

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

## **TESIS DOCTORAL**

**El profesional sanitario ante el proceso de morir del  
paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de  
Gran Canaria**

Elua Cunha

Las Palmas de Gran Canaria, 2012









UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
Departamento de Enfermería

**D<sup>a</sup> MAGDALENA MARRERO MONTELONGO SECRETARIA DEL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS  
PALMAS DE GRAN CANARIA,**

**CERTIFICA,**

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha 27 de abril de 2012 tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada "El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ambiente hospitalario de Gran Canaria", presentada por la doctoranda D<sup>a</sup>. Elua Cunha y dirigida por los Doctores D<sup>a</sup> Josefa María Ramal López, D<sup>a</sup> Celia Fernández Sarmiento y D. Fernando Calvo Francés.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 73.2 del Reglamento de Estudios de Doctorado de esta Universidad, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a seis de noviembre de dos mil doce.







UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Programa de Doctorado de Psicología de la Salud

Departamento de Enfermería

Elua Cunha

## TESIS DOCTORAL

**El Profesional Sanitario Ante el Proceso de Morir del Paciente a su  
Cuidado en el Ámbito Hospitalario de Gran Canaria**

Tesis dirigida por:

Josefa María Ramal López; Celia Fernández Sarmiento; Fernando Calvo Francés

**Directora**

**Co-directora**

**Co-director**

**Doctoranda**

Las Palmas de Gran Canaria, 2012



À minha família, pelo apoio,  
amor e compreensão.



## AGRADECIMIENTOS

Aprovecho esta ocasión para agradecer a todas y cada una de las personas que de algún modo han participado del desarrollo y concretización de este trabajo:

- A mi familia y amigos por el apoyo, amor y por haber confiado siempre en mi potencial.

- En particular, quiero resaltar la contribución de Guilherme Santos, por la paciencia, comprensión y apoyo incondicional en los momentos de ánimo y en los de desánimo, y por estar a mi lado a lo largo de todo el proceso.

- De forma muy especial a todos los enfermeros, médicos, auxiliares y supervisores de enfermería que participaron amablemente en este estudio, con dedicación y empeño; y, por supuesto, por compartir conmigo sus experiencias laborales y personales y concederme una oportunidad de aprendizaje extraordinaria.

- Agradezco a los directores y a la gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno-Infantil y a la del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por haber confiado y autorizado la realización de este trabajo. Así como, a los supervisores y jefes de servicio, por su actitud colaborativa, generosidad y acceso a los profesionales sanitarios.

- En particular, quiero resaltar la estimable colaboración de los responsables de docencia y formación continuada, de ambos hospitales, que caminaron a mi lado con entusiasmo, consejos y paciencia durante el trabajo de campo de este estudio.

- A la Dra. Josefa María Ramal López, mi directora de tesis, por la sabiduría, comprensión, cariño y apoyo durante estos años.

- A la Dra. Celia Fernández Sarmiento, codirectora de esta tesis, por todas las aportaciones metodológicas, conocimiento, paciencia y palabras de ánimo.

- Al Dr. Fernando Calvo Francés, codirector de esta tesis, por el apoyo y por la confianza en el desarrollo de esta investigación.

- En general, a todos aquellos que han hecho posible la realización de este estudio, sea por una firma, la indicación de algún artículo, palabras de ánimo y confianza, una sonrisa, un abrazo.

... Muchas gracias a todos.

## ÍNDICE





<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> _____	<b>19</b>
<b>1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> _____	<b>33</b>
1.1 Revisión histórica de la muerte _____	35
1.2 La Psicología en el contexto de la salud _____	43
1.2.1 Concepto de salud _____	43
1.2.2 Psicología de la Salud _____	52
1.2.3 Psicología Hospitalaria _____	55
1.3 La relación de los profesionales sanitarios con pacientes y familiares _____	58
1.3.1 La formación de los profesionales sanitarios _____	59
1.4 La muerte y el proceso de morir _____	64
1.4.1 Significados acerca de la muerte _____	65
1.4.2 La muerte y el desarrollo humano _____	70
1.4.3 El proceso de muerte del paciente _____	75
1.5 El afrontamiento del morir _____	82
1.5.1 Concepción de afrontamiento _____	82
1.5.2 Estrategias de afrontamiento _____	87
1.5.3 El afrontamiento en el ámbito hospitalario _____	91
1.5.4 Evaluación de las estrategias de afrontamiento _____	95
<b>2. OBJETIVOS</b> _____	<b>97</b>

