la familia y brindar apoyo emocional, por último, se debe dar una atención digna acorde con los valores, creencias y preferencias del paciente (Souza et al., 2022).

Sin embargo, dentro de este rol encontramos cuidados que no siempre son valorables ni observables directamente, como, por ejemplo, la compasión, el compromiso, los detalles en el cuidado, dar respuestas a las preguntas con sensibilidad y sinceridad, así como escuchar activamente al paciente. Todas estas aptitudes de enfermería hacen que el cuidado y la atención sanitaria sea individualizada y provoca un buen vínculo terapéutico, para así poder ofrecer apoyo y confort en la etapa final de vida (Campos et al., 2019).

Los profesionales del equipo de PADES están bien formados en el ámbito de la última fase de la vida y han desarrollado habilidades propias que les ayudan al afrontamiento de la muerte. Así que suelen sentir emociones como compasión y comprensión, porque su buen manejo emocional ayuda a dar un buen acompañamiento a la familia antes del fallecimiento del paciente y después, en el comienzo del proceso del duelo (Tejedo García, 2020). En un estudio que realizaron sobre el afrontamiento de la muerte en personal sanitario de cuidados paliativos se pudo comprobar que la gran mayoría tenía un mejor afrontamiento respecto a otros servicios (Fernández, 2017).



## 5. METODOLOGÍA

Para la realización de nuestro estudio se ha optado por un enfoque cualitativo, de diseño fenomenológico y de carácter interpretativo, el análisis de los datos se realiza con la finalidad de comprender el significado que las personas otorgan a sus experiencias, puesto que nos aproximará a los objetivos establecidos.

Esto implica que el análisis de los datos se orienta hacia la comprensión del significado que las personas atribuyen a sus experiencias. Este tipo de enfoque investigativo se emplea comúnmente en situaciones donde se busca comprender experiencias que poseen un significado, especialmente en eventos poco frecuentes que los participantes describen como experiencias únicas (Duque et al., 2019)

El presente estudio está dirigido a los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de urgencias y en la unidad de PADES en la provincia de Barcelona.

Se hace revisión bibliográfica previa, la cual está basada en la búsqueda de información en las siguientes bases de datos: CUIDEN, PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Académico y DIALNET. al mismo tiempo que se utilizaron los operadores booleanos “[AND]” y “[OR]”.

Para esta búsqueda se utilizó:

MeSH	DeCS
Attitude to death	Actitud Frente a la Muerte
Emotional regulation	Regulación emocional
Behavior, Adaptive	Conducta Adaptativa
Emergency Nursing	Enfermería de Urgencia
Hospice and Palliative Care Nursing	Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida

**Tabla 1** Descriptores DeCS y MeSH . *Elaboració pròpia*

En el cronograma (Anexo 2), consta como se ha gestionado el tiempo y la ejecución de los diferentes apartados, antes y después de realizar el trabajo.

## 5.1 Diseño de estudio

En este estudio hemos empleado un enfoque fenomenológico, basado en entrevistas semiestructuradas, donde se tiene en cuenta no solo el entorno físico y social, sino que también la historia personal de la propia persona entrevistada, con el objetivo de explorar la experiencia individual relacionada con la muerte de un paciente, cómo se ha gestionado este suceso y que recursos ha tenido la entrevistada para afrontarlo.

## 5.2 Población y muestra

Nuestra muestra ha sido intencionada. Está formada por dos enfermeras/os que trabajan en urgencias y dos enfermeras/os de la unidad de cuidados paliativos (PADES). Creemos enriquecedor que las personas entrevistadas tengan diferentes años de experiencia, de manera que podamos comparar si la experiencia es un factor considerable a la hora de tener más técnicas de afrontamiento hacia la muerte.

### 5.2.1 Participantes

Participante	Sexo	Años experiencia laboral	Formación	Unidad de trabajo
P1	Mujer	27 años de experiencia, de los cuales 19 años en el servicio de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de enfermería (3 años)</li> <li>• Máster en enfermería de urgencias.</li> <li>• Postgrado en Medicina Interna.</li> <li>• Postgrado en Cirugía general.</li> <li>• Cursos de temas como la muerte, la inteligencia emocional, habilidades comunicativas y bioética clínica.</li> </ul>	Urgencias
P2	Mujer	18 años de experiencia y de estos 15 en el sector de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado en enfermería (1998-2001).</li> <li>• Postgrado de urgencias en el medio hospitalario en 2004.</li> <li>• Postgrado de urgencias y emergencias extrahospitalarias y catástrofes en 2005.</li> </ul>	Urgencias



			<ul style="list-style-type: none"><li>• Máster universitario en investigación en Ciencias de enfermería en 2023.</li><li>• Desde 2009 trabaja en el servicio de urgencias.</li><li>• Desde 2013 forma parte del Comité de ética Asistencial del Hospital.</li><li>• Asistencia a jornadas sobre el duelo, encuentros de comités de ética y congresos organizados por las Sociedades de medicina de urgencias y emergencias (SOCMUE).</li></ul>	
<b>P3</b>	Mujer	23 años de experiencia, 15 en el servicio de PADES.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de enfermería (1998-2001)</li><li>• Máster en enfermería quirúrgica</li><li>• Postgrado en atención integral para las personas con enfermedades avanzadas y sus familias.</li><li>• Curso básico de curas paliativas del ICO.</li><li>• Participación en el estudio del hexCom (hexagon de la complexitat).</li></ul>	PADES del Garraf
<b>P4</b>	Mujer	20 años de experiencia, de los cuales 16 en PADES.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de enfermería</li><li>• Especialidad de geriatría</li><li>• Experiencia en cuidados paliativos y en atención domiciliaria.</li></ul>	PADES Vilafranca

**Tabla 2.** Participantes (elaboración propia)



### 5.2.2 Criterios de inclusión

- Ser enfermera/o de PADES (Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo) o Urgencias actualmente.
- Llevar a cabo su función asistencial de manera habitual en estos servicios.
- Participar de forma voluntaria en el estudio.
- Enfermeras con 5 o más años de experiencia en ambos servicios, PADES y Urgencias

### 5.2.3 Criterios de exclusión

- Profesionales que realizan sustituciones de trabajo temporal en los servicios seleccionados.
- Profesionales que han trabajado en los servicios seleccionados hace años y actualmente ya no trabajan en ellos.
- Profesionales que realizan cuidados paliativos pero que no pertenecen a PADES.