<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>101</b>
3.1 Diseño	104
3.2 Población y muestra	107
3.2.1 Perfil de los informantes	114
3.3 Recogida de la información	116
3.3.1 Las entrevistas y su aplicación	120
3.3.2 Los grupos de discusión y su aplicación	122
3.4 Análisis de la información	126
3.4.1 Sistemas de categorías	126
3.4.2 Triangulación metodológica	140
3.4.3 Programa informático: ATLAS.ti	141
<b>4. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>145</b>
4.1 Análisis de las entrevistas	148
4.1.1 Matriz descriptiva: entrevistas	148
4.1.2 Discurso narrativo: entrevistas	185
4.1.3 Matriz inferencial: entrevistas	295
4.2 Análisis de los grupos de discusión	302
4.2.1 Matriz descriptiva: grupos de discusión	302
4.2.2 Discurso narrativo: grupos de discusión	313
4.2.3 Matriz inferencial: grupos de discusión	355
4.3 Red conceptual: convivir con el morir	361

<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>365</b>
5.1 Los profesionales sanitarios y la concepción del proceso de morir	368
5.2 Convivir con el morir y la muerte: vías de escapatoria	375
5.3 El dialogo sobre el morir: cuidando del cuidador	394
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>401</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>413</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>435</b>
Anexo I. Guiones de las entrevistas	437
Anexo II. Guión de los grupos de discusión	441
Anexo III. Solicitud a los hospitales	443
Anexo IV. Autorización de las gerencias hospitalarias	444
Anexo V. Solicitud a los jefes de servicio	447
Anexo VI. Nota informativa	448
Anexo VII. Declaración de consentimiento informado	449
Anexo VIII. Encuesta características socio-demográficos y profesionales	450
Anexo IX. Caracterización de los informantes	451
Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)	455
Anexo XI. Respuestas de los informantes por categorías: grupos de discusión (un ejemplo)	467
Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)	470
Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)	483

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURA

Tabla 3.1. Caracterización de los servicios de hospitalización atendiendo a las tasas de mortalidad	109
Tabla 3.2. Descripción de la dimensiones	119
Tabla 3.3. Principales características de las entrevistas y grupos de discusión	125
Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas	130
Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión	135
Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas	149
Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas	296
Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión	303
Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión	356
Figura 4.1. Red conceptual: convivir con el morir	362

## **INTRODUCCIÓN**





## INTRODUCCIÓN

Se inicia la presentación de este estudio con una breve introducción sobre la historia de la muerte con el propósito de contextualizar la problemática en torno al tema objeto de estudio hasta los días actuales. Dentro de este contexto, se recogen algunos interrogantes sobre este tema y sobre la relevancia de elucidar tal problemática.

El siguiente trabajo está estructurado en seis capítulos. El *primer capítulo* recoge una revisión de la literatura relativa al tema de estudio, con la idea de construir un soporte teórico fundamental para orientar su desarrollo; el *capítulo segundo* aborda los objetivos de esta investigación, describiéndose cinco objetivos específicos como consecuencia del objetivo general; en el *tercer capítulo* se discurre sobre la metodología fundamental para desarrollar esta investigación, desde los primeros planteamientos del diseño hasta la obtención de los resultados; el *capítulo cuarto* recoge los resultados obtenidos a través de cada procedimiento de análisis elegidos; en el *quinto capítulo* se discute, de forma global, los principales resultados encontrados; por último, el *capítulo seis* aborda las conclusiones finales según la relación de los objetivos planteados con los resultados obtenidos.

La historia de la muerte, a lo largo de la Civilización Occidental, dirige a identificar las diferentes menciones y realces que ha sufrido. Entre todas se destaca como un fenómeno primordial que conduce a la reflexión sobre la condición humana. Pensar sobre la muerte representa no sólo una tentativa de comprender el significado del hombre en cuanto a ser vivo, sino que constituye también, una cuestión que causa

miedo, aflicción y alejamiento, debido a que está vinculada al fin, desmitificando la idea de inmortalidad producida por el hombre moderno. La dificultad de lidiar con la muerte está presente en las creencias, valores y visión del mundo que cada persona trae consigo y puede ser comprendida de distintas formas y significados. La atribución de estos significados depende de los aspectos culturales de una sociedad, de un individuo o de un determinado momento histórico.

A partir del desarrollo mundial y de los avances científicos y tecnológicos, se instaura la modernidad, aproximadamente del siglo XVI al XVIII. Al final de este momento (inicio del siglo XIX), la muerte comienza a comprenderse de manera diferente porque pasa a ser tratada de forma cercana y a estar de manera más constante en los medios de comunicación, convirtiendo la salud la cuestión central del nuevo milenio. Hay un desarrollo de la ciencia médica y del conocimiento de las enfermedades de un modo progresivo, acarreado un contacto y presencia más constante de la muerte. El desarrollo trae consigo la desensibilización por parte del hombre, que pasa a tratar el enfermo a partir de su patología, obviando el ser en sí.

Kübler-Ross (2005), apunta que cada vez son más intensos y veloces los cambios sociales impuestos por los avances tecnológicos. El hombre se vuelve cada vez más individualista y se preocupa menos por los problemas de la comunidad. Estos cambios tienen su impacto en la forma con la que el hombre lidia con la muerte en la actualidad. Con el avance tecnológico de la ciencia los enfermos son llevados a instituciones especializadas, cambiando así el local de muerte, antes residencial y familiar, por hospitales para prolongar al máximo los últimos días de vida.

El hospital pasa a ser la institución que presta servicios especializados a los enfermos y que les ofrece todo el equipamiento especial para el proceso de cura. Según la definición de “hospital” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1957), éste “es la parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos llegan al ámbito familiar”.

En la formación de los profesionales en el área de la salud, se enfatizan procedimientos técnicos que van en detrimento de una formación más humanista. En ella se presenta una visión negativa de la expresión de sentimientos, ya que el contacto con la emoción puede dificultar el desempeño de las actividades. La formación es básicamente técnica, y aporta una actuación con énfasis en un trabajo objetivo, de modo a poner la subjetividad del paciente en segundo plano.

Sin embargo, actualmente se busca la implantación de una política de humanización, desde la que se enfatice el cuidado y la preocupación por el enfermo, con base en la complejidad del ser humano y en la contextualización de los diversos aspectos presentes en el proceso de salud/enfermedad.

A partir del concepto de hospital antes citado se desprende que hay una preocupación con el enfermo en todos sus aspectos, considerando de este modo una visión de salud pluralista, pautada en la definición de salud de la OMS, que “salud es el perfecto bienestar físico, mental y social” (WHO, 1947).

De tal manera, el contacto con la enfermedad y el proceso de hospitalización y de morir conlleva a identificar diversas emociones y sentimientos por parte del

paciente, que están íntimamente ligados al sufrimiento, con el objetivo de proporcionar una desestabilización del estado psicológico no sólo del doliente y familiares, sino también de los profesionales que están a cargo de su cuidado, atención y tratamiento.

Sin embargo, diversos estudios (Kovács, 2003; Kübler-Ross, 2005; Rio-Valle, 2007) apuntan carencias en la formación en el ámbito subjetivo del paciente por parte de los profesionales sanitarios, ya que su formación es pautada en un modelo biomédico de atención en salud. En estos estudios se resalta que tanto el médico, el enfermero y los auxiliares en enfermería carecen de formación para trabajar con las cuestiones emocionales provenientes de una enfermedad, así como con el proceso de morir de los pacientes a su cuidado.

Se parte del hecho que el proceso de muerte es común a todo ser humano y está presente en la institución hospitalaria, donde se encuentran profesionales sanitarios inmersos en el modelo biomédico, sin una formación para trabajar con los aspectos subjetivos y emocionales provenientes del proceso de enfermedad y muerte. A pesar de que en la actualidad se tiene en consideración la necesidad de políticas de humanización en salud que abarquen un individuo biopsicosocial, surgen algunos interrogantes que el presente estudio intenta dilucidar, como son: ¿Cómo los profesionales sanitarios viven el cuidado de sus pacientes en proceso de morir? ¿Qué emociones experimentan al atender a estos pacientes? ¿Qué significado conceden a la atención de pacientes en proceso de morir y a la muerte? ¿Cómo afrontan este proceso de morir? ¿Qué estrategias de afrontamiento desarrollan para seguir con su

trabajo? ¿Qué aspectos creen que deben ser contemplados para desarrollar una atención más centrada en los aspectos de morir de sus pacientes?