## 5.3 Técnicas de recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado mediante entrevistas individuales semiestructuradas, previamente preparando las preguntas necesarias para guiar la entrevista y alcanzar nuestros objetivos (Anexo 3). Se ha empleado la revisión bibliográfica para asegurar que las preguntas aborden los temas relevantes para nuestro estudio, particularmente en relación al papel de las enfermeras en ambas unidades, adaptando así las entrevistas a su entorno laboral y al perfil de cada persona entrevistada. Además, nos hemos apoyado en el marco teórico para obtener un conocimiento previo sobre los temas que serán abordados. Las bases de datos y palabras clave utilizadas que se han mencionado anteriormente.

Durante las entrevistas, se ha garantizado total libertad para que las participantes expresen sus pensamientos, experiencias y emociones. Se ha grabado tanto la imagen como el audio de las entrevistas, utilizando el ordenador y móvil lo que nos ha permitido analizar las expresiones no verbales (faciales y tonos de voz). Posteriormente, la transcripción se ha realizado de forma literal utilizando el software de Microsoft Word. El tiempo de duración establecido para cada entrevista fue de 1h aproximadamente.



#### 5.4 Análisis de los resultados

Previamente a analizar los datos identificamos a cada entrevistada como; participante de urgencias (PU) y participante de paliativos (PD). Esto fue con el fin de no revelar la identidad bajo ningún concepto i mantener la confidencialidad.

Participante de Urgencias	PU 1
	PU 2
Participante de Paliativos	PD 3
	PD 4

**Tabla 3.** Clasificaciones entrevistadas (elaboración propia)

#### **Codificación por pares**

Se ha llevado la codificación por pares, mediante un enfoque colaborativo y la implicación de ambas investigadoras en el análisis del contenido de las entrevistas. El proceso ha sido el siguiente:

- **Antes de empezar** la codificación, las dos revisoras involucradas han tenido en cuenta los objetivos y se han documentado con el material necesario para la codificación.
- **Codificación individual:** Cada revisor ha analizado de manera independiente el contenido de las entrevistas, identificando temas, patrones o categorías emergentes,
- **Después de completar la codificación individual**, las revisoras se han reunido para comparar y discutir los hallazgos y consensado las categorías identificadas y resolver cualquier discrepancia que pueda surgir.
- **Revisión cruzada:** Para validar los resultados y detectar posibles errores u omisiones, las revisoras se han intercambiado las entrevistas codificadas y revisado el trabajo realizado por su compañera.
- **Consolidación:** Basándose en los hallazgos de la discusión y la revisión cruzada, las revisoras han ajustado las codificaciones para crear una versión final más precisa y completa.

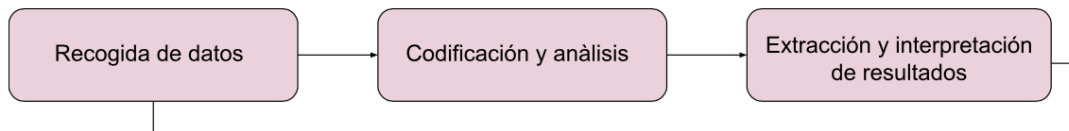
A continuación, se ha creado una tabla en la que se han identificado las categorías y subcategorías surgidas de las entrevistas y que están relacionadas con los objetivos establecidos. Posteriormente se le ha asignado un color a cada una de ellas.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Estrategias de afrontamiento	La primera experiencia
Gestión emocional ante la muerte	
Recursos de apoyo	
Afectación emocional	
Actitud ante la muerte	

**Tabla 4.** Categorías y subcategorías (elaboración propia)

Para este análisis de resultados, nos hemos basado en el modelo de Taylor y Bogdan (1987), proceso por el cual se intentan obtener datos descriptivos, como son las palabras y las conductas, para así poder comprender el mensaje que transmite la persona entrevistada.

Estos autores plantean el proceso de análisis de esta forma:



**Figura 1.** Creación propia basándonos en el proceso de análisis Taylor y Bogdan (1984)

### 5.5 Aspectos éticos

El presente estudio queda sujeto a los aspectos éticos descritos en la Declaración de Helsinki. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y cumple con todos los requisitos del comité de ética del CEIPSA, Código CEIPSA: CEIPSA-2024-TFG-0014.

Para garantizar que todas las personas que contribuyan a este estudio lo hagan de forma voluntaria y puedan escoger libremente tanto su participación como la retirada en cualquier momento, se proporcionará una hoja informativa (Anexo 4) y un consentimiento informado (Anexo 5). En estos documentos se explicarán los objetivos del proyecto y se podrá decidir si están de acuerdo con la filosofía del estudio.

En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida, manteniendo el anonimato de los participantes. Asimismo, se ofrecerá a los participantes la oportunidad de conocer los resultados del estudio.

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizadas, transcritas y analizadas las entrevistas, hemos creado una tabla con las categorías y subcategorías que nos ayudarán a valorar los resultados obtenidos y así dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente. Han surgido un total de 5 categorías principales y 1 subcategoría que contribuirán a abordar los objetivos establecidos.

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Explicación</b>
6.1 Estrategias de afrontamiento	6.1.1 La primera experiencia	Las estrategias de afrontamiento son técnicas que utilizan las enfermeras para afrontar situaciones difíciles. Algunas de ellas pueden ser: el apoyo social o el autocuidado.
6.2 Gestión emocional ante la muerte		La gestión emocional ante la muerte trata de un proceso en el cual la enfermera debe lidiar con ciertas emociones, como rabia o tristeza, debido a una situación de muerte de un paciente.
6.3 Recursos de apoyo		Los recursos de apoyo son servicios o programas que tienen como objetivo ayudar a la persona que acude a ellos. En este caso con el fin de ayudar a facilitar el desarrollo del proceso de duelo.