Existe en la actualidad una gran preocupación por la promoción de la salud a través de avances en investigaciones y campañas dirigidas a la educación. En consecuencia, la sociedad dispone de una mayor comprensión del rol de la salud, promoviendo así, una población más informada con respecto de las enfermedades y de la muerte. De este modo, la cuestión de la muerte se presenta como un tema actual, inevitable y universal.

Actualmente, la comprensión acerca de la muerte se aborda de una forma más amplia, los medios de comunicación son vehículos de alcance global que tienen como función primordial transmitir informaciones, proporcionando a la sociedad elucidaciones al respecto de la muerte. A partir de informaciones contenidas en sitios de internet, noticiarios, periódicos y revistas de gran circulación, es posible que la temática se torne más familiar.

Al pensar la cuestión de la muerte se tiene un discurso ligado a la cultura, a la historia, a las cuestiones religiosas y al conocimiento que se tiene al respecto de sí mismo, entre otros aspectos. Pero en la sociedad occidental moderna la muerte posee una característica común relacionada con la necesidad de búsqueda de una institución que contenga condiciones de promover la cura, el tratamiento, el alivio del dolor, el salvar y el prolongar la vida.

Como fue expuesto anteriormente, a partir del avance científico y tecnológico, hay definitivamente un cambio del local de cuidado y de muerte del

paciente enfermo hacia la institución hospitalaria. Para Leño (1994), “[...] el hospital, institución predominantemente médica, está constituido por un modelo de actuación que influye en la conducta de todos los profesionales que la integran” (p. 138).

En este sentido, se ha podido constatar en la realidad española, a través del análisis de los planes de estudio de los cursos de formación profesional en auxiliar de enfermería, graduación en enfermería y medicina, que la formación en esta área prioriza la técnica poseyendo un currículo pautado básicamente en contenidos objetivos y técnicos. Revisado el desarrollo curricular de estos estudios, se puede decir que existen, de manera superficial, muy pocas asignaturas con énfasis en aspectos subjetivos; y, tratándose de aspectos subjetivos relacionados al proceso de enfermedad y de muerte del paciente, la escasez de asignaturas sobre esta temática es claramente significativa. En concreto, sobre la asignatura de cuidados paliativos que aporta un amplio conocimiento sobre el proceso de morir y sus implicaciones en el paciente y cuidadores, se pudo comprobar, según datos presentados en el último Congreso Internacional de Cuidados Paliativos realizado en Las Palmas de Gran Canaria en 2009, que de las 28 facultades de medicina española, solamente cuatro ofertaban la asignatura de cuidados paliativos y sólo una la consideraba como una asignatura obligatoria.

Los cursos del área de la salud, fundamentalmente de los médicos y enfermeros, han enfatizado los procedimientos técnicos en detrimento de una formación más humanista. Podremos observar, ya en las primeras asignaturas del curso médico, la despersonalización de los contenidos que serán

presentados a estos jóvenes. El primer encuentro del estudiante de medicina es con cadáveres en la clase de anatomía, causando, para algunos, un intenso sufrimiento (...). (Concone, 1983, citado en Kovács, 2003, p.33)

Luego, el personal sanitario, en su práctica en instituciones hospitalarias, emplea recursos técnicos y objetivos para lidiar con el paciente y el proceso de muerte. Sin embargo, muchas veces estos recursos no son suficientes pues se chocan con otras facetas que envuelven el ser humano, un ser biopsicosocial. El sufrimiento del paciente muchas veces va más allá de su patología, necesitando también de una mirada más allá del cuerpo orgánico.

Como ya fue expuesto anteriormente, la formación universitaria no prepara al profesional para lidiar con el proceso subjetivo del sufrimiento. Como tal tarea envuelve la subjetividad del propio profesional sanitario, es común que las actividades rutinarias y técnicas sean el recurso que justifique el no establecer los vínculos más intensos con los pacientes, minimizando así su sufrimiento.

El profesional sanitario utiliza recursos técnicos con la intención de protegerse contra la vivencia de la muerte, de no implicarse y de hacer el mantenimiento de su propio sufrimiento, favoreciendo un trabajo cualificado, mientras fomenta un distanciamiento emocional del paciente.

[...] en lo que se refiere al papel del profesional de la salud delante de la muerte, hay que considerar que él es parte de este social sometido al desarrollo histórico, y teniendo él sus propias vivencias y temores en el experimentar la muerte de un otro y de personas próximas, inmersas en su

pequeño mundo, estar delante de un paciente que muere o que va morir es estar delante de la reedición de la historia de sus emociones cuanto a la muerte en su propia vida. (Perazzo, 1995, p.143)

Es desde el momento en que el sufrimiento físico trae consigo el sufrimiento psíquico y, consecuentemente, las emociones y sentimientos del paciente, que se percibe cuanto del subjetivo está presente en el entorno hospitalario, y cuan necesario es prestar atención a este aspecto como forma de facilitar la relación entre pacientes y profesionales sanitarios, como también a una comprensión más amplia y global del proceso salud, enfermedad y muerte.

En lo que se refiere a la subjetividad, se dispone de la Psicología como un área del conocimiento que viene desarrollando recursos que contribuyen para el afrontamiento de tales circunstancias en el ámbito hospitalario, siendo de competencia del psicólogo la comprensión sobre los fenómenos relacionados con lo emocional del ser humano. La Psicología se muestra apta para trabajar y profundizar el conocimiento sobre tal cuestión, puesto que cabe al psicólogo comprender la desestabilización del estado psicológico proporcionado por el proceso de muerte y hospitalización, y las características emocionales que promueven una alteración en la evolución del enfermo y que hace que pueda comportarse de manera diferente en determinadas situaciones.

En la Isla de Gran Canaria están situados dos importantes hospitales generales que atienden la demanda de gran parte de su población, así como a la proveniente de otras islas de la provincia y/o de la Comunidad Autónoma Canaria. En estas entidades el trabajo del psicólogo, como profesional integrante del equipo

de salud, es casi inexistente, visto que no está considerado parte del equipo de personal sanitario contratado para actuar en los hospitales españoles.

En la realidad de estas instituciones sanitarias de Gran Canaria se puede verificar una presencia mínima del psicólogo, estando solamente en el servicio de área médica psiquiátrica, o sea, actuando sólo en el área de salud mental. No obstante, la presencia de este profesional desarrollando un trabajo como psicólogo hospitalario, integrado al equipo de personal sanitario, desempeñando actividades con los pacientes, familiares y el propio equipo de salud, es escasa y, hasta el momento, algunos de los datos recolectados muestran que este trabajo está empezando apenas a desarrollarse en unidades de cuidados paliativos. En este sentido, se puede decir que no existe la realización de un trabajo psicológico focalizado en el proceso de morir del paciente y una atención a sus cuidadores.

Ante este panorama es en los servicios hospitalarios de la Isla de Gran Canaria, donde la Psicología aún no ha sido bien implantada como actuante en un hospital general, donde el trabajo de comprensión del proceso de morir por parte de los profesionales implicados muestra su relevancia.

A partir de estos argumentos, se consideró relevante profundizar en un estudio en el ámbito hospitalario, con la participación de los propios profesionales implicados con las cuestiones subjetivas y emocionales del proceso de morir de los pacientes a sus cuidados. De tal manera que se optó por investigar tal problemática con una mirada más próxima y centrada en los propios discursos de estos informantes. Partiendo de tal visión y haciendo referencia al ámbito metodológico de la investigación, se optó por desarrollar esta investigación a la luz de una

metodología cualitativa, reconociendo la oportunidad de este enfoque para indagar en la población a estudiar. Además intenta suplir una demanda existente en la realidad española, pues, como se pudo verificar por medio de una amplia revisión bibliográfica sobre la muerte y el morir en los hospitales, son escasos los estudios que abordan este tema desde una perspectiva cualitativa.