6.4 Afectación emocional		La afectación emocional hace referencia al impacto que las emociones generadas por una situación específica tienen en el bienestar psicológico de las enfermeras.
6.5 Actitud ante la muerte		Cada persona puede reaccionar de una manera distinta ante la muerte de un paciente, variando así los pensamientos y emociones.

**Tabla 5.** Categorías (elaboración propia)

### 6.1 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son técnicas que utilizamos las personas para poder afrontar las situaciones difíciles, según la escala de Folkman y Lazarus, ellos dividen las estrategias en ocho, que son las siguientes: confrontación, planificación, distanciamiento, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. (Aguar et al., 2015; Cabodevilla Eraso, 2007)

Todas las entrevistadas tienen en común la búsqueda de apoyo social, sobretodo en el ámbito laboral. Esta hace referencia a cuando el profesional que ha vivido la situación, acude a otros profesionales del mismo ámbito laboral, para comentar como lo ha vivido y como se ha gestionado esta situación. Podemos corroborarlo cuando los participantes dicen:

*PU 2: Podríem dir que es una estratègia parlar amb l'equip. Parlar amb l'equip del que ha passat no?, de revisar si s'ha fet tot el possible i en cas de que hagin hagut mancances o que hi hagin hagut coses que no han funcionat, el fet de parlar-ne jo crec que ens permet afrontar situacions en un futur no?. I que serveixin per, per millorar com a equip i, i personalment.*

*PD 3: Si tenemos que hablarlo, pues en...en equipo [...] hablar de todas estas cosas, lo hacemos, en...en equipo, con los compañeros [...] siempre expresando cómo te sientes.*



Algunas entrevistadas (PD 3 y PD 4) han referido que ella también se apoya en personas de su círculo familiar, siempre obviando detalles y preservando la intimidad de la persona. Y hay otras entrevistadas que nos han referido lo contrario, pues no quieren mezclar su vida laboral con la familiar.

*PU 2: Tot i així jo soc una persona que afortunadament quan surto per la porta de l'hospital desconnecto bastant. Vull dir que no m'emporto patiment a casa.*

*PD 4: Porque con la familia yo por ejemplo el tema de la confidencialidad es muy importante, con lo cual casi nada del trabajo lo comento a no ser que sea un caso que me ha afectado mucho y despersonalizando pues explicas un poco en general sin poder dar muchos detalles.*

Durante el análisis, ha emergido la reevaluación positiva, en la cual las participantes intentan buscar aquellos aspectos positivos de lo ocurrido, ya sea por ejemplo haber hecho un buen trabajo o haber actuado de la mejor manera. Un claro ejemplo lo vemos cuando las participantes dicen:

*PD3: Nos reímos mucho. Yo creo que nosotros los trayectos en el coche de un municipio a otro es un borrón.*

*PU 2: Intentar treballar bé per mi ja és una estratègia perquè si intento treballar bé i de manera ee, amb respecte i així, pues em fa sentir millor amb mí mateixa i ja forma part d'aquesta estratègia de d'afrontar la situació crítica. [...] la formació es una estratègia per mi [...] treballar de manera coherent, el fet d'estar formada i també crec que va bé sobretot quan la mort ha estat traumàtica o inesperada*

En urgencias vemos que la estrategia más utilizada es la de la aceptación de la responsabilidad, ya que en estos aspectos, la enfermera sabe su rol y saber que ha ayudado a esa persona a tener una buena muerte la reconforta. Por otro lado, no es posible desarrollar de forma completa la estrategia de planificación, pues no hay el tiempo necesario para que se dé (Martín, 2021).



*PU 2: Intentar treballar bé per mi ja és una estratègia perquè si intento treballar bé i de manera ee, amb respecte i així, pues em fa sentir millor amb mí mateixa i ja forma part d'aquesta estratègia de d'afrontar la situació crítica. [...] A mi el fet de, sempre he tingut molta inquietud d'estar formada per sentirme segura a l'hora de, d'atendre a la gent que tingui davant. Doncs també la formació es una estratègia per mi.*

*PU 1: Si crec que he fet relativament, he pogut ajudar, ja em dóna recompensa. I crec que he pogut ajudar. I veus la família agraïda. A mi em representa una recompensa.*

La estrategia de planificación la hemos visto mayormente reflejada en las participantes que trabajan en PADES. Mencionan que el hecho de hacer un seguimiento a los familiares después de la muerte, les ayuda a llevar el duelo pues implica cerrar el círculo con el paciente con el que han trabajado (Martín, 2021).

*PD 4: Les haces venir a... al despacho lo que sea para hablar, para ver cómo fue todo y tal. Bueno, y también, pues eso, para poder hacer un poco de...de cierre por ellos y por y por nosotros, no, porque de repente desaparezcamos de la vida de...de ellos y al final ni ellos ni nosotros necesitamos más, ¿eh? Pero sí que un último cierre, pues está, está bien... Es una estrategia de autocuidado.*

*PD 3: Somos personas y tenemos sentimientos que nos puede afectar, pues se queda con la familia incluso después del fallecimiento para hacer la ruta del duelo, para ver qué tal va, porque así hacemos una continuidad.*

La última estrategia que ha surgido es la de escape-evitación que la hemos podido ver reflejada en algunas entrevistadas, siempre puntualizando que han recurrido a ella en situaciones que les ha superado la situación debido a ser una muerte muy traumática y poco esperada.

*P3: Yo estoy encantada que estoy en un equipo que si uno no llega, llega al otro, entonces si yo sé que voy a ir a un domicilio y me ha impactado y tal, ya no lo coges, pues ya lo coge otro compañero para hacer el seguimiento*



*P1: Excepte morts traumàtiques o així, no esperades o negades o així, que llavors vols entrar i sortir al box amb 0,2 segons. Vull dir, o bueno, entres, calles, no dius res i fas el que pots. I intentar marxar i estar al menys possible.*

Según el estudio(Gálvez et al., 2013), basándose en el modelo de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, las tres estrategias más utilizadas sería: la aceptación, escape-evitación y búsqueda de apoyo social. Al igual que en nuestro estudio, donde se puede observar que estas tres estrategias son utilizadas y puestas en práctica por las enfermeras de ambas unidades (Gálvez et al., 2013).

#### 6.1.1 La primera experiencia

Las participantes entrevistadas explican la vivencia de la primera muerte como un hecho impactante y presente en sus vidas, en el que se sentían desprotegidas y sin recursos para afrontarlo.

*PU 1: t'estaven atacant dient ja sé el que li estàs posant, li estàs posant alguna cosa per matar-lo. [...] només volia marxar del box [...] la tinc present. El pacient, l'angoixa [...] amb la meva falta d'experiència.*

*PD 4: Y lo recuerdo no como bueno, estaba como muy impactada [...] no sabía qué decir. Y bueno, pues estuve allí, pues escuchando no un poco, pues al final, cuando no sabes qué hacer, pues escuchas, escuchas y haciéndole compañía a la a la señora.*

Se manifiesta la percepción de falta de conocimientos para afrontar esta situación, pues como se menciona en el artículo (Hernández et al., 2022), durante la carrera se centran en enseñar a curar y dejan de lado la asistencia a pacientes críticos. Por lo que una vez que los estudiantes dejan de serlo, y se convierten en profesionales, es normal que se sientan inseguros ante este tipo de situaciones y lo asocien a un hecho negativo para ellos. (Hernández et al., 2022)

#### 6.2 Gestión emocional ante la muerte

Los sentimientos son necesarios en cualquier proceso de duelo, antes y después de la muerte del paciente la enfermera experimenta algunos sentimientos que pueden ser tanto positivos como negativos.



*PU 1: Al proporcionar suport als familiars ho visc amb angoixa. Amb emocions a flor de pell, això sí. Amb emocions a flor de pell, però no em sento... Però, bé, no em sento malament....Això sempre, allò amb l'adrenalina a tope. I allò que... Emocions mig emocionades, excepte morts traumàtiques o així, no esperades o negades o així, que llavors vols entrar i sortir al box amb 0,2 segons.*

Algunas de las sensaciones que pueden aparecer tras la muerte del paciente según el artículo (Freitas et al., 2016), son el dolor después de la pérdida, sensación de insatisfacción y fracaso tras el proceso y incluso negación al no haber conseguido salvarlo ( Freitas et al., 2016)

Las entrevistadas expresan que la gestión emocional ha ido evolucionando con los años de experiencia. Pues han conseguido ganar seguridad en ellas mismas, y se han visto más capacitadas para afrontar y tratar estas situaciones con el aprendizaje de vivencias anteriores. (Esparza et al., 2022)

Cuando una enfermera carece de experiencia, se le pueden presentar situaciones en las que se ve comprometida su seguridad como profesional y esto afecta a la gestión emocional de la enfermera, pues no tiene los recursos necesarios para abordarlo(Marrero & García, 2017; Esparza et al., 2022).

*PU 1: Personalment em sento molt més segura. No sé si és l'edat o què. Però vull dir que em planto allà i no em molesta estar allà, a l'habitació. I dir-li algunes paraules, ni que sigui, jo xarro poc, però ni que sigui una acta de presència o que sigui oferir la meva ajuda o el que sigui, no...em sento segura. No em fa por la mort ara.*

*PU 2: Abans ho vivia més, més com un fracàs perquè s'havia d'evitar la mort de totes totes, i això amb els anys d'experiència, també amb la formació jo crec que quan et vas formant vas veient altres maneres de reaccionar. O amb els canvis de la societat també, he anat veient la mort més com un final ineludible. Un moment que forma part de la vida i que també s'ha d'acompanyar [...] tinc una mica més la visió d'acompanyament i de cuidar la persona que s'està morint i a la família [...] aquesta visió m'ha l'ha donat el temps d'experiència.*



### 6.3 Recursos de apoyo

Los recursos de apoyo son necesarios para que los profesionales tengan las herramientas necesarias para abordar situaciones que requieran de conocimientos, como en este caso puede ser el enfrentarse al duelo de un paciente. En las entrevistas se resalta la falta de recursos que proporcionan los centros para formar a las enfermeras y los recursos inexistentes de apoyo (Celma & Strasser, 2015).

Destacan la necesidad de formación del profesional de enfermería en los cuidados hacia el final de la vida y la muerte. Es difícil que se hable del final de la vida y mucho menos de lo que debe hacer y cuál es el papel de la enfermera para ayudar a disminuir el dolor emocional y físico y a cómo afrontar la muerte de manera digna (Celma & Strasser, 2015).

*PD 4: si te interesa o tienes alguna inquietud o crees que necesitas algo, pues los buscas tú en los cursos, los buscas tú y tu los pides [...] la empresa no hace cursos [...] lo pasé mal, lo pasé mal porque me faltaban recursos y no sabía qué decir.*

*PU 2: Jo no crec que hi hagi un bon acompanyament [...] hi han cursos de tant en tant no? de gestió d'emocions, de del dol, d'acompanyament a la mort... Però sempre acaben les mateixes persones que ja tenen interès en el tema. s'hauria de fer una formació una miqueta més emm, obligatòria [...] ajuda de, de preparar els equips emocionalment prèviament a viure aquesta situació.*

También se menciona en las entrevistas la carencia de apoyo que reciben las propias enfermeras y la necesidad de soporte que ellas necesitan posteriormente a la pérdida del paciente. Consideran que sería muy favorecedor para mejorar el duelo y sobrellevar una situación así de compleja, recibir ayuda o apoyo externo por parte del centro donde se trabaja. Cabe destacar que esta carencia de formación, dificulta la gestión del dolor del paciente, poder atender las necesidades de los familiares, controlar los síntomas y afecta a los cuidados en el momento de la muerte (Maza et al., 2009).



La formación continua es fundamental para asegurar la actualización, mejora y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, lo que contribuye a mejorar la atención brindada a los pacientes (de Adana & Elipe, 2006).