De acuerdo con Montoya (2006), “es necesario concentrar energías en el diseño de estudios cualitativos que intenten desentrañar cuales son los significados que los actores sociales implicados en el proceso, conceden al morir” (p.17). Según confirman otros autores, gran parte de los artículos publicados en español abordan el proceso de morir desde un punto de vista teórico o están dedicados a la implementación de protocolos (Poveda Monge et al., 2000).

En consecuencia surge el interés por conocer, en mayor profundidad y de forma conjunta con médicos, enfermeros, auxiliares y supervisores de enfermería, cómo manejan éstos las cuestiones relativas al ámbito subjetivo y emocional durante el proceso de morir de los pacientes a sus cuidados. La finalidad es por una parte, plantear propuestas que contribuyan a introducir mejoras en el campo de los profesionales sanitarios que se enfrentan a la muerte así como de los enfermos y familiares. Por otro lado, contribuir a la inserción en el entorno hospitalario de profesionales especializados en la temática del morir y con la capacidad investigadora en este área.

En definitiva, se percibe la importancia de un estudio de estas características ante la demanda actual y la búsqueda de implantación de políticas de humanización que se preocupen principalmente por la comprensión del paciente en todos sus

aspectos por parte de un equipo multidisciplinar. Así como ayudar a esclarecer el aspecto psíquico del paciente y la importancia de preocuparse por él; demostrar las alteraciones de la estabilidad psicológica frente al proceso de morir; contribuir como agente facilitador en la relación entre paciente y profesionales sanitarios. Todo esto con la finalidad de que, junto al equipo, se desarrolle un cuidado global del paciente, considerando su contexto y colaborando en proporcionar una mejor calidad de vida o incluso, de muerte.



# **1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**





# **1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

## **1.1 Revisión histórica de la muerte**

La historia de la muerte a lo largo de la Civilización Occidental dirige a identificar las diferentes menciones y realces que ha sufrido. Entre todas se destaca como un fenómeno primordial que conduce a la reflexión sobre la condición humana. Pensar sobre la muerte representa no sólo una tentativa de comprender el significado del hombre en cuanto a ser vivo, sino que constituye también, una cuestión que causa miedo, aflicción y alejamiento, debido a que está vinculada al fin, desmitificando la idea de inmortalidad producida por el hombre moderno. La dificultad de lidiar con la muerte está presente en las creencias, valores y visión de mundo que cada persona trae consigo y puede ser comprendida de distintas formas y significados. La atribución de estos significados depende de los aspectos culturales de una sociedad, de un individuo o de un determinado momento histórico.

Las primeras comprensiones sobre la muerte provienen de la prehistoria, en el período paleolítico, donde el cuerpo y el alma eran concebidos como inseparables. Se creía que al enterrar el cuerpo el alma iba junta, dando por encerrada la vida (Arruda y Piletti, 2000). En este periodo histórico la expectativa de vida era muy baja, pues normalmente la muerte ocurría en consecuencia del ataque de un animal, en alguna lucha o por alguna lesión u herida. Considerando la carencia de una cultura de cuidar del enfermo, normalmente era abandonado, pues se creía que ante esta situación el tal individuo representaría un problema para el resto del pueblo, teniendo en cuenta que la probabilidad de sobrevivir era prácticamente inexistente y por otro lado, que

dejaría de tener su función social de lucha. Los agrupamientos humanos eran nómadas y no tenían rituales fúnebres, ni idealizando la muerte, además, de no demostrar interés por los muertos ni realizar ningún tipo de sepultura.

Es en el período neolítico que se encuentran vestigios de la idea de sobrevivencia después de la muerte debido a los ornamentos, instrumentos y alimentos dejados cerca de los muertos. En este período los rituales fúnebres revelan la concepción de la idea del alma separada del cuerpo (Piletti, 1999).

En las primeras civilizaciones occidentales, los muertos eran enterrados con sus pertenencias, instrumentos y herramientas, para que cuando hiciesen la trayectoria de la vida terrenal hacia la vida eterna, tuviesen todo lo que fuera necesario. En estas civilizaciones, el enfermo era cuidado y acompañado por la familia hasta los instantes finales de vida, certificándose, así, de que habían escuchado las últimas suplicas y deseos del enfermo, y cuáles eran los instrumentos que deberían ser enterrados junto con él. El cuerpo era enterrado junto a la propiedad y la familia lloraba la muerte sin cuestionarla, creyendo que entregaban el individuo a la vida eterna (Arruda y Piletti, 2000).