*PU 2: sessions de, d'intercanvi de, de sensacions no?, de després de viure situació que han pogut ser traumàtiques. Pues poder oferir l'espai de parlar amb l'equip que ha viscut aquella situació traumàtica sobretot d'una mort no esperada [...] parlar dels nostres sentiment*

*PD 4: la parte emocional está infravalorada y y realmente no, no, no lo tienen muy en cuenta, y tampoco nos dan no, no ven la necesidad de que igual sería necesario ¿no? de poder tener un un psicólogo que nos pudiera hacerse soporte [...] tendría que ser alguien externo.*

*PU 1: Recursos, suport, a l'Institut de l'Empresa no en tenim cap. Allò que seria l'ideal un psicòleg aquí.*

Desde el 2020, el sindicato de enfermería, SATSE, ya demandó la importancia de crear programas de atención psicológica para enfermería. Y el 75% de las entrevistadas creen que sería una gran mejora contar con el apoyo de un psicólogo externo al equipo, que les pueda ayudar a gestionar lo vivido y les acompañe durante este proceso de final de vida. De manera que tengan un espacio donde poder hablar de lo sucedido, como se ha gestionado, poder plantear todas las incógnitas que hayan surgido, etc. (González, 2020)

#### 6.4 Afectación emocional

Tras la muerte de un paciente, pueden aparecer diferentes emociones como tristeza, impotencia, sentimiento de pérdida o culpa, creando una sobrecarga y produciéndose un impacto emocional a nivel personal. Interfiriendo estos sentimientos en la asistencia hacia el paciente y su familia(Souza et al., 2013).

*PU 1: Tota la motxilla que anem regant ens ajuda a veure la cosa d'una manera o d'una altra.*



*PU 2: em vaig sentir emmm, bueno malament, una mica culpable de no poder estar fent tot lo que creus que hauries de fer no?. Sí que recordo aquesta sensació com a desagradable i com d'arribar a casa amb ganes de plorar i de, i de la impotència [...] si no estem bé amb un mateix és difícil poder atendre a l'altre*

Influye la relación que se haya podido llegar a crear con el paciente, pues esta afectará en la manera en la que gestionamos este duelo, como lo vivimos y que carga nos crea a nivel emocional. Este acercamiento hacia los pacientes se ha manifestado mayormente en las enfermeras de PADES, pues en este servicio tienen el tiempo y la posibilidad de crear más lazos afectivos que en otros servicios. También se destaca un mayor impacto emocional tras la muerte de un paciente más joven. Pues este es un condicionante para que el profesional tenga una actitud negativa frente al final de vida (Marrero & García, 2019).

*PD 3: detrás tuyo tienes también todo lo que es el ámbito familiar, la relación que hayas podido tener con el paciente [...] no es lo mismo el sentimiento que te pueda provocar una persona mayor que ha vivido toda una vida que alguien joven o alguien de tu misma edad con hijos como tú [...] Nos dimos media hora de un espacio para despedirnos y cerrar para poder otra vez volver a...a seguir haciendo domicilios. Y esto fue porque [...], la psicóloga, nos dijo más, ¿dónde vais?, [...] No no no, tenéis que cuidaros.*

*PD 4: a veces se mueren algunos que te impactan más claro porque realmente has conectado mucho más con ellos [...] el no poder...sobre todo el no poder dejarlo, o sea llevarte el...el de esto a casa, ¿no? Y estar ahí dándole vueltas y dándole vueltas, que esto es lo que no, no debería pasar demasiadas veces y es inevitable a veces.*



## 6.5 Actitud ante la muerte

La actitud frente a la muerte se define por la manera en que una persona responde emocional y mentalmente ante el fallecimiento de un paciente y cada enfermera puede reaccionar de una manera distinta, por lo que varían emociones y pensamientos. Según el artículo (Maza et al., 2009) aquello que tiene más relevancia es la edad del paciente y los años de experiencia del profesional (Maza et al., 2009). El 100% de las entrevistadas estuvieron de acuerdo con que la muerte es una etapa más del proceso vital de la vida.

*PU 1: La mort és un procés de vida, un procés vital. És un procés que tots farem, un dia o altre, no ens escaparem. L'entenc com un procés vital, que...vull dir, que jo crec que és important anar-lo treballant, que no ho fem. És un tema que el tenim massa tabú i això no és bo de cap manera. Un procés de vida. Igual que néixer, també morir.*

*PD 3: Jo veig la mort com una... com una part de la vida i com un moment més dintre de la etapa vital de la persona. A vegades la veig més com un moment traumàtic i en altres ocasions també la puc arribar a veure com un descans després d'un procés de patiment de la vida.*

También se menciona, como no, la propia actitud de la enfermera ante la muerte y este tipo de situaciones.

*PU 2: Al final le damos la vuelta, no lo vemos como algo malo, sino que me ayuda a entender porque ha llegado, porque ese es el momento, porque yo creo que todos venimos con un código de barras. Tenemos un inicio y un final, vale, y tu destino es un día a tal hora y ya puedes hacer las vueltas que quieras que acabarás de ese día y esa hora. [...]*

*Entonces no solo hay que cuidar para curar, sino también hay que cuidar para acompañar al final.*

*PD 3: Si crec que hem fet tot lo possible, s'ha actuat des del que calia fer, pues també acabo assumint... l'acabo assumint personalment com una vivència més, acceptant que era el moment d'aquella persona i que de vegades no, no es pot fer més. [...]*

*He anat veient la mort més com un final ineludible. Un moment que forma part de la vida i que també s'ha d'acompanyar.*



Es importante también saber que la actitud de los familiares según la cultura a la que pertenecen, puede cambiar, ya que es notoria la diferencia en cuanto a sentimientos, costumbres, reacciones, maneras de vivir el duelo... esto hace pensar que debemos de trabajar más en la muerte ya que muchas veces es un tema tabú en nuestra cultura (Morales et al., 2021).

*PU 1: La mort és un procés de vida, l'hem de treballar més, ho fem poc [...] Els magrebins tenen la mort molt més treballada. No sé, que no els hi fa por, no els fa respecte. I estaven allà, anaven resant i anaven acompanyant. Sí, sí, sense por. Sí, sí, m'ha donat aquesta impressió.*

*PD 3: Cada cultura tiene sus sus creencias y entonces, pues cuando tienes a alguien que es de otra cultura, tienes que intentar un poco indagar y preguntar.*

Se mencionó la etnia musulmana, resaltando el hecho de que ellos rezaban más a su familiar y aceptaban mejor la muerte de este. Pues en la religión islámica, la muerte conlleva el inicio de la vida eterna, y por lo tanto es una decisión divina y la elección de Allah. También, culturalmente son ellos los encargados de lavar el cuerpo después de la muerte para purificarlo (Alshboul, 2012). Las enfermeras resaltaron la importancia de informarse sobre la muerte en las diferentes culturas para poder dar una atención de calidad respetando las creencias del paciente y de sus familiares.



## 7. CONCLUSIONES

Es crucial que las enfermeras dispongan de estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que contribuye a mejorar la atención sanitaria y favorece su propio bienestar emocional. Aunque se reciba formación y se disponga de herramientas y técnicas, la experiencia es un grado importante para poder afrontar la muerte de un paciente.

El apoyo psicológico no debe tener en cuenta el sector ni el área de trabajo de las enfermeras ya que es un eje fundamental y relevante para mejorar el afrontamiento. Ayuda a expresar las emociones y sentir que tienen el apoyo de un profesional en caso de necesitarlo. Igual que el apoyo que deben recibir los trabajadores por parte de la entidad en la que trabajan. Es decir, formaciones, cursos, talleres, etc., para así ayudar a trabajar el duelo tanto de manera individual como colectiva.

Trabajar en diferentes servicios, en este caso urgencias o PADES, no existe diferencia entre cómo afecta la muerte de un paciente, ya que cada enfermera lo vive de una forma distinta y depende de múltiples factores al que están expuestas, como el momento de vida personal, la proximidad con el paciente, la experiencia o el tipo de muerte.

Es esencial evitar llevar el trabajo a casa, ya que las experiencias pueden llegar a repercutir y afectar su bienestar emocional y al mismo tiempo influir incluso en su vida fuera del ámbito laboral. Aunque muchas veces es imposible hacerlo, por lo que es importante tener una figura de apoyo con quien hablar y tratar esta situación. Para algunas enfermeras/os, los familiares son un recurso al que acudir para desahogarse o explicar un suceso traumático que haya podido suceder.



## 8. LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones con la que nos encontramos fue a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, encontramos que muchos artículos hablaban sobre cómo las enfermeras experimentaban el duelo de los pacientes, pero muy pocos artículos diferenciaban la unidad en la que estaba la enfermera. Por lo que la búsqueda de artículos fue más complicada de lo que esperábamos.

Creemos que hubiera sido enriquecedor poder ampliar la muestra, de esta manera podríamos haber contado con más participantes y a su vez con más información para contrastar los datos obtenidos.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, N., Meira, D., & Raquel, S. (2015). Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 121, 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Alshboul, A. (2012). *La cultura del cuerpo en el islam (nacimiento y muerte del cuerpo y la circuncisión)*.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/40731/39050>
- Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Torres-Puig-Gros, J., & Canela-Soler, J. (2023). Fatiga por compasión y ansiedad en enfermeras de cuidados críticos y emergencias. Entre eficiencia y humanidad. *Enfermería Intensiva*, 34(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.02.001>
- Baldissera, A. E., Bellini, L. C., Mendes Ferrer, A. L., da Silva Barreto, M., Henriques Coimbra, J. A., & Silva Marcon, S. (2018). Perspective of Nursing Professionals on Death in the Emergency. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(5), 1317–1324.
- Berbís, M. C. (2016). *Cuidar durant el procés de morir a urgències. Impacte dels discursos de la família i dels profesion...*  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114244>
- Boqué Oliva, C., Romero Pareja, R., & Herreros, B. (2022). Recomendaciones de cuidados al final de la vida en los servicios de urgencias. *Emergencias : Revista de La Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 34(1), 47–54.
- Busquet-Duran, X., Manresa-Domínguez, J. M., Llobera-Estrany, J., López-García, A. I., Moreno-Gabriel, E., & Torán-Monserrat, P. (2023). Complejidad asistencial y lugar de muerte en atención domiciliaria paliativa. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102266. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102266>
- Cabañero-Martínez, M. J., Nolasco, A., Melchor, I., Fernández-Alcántara, M., & Cabrero-García, J. (2019). Place of death and associated factors: A population-based study using death certificate data. *European Journal of Public Health*, 29(4), 608–615. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky267>
- Campos, V. F., Da Silva Jhon, J. M., & Da Silva, J. J. (2019). Communication in palliative care: Team, patient and family. *Revista Bioetica*, 27(4), 711–718. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Cara Rodríguez, R. (2020). Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene*, 14(1), 1417. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100007>
- Celma, A. G., & Strasser, G. (2015). *El proceso de muerte y la enfermería- un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte*.  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/fKFbNfWYbD3jr3PtMd7RdYc/?lang=es&format=html>
- de Adana, R. R., & Elipe, P. (2006). *Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-calidad-formacion-continuada-profesionales-sanitarios-13089585>