En la primera parte de la Edad Media, periodo histórico marcado por supersticiones y pocos avances científicos, se permitió un avance en los estudios teológicos y filosóficos, superando en importancia a las ciencias naturales. Según Ariés (2003), en este periodo la muerte puede ser denominada como *domesticada*, debido a que el hombre pasa a comprender que la muerte es algo presente en la condición humana, que es parte de su destino, y creer que la historia de cada uno estaba previamente trazada. La muerte era caracterizada a partir de actitudes como la

aceptación, la simplicidad de los rituales, la familiaridad y la preocupación con el destino de los muertos. Vinculada a esta idea de destino está la *muerte anunciada*, que es así interpretada cuando la proximidad de la muerte era fácilmente percibida o por causa de signos naturales que se manifestaban frente a la presencia de alguna enfermedad, peste o imposición social íntimamente sujeta a la iglesia, institución vigente de la época que ordenaba puniciones como la horca y la hoguera.

La muerte en esta época pasa a ser un hecho público y organizado: el velatorio era realizado en casa, local donde el cuerpo quedaba expuesto a todas las personas que querían verlo. Antes de su muerte, el papel asistencial al moribundo recaía en la familia y en especial en las mujeres, que desempeñaban el papel de cuidadoras y tenían la función de comunicar al resto del pueblo el estado de su familiar para que se juntase al cortejo fúnebre. Los familiares y amigos acompañaban el moribundo hasta su muerte sin cuestionamientos e interpretaciones, a partir de esta visión de destino (Ariés, 2003).

En la segunda mitad de la Edad Media, aproximadamente a partir del siglo XI y XII, la muerte pasa a ser comprendida como el día del juicio final, ya que el moribundo tiene que hacer una biografía de la vida, reflexionando sobre sus efectos a lo largo de su trayectoria, pues sólo así sería posible saber si podría, por derecho, pertenecer al reino de los justos. Partiendo de esta biografía es que se define una postura de la familia ante la muerte y el moribundo y, dependiendo de sus efectos, su cuerpo será velado y cortejado por la sociedad, y la familia seguirá siendo respetada frente a ella.

Durante toda la Edad Media era responsabilidad de la familia el cuidado del enfermo y, de la sociedad, la celebración de la muerte. En este sentido, tal y como apuntan Martín y Saiz (2007), “se trataba también de un hecho público, en el seno de la comunidad de la familia, de los amigos y de los vecinos; el moribundo era el centro de reunión” (p.10).

Al final de la Edad Media la muerte asume un carácter de romanticismo. El hombre se vuelve un apasionado por la vida a través de las cosas que posee y también más apegado a ellas al percibir su propia finitud y que al morir dejará detrás todo lo que le daba placer, seguridad e identidad. En esta fase, Ariés (2003) cita que el morir significa “dejar casas y vergeles y jardines... – ese hombre sentía un amor irracional, visceral, por los *temporalia*, entendiéndolo por *temporalia*, a la vez y sin distinción, las cosas, los hombres, los caballos y los perros” (p.58).

En conjunto, la Edad Media está marcada por una transformación de la concepción de la muerte que pasa por una idea de destino llegando hasta la reflexión del individuo en sí mismo.

Durante la segunda mitad de la Edad Media, del siglo XII al XV, se produjo un acercamiento entre tres categorías de representaciones mentales: la de la muerte, la del conocimiento de cada uno de su propia biografía y la del apego apasionado a las cosas y a los seres poseídos en vida. La muerte se convirtió en el lugar donde el hombre tomó, mejor que en ningún otro, conciencia de sí mismo. (Ariés, 2003, p.58)

A partir de siglo XVIII, comienza a existir una mayor preocupación por la muerte del otro. Es un periodo comprendido como la emoción frente a la muerte, y un momento marcado por la fuerte presencia de las sepulturas, que se caracterizaban como locales de apego, donde el muerto podría ser recordado y bien guardado. Hubo una propagación de la creencia de que se debería enterrar a los muertos cerca de las iglesias junto a los túmulos sagrados, garantizando guardar su alma.