- de Freitas, T. L. L., Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. V. de O. V., & de Souza, S. S. (2016). The look of Nursing on Death and Dying Process of critically ill patients: An Integrative Review. *Enfermeria Global*, 15(1), 348–360.
- De Paula, G. S., Gomes, A. M. T., França, L. C. M., Neto, F. R. A., & Barbosa, D. J. (2020). A enfermagem frente ao processo de morte e morrer : uma reflexão em tempos de Coronavírus As doenças infecciosas são marcos desafiadores para os profissionais de taxas de mortalidade . A pandemia assumido graves epidemiológicas , 1 gerando inúmeras socied. *Journal of Nursing and Health*, 10(n.esp.):e20104018), 1–10.
- del Carmen Abad Moral, M., López Martín, I., & Oficial de Enfermería de Madrid conocimiento ENFERMERO, C. (2018). El acompañamiento como cuidado esencial en el proceso de morir. *Conocimiento Enfermero*, 2, 78–87.
- Departament de Salut. (2022). Les defuncions per COVID-19 i l'impacte en la mortalitat a Catalunya. *Scientia*.
- Duque, H., Duque, H., & Granados, E. T. A. D. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1–24.
- Esparza, M., Gallegos, F. S., Morales, J., Palos, A. E., Reyna, M. J., Plasencia, J. G., & Altamira, R. (2022). *Experiencia vivida de Enfermeras al cuidado del adulto mayor en proceso de cronicidad-muerte*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2021000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300004)
- Fernandez, J. A. (2017). *Actitudes Y Afrontamiento Ante La Muerte*. May.
- Freitas, T., Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. V., & Souza, S. (2016). *La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos- una revisión integradora*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015)
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. A. C., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revision conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39–50.  
<https://doi.org/10.4321/s1135-76062002000400004>
- Gálvez, M., del Águila, B., Fernández, L., Muñumel, G., Fernández, C., & Ríos, F. (2013). *Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico- percepciones y experiencias de las enfermeras*.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660246>
- González Carrasco, T. (2017). *La construcción del proceso de morir en el área de urgencias: significados, actitudes y habilidades del personal de enfermería*. 267.
- González, M. (2020). *Apoyo psicológico para las enfermeras y enfermeros*.  
<https://enfermeriatv.es/es/satse-demanda-apoyo-psicologico-para-las-enfermeras-y-enfermeros/>
- Gutiérrez, B. (2022). La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el sigloXXI? *Salutem Scientia Spiritus*, 8(4), 14–22.



- Hernández, M. J., Yovana, E., Fuentes, A. M., Carranza, S. A., Comeán, V., & Huerrero, R. F. (2022). *Experiencia vivida del primer contacto con muerte en prácticas clínicas de estudiantes de enfermería*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412022000100116](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100116)
- Izquierdo, E. (2015). *Enfermería- Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006)
- Jackson, J., ANDERSON, J. E., & MABEN, J. (2021). What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 103944. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944>
- Liseth S, Rocio V, & Alejandrina A. (2022). The role of nursing in palliative care. *Dom Cien.*, 8(2), 520–530.
- Magaña, M., Bermejo Higuera, J. C., Villaceros, M., & Prieto, R. (2019). Estilos de Afrontamiento y Diferencias de Género ante la Muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103–117. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Marchán Espinosa, S. (2016). Afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de cuidados paliativos y oncología. *Afrontamiento Del Personal de Enfermería Ante La Muerte de Pacientes, En Unidades de Cuidados Paliativos y Oncología*, 13(82), 1–12.
- Marrero, C. M., & García, A. M. (2017). *La vivencia del paso de estudiante a profesional en enfermeras de Tenerife (España)- un estudio fenomenológico*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100004)
- Marrero, C. M., & García, A. M. (2019). *Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200001#B3](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001#B3)
- Martín, J. M. (2021). *Estrategias de Afrontamiento | Todo es Mente*.  
<https://todoesmente.com/estrategias-de-afrentamiento>
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M., & Merino Escobar, J. M. (2009). *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100006&script=sci\\_arttext&lng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100006&script=sci_arttext&lng=en)
- Maza, M., Zavala, m, & Merino, J. M. (2009). *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006)
- Morales, F., Ramírez, F., Cruz, A., Arriaga, R. M., Vicenten, M. A., Cruz, C., & García, N. (2021). *Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes*. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000100213&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732021000100213&script=sci_arttext)
- Rosado, G., & Varas, N. (2019). *Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica - pmc*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195809/>



- Salbego, C., Nietzsche, E. A., Pacheco, T. F., Cogo, S. B., Santos, A. O. dos, Kohlrausch, L. F., & Ramos, T. K. (2022). Sentimentos, Dificuldades E Estratégias De Enfrentamento Da Morte Pela Enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1355>
- Souza, M. O, Troadio, I. F, Sales, A, Costa, R.E, Carvalho, D.N, Holanda, G. S, Aguiar, V. F, Correa, R. M., & Feitosa, E. (2022). Reflexiones de profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(1), 162–171. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516es>
- Souza, L., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, R., Oliveira, C., & Barbosa, D. (2013). *La muerte y el proceso de morir- sentimientos manifestados por los enfermeros*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013)
- Tejedo garcía, A. (2020). La supervisión de un equipo de atención domiciliaria en cuidados paliativos. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 265–281. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.371>
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. M. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición Clínica En Psiquiatría Y Psicología*, 1(1), 425–430.

## 10. ANEXOS

### Anexo 1

#### ESCALA DE LAZARUS

**Nombre completo:**

**INSTRUCCIONES:** El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

	<i>0 = No, en absoluto</i>	<i>1 = En alguna medida</i>	<i>2 = Bastante</i>	<i>3 = En gran medida</i>
<b>1.</b> Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)	0	1	2	3
<b>2.</b> Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
<b>3.</b> Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
<b>4.</b> Creo que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
<b>5.</b> Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
<b>6.</b> Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
<b>7.</b> Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
<b>8.</b> Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
<b>9.</b> Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
<b>10.</b> No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
<b>11.</b> Confié en que ocurría un milagro.	0	1	2	3
<b>12.</b> Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
<b>13.</b> Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
<b>14.</b> Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
<b>15.</b> Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
<b>16.</b> Dormí más de lo habitual.	0	1	2	3
<b>17.</b> Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
<b>18.</b> Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
<b>19.</b> Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
<b>20.</b> Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
<b>21.</b> Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
<b>22.</b> Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
<b>23.</b> Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
<b>24.</b> Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
<b>25.</b> Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3



26.	Desarrollé un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
27.	Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.	0	1	2	3
28.	De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29.	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30.	Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31.	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32.	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33.	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34.	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35.	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36.	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37.	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38.	Redescubrí lo que es importante en mi vida.	0	1	2	3
39.	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40.	Evité estar con la gente.	0	1	2	3
41.	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42.	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43.	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44.	No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.	0	1	2	3
45.	Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46.	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47.	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.	Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49.	Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.	Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51.	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.	Me propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.	0	1	2	3
55.	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56.	Cambié algo en mí.	0	1	2	3
57.	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3

58.	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59.	Fantasié e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.	Recé	0	1	2	3
61.	Me preparé mentalmente para lo peor.	0	1	2	3
62.	Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63.	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64.	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.	Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66.	Corrí o hice ejercicio.	0	1	2	3
67.	Intenté algo distinto de todo lo anterior	0	1	2	3



**Corrección e interpretación:**

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

**Confrontación** (amarillo). Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.

**Distanciamiento** (lila). Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.

**Auto-control** (verde). Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices 5, 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 61, 62, 63, 64, 65 y 66.

**Búsqueda de apoyo social** (azul). Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 5, 8, 18, 22, 31, 42 y 45.

**Aceptación de la responsabilidad** (naranja). Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.

**Huida – evitación** (rosa). Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 50, 55, 58 y 59.

**Planificación** (rojo). Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 26, 39, 48, 49, 52 y 67.

**Reevaluación positiva** (marrón). Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 27, 30, 36, 38, 56 y 60.

Confrontación: N/18

Distanciamiento: N/24

Autocontrol: N/45

Búsqueda de apoyo social: N/18

Aceptación de la responsabilidad: N/12

Huída-evitación: N/36

Planificación: N/24

Reevaluación positiva: N/24



Anexo 2  
Cronograma

	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Elección de tema y planificación										
Formulación de objetivos, hipótesis y justificación										
Investigación bibliográfica										
Metodología										
Resumen y abstract										
Entrevistas										
Transcripción i codificación de las entrevistas										
Análisis de datos										
Conclusiones										
Bibliografía y referencias										
Tutorías										



### Anexo 3

Hola, somos Joana Segura y Sandra Corral, estudiantes de 4º de enfermería de la sede Baix Penedés. Estamos realizando nuestro trabajo de fin de grado sobre cómo viven las enfermeras de diferentes unidades, en concreto PADES y urgencias, el duelo después de la pérdida de un paciente.

Nos ponemos en contacto con usted, porque trabaja en uno de los sectores que estamos tratando y por tanto, nos encantaría contar con su ayuda y poder hacerle una de manera que contestara unas preguntas y así poder completar y enriquecer nuestro trabajo.

La entrevista sería vía online, y se grabaría únicamente la voz, por lo que su imagen ni su nombre aparecerían en la grabación ni en el trabajo escrito.



Anexo 4

**Título del estudio:** Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente.

**Datos de contactos de los investigadores principales:**<sup>1</sup>

Sandra Corral Centeno - [sandra.corral@estudiants.urv.cat](mailto:sandra.corral@estudiants.urv.cat) - 638670792 – 08760

Joana Segura Domínguez - [joana.segura@estudiants.urv.cat](mailto:joana.segura@estudiants.urv.cat) - 638553449 – 08840

Yo .....<sup>2</sup> con DNI .....

- He leído la hoja de información al participante sobre cuyo estudio se me ha entregado una copia.
- He podido hacer preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con lo expresado en la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin que esto pueda causarme ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

Sí  No

- <sup>3</sup>Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos personales junto con la publicación de los resultados del estudio.

Sí  No

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las siguientes opciones:

---

1 Indicar los datos de contacto del investigador principal; nombre, teléfono, correo electrónico y ubicación física.

2 Indicar el nombre y apellidos del participante.

3 Solo si en los resultados del estudio que se publicaran aparece el nombre de las personas o datos que permitan identificar a la persona, así como su imagen o su voz sin técnicas de anonimización.



**NO autorizar** el uso de mis datos en otros proyectos de investigación relacionados.

**SÍ autorizar** el uso de mis datos en otros proyectos de investigación relacionados.

<sup>4</sup> Y para expresar este consentimiento, el participante firma en fecha .....  
y lugar ..... esta hoja de consentimiento:

Firma del participante .....

---

<sup>4</sup> Si el participante puede prestar libremente el consentimiento, utilizar este redactado hasta la siguiente nota el redactado del cual se puede eliminar.



## Anexo 5

Hola, somos Joana y Sandra, estudiantes de 4t de enfermería de la URV de la Seu baix Penedes. Hoy día 05/03/2024 en Barcelona, estamos con una enfermera en la unidad de urgencias. Daremos lugar a esta entrevista para saber cómo vive y gestiona el afrontamiento ante la muerte de un paciente.

Nos das tu consentimiento para grabar esta entrevista mediante la app de Teams, pues su fin es únicamente institucional. Nos comprometemos a que no se filtren datos personales que puedan identificarte o relacionarte.

Antes de empezar la entrevista nos gustaría saber un poco sobre ti, sin decir tu nombre ni nada que pueda identificarte, ¿nos podrías decir tu edad, sexo, formación y años de experiencia?

- ¿Cómo es un día típico de trabajo en tu unidad?
- ¿Como enfermera, que es para ti la muerte?
- ¿Cómo te sientes después de la muerte de un paciente?
- ¿Cómo gestionaste la primera vez la muerte de un paciente?
- Diferencia en cómo reaccionabas/actuabas al empezar a trabajar y ahora, tras varios años de experiencia.
- ¿Qué estrategias/recursos personales sueles utilizar para afrontar la muerte de un paciente?
- ¿Hay alguna estrategia específica que encuentres más efectiva?
- ¿Podrías compartir una experiencia personal que hayas tenido al enfrentar la muerte de un paciente?
  - ¿Cómo impactó emocionalmente esa experiencia en ti?
- ¿Hay diferencias de sentimientos según tu relación con el paciente?
- ¿Ha habido alguna situación en la que te has visto superada emocionalmente, ya sea por la relación con el paciente o con la familia?
- ¿Piensas que tus experiencias cercanas a la muerte han podido cambiar tu opinión sobre tu propia muerte?
- ¿Como estrategia de afrontamiento utilizas el compartir la muerte del paciente? ¿Con quién sueles compartirlo? ¿Familia, amigos, compañeros de trabajo?



- ¿Cómo te sientes al proporcionar apoyo a los familiares del fallecido?
- ¿Sientes apoyo emocional en tu entorno laboral ante esta situación?
  - ¿Te gustaría ver algún cambio respecto a los recursos que se proporcionan ante estas situaciones?
- ¿Hay algo más que te gustaría compartir antes de finalizar?

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento por compartir tus experiencias con nosotras hoy.