En este momento histórico surgen los primeros miedos en torno al enfermo. Es una época marcada por pestes y muertes en serie. La necesidad de prestar asistencia al enfermo y el cuidado con la propagación de las enfermedades cambia y genera que los enfermos dejen sus casas para que sean llevados a instituciones (Ribeiro, 1996).

Las instituciones eran como un depósito donde se aglutinaban los enfermos, y poseían un carácter más social que curativo, visto que sufrían una influencia directa de la religión cristiana que tenía como mandamiento fundamental la preocupación y el cuidado del prójimo. El hospital era una institución que prestaba asistencia a las personas que no tenían recursos, y buscaba recoger los enfermos para que sus pestes no se proliferasen, alejándolas de la población.

Según Campos (1995), “los primeros hospitales fueron creados como locales de aislamiento donde la caridad se ejercía como una práctica de cristianismo. Eran locales para pobres, mujeres desamparadas, viejos y enfermos crónicos que estaban bajo el cuidado de monjes y religiosos” (p.18).

El trabajo en los hospitales era realizado por voluntarios y religiosos. Hasta entonces era un espacio para morir, pero a finales del siglo XVIII pasa a ser un lugar de cura. En este momento, la práctica médica entra en los hospitales, al percibirse que los hospitales podrían suscitar enfermedades en las personas ingresadas y en la población de alrededor, considerando que no en todos los hospitales se presentaban enfermedades, pero que podrían ser focos de éstas. El médico pasó a ser la principal imagen de la institución. El papel de cuidador era de los voluntarios y como este trabajo estaba pactado con la fe cristiana, la comprensión de la muerte se basaba en las enseñanzas cristianas. Al mismo tiempo, se creía que al morir se tenía un lugar al lado de Dios. Este pensamiento ocasionaba una aceptación del proceso de muerte (Foucault, 1979).

Durante la Edad Media no se tenía la idea de ruptura entre la vida y la muerte, sino que es a partir del siglo XIX que tal ruptura despunta. En este periodo surge una transformación en la mentalidad, influenciada principalmente por el Iluminismo Francés que poseía como idea central la valoración de la razón, y, en consecuencia, se contraponía a la fe. Con el Iluminismo hubo una multiplicación de un pensamiento racional, del individualismo y de las relaciones sociales retiradas de la esfera religiosa. “Fue palco de un movimiento intelectual fundamentado en la razón, (...) promovió transformaciones significativas en todos los sectores de la cultura y de la sociedad, substituyendo la creencia por la razón” (Ribeiro, 1996, pp.30-31).

A partir del desarrollo mundial y de los avances científicos y tecnológicos, se instaura la modernidad, aproximadamente del siglo XVI al XVIII. Al final de este momento (inicio del siglo XIX), la muerte comienza a comprenderse de manera

diferente porque pasa a ser tratada de forma cercana y a estar de manera más constante en los medios de comunicación, convirtiendo la salud la cuestión central del nuevo milenio. Hay un desarrollo de la ciencia médica y del conocimiento de las enfermedades de un modo progresivo, acarreado un contacto y presencia más constante de la muerte. El desarrollo trae consigo la desensibilización por parte del hombre, que pasa a tratar el enfermo a partir de su patología, obviando el ser en sí. (Ariés, 2003).

Kübler-Ross (2005) apunta que cada vez eran más intensos y veloces los cambios sociales, impuestos por los avances tecnológicos. El hombre se vuelve cada vez más individualista, se preocupa menos por los problemas de la comunidad. Estos cambios tendrían su impacto en la forma con la que el hombre lidia con la muerte en la actualidad. Con el avance tecnológico de la ciencia los enfermos son llevados a instituciones especializadas, cambiando así el local de muerte, antes residencial y familiar, por hospitales para prolongar al máximo los últimos días de vida.

Se muere en el hospital porque el hospital se ha convertido en un lugar en el que se procuran cuidados que no pueden procurarse en casa. En otro tiempo era el asilo de los miserables y los peregrinos. Se transformó primero en un centro médico en el que se cura y se lucha contra la muerte. Todavía conserva esa función curativa, pero un cierto tipo de hospital empieza también a ser considerado como el lugar privilegiado de la muerte. Uno muere en el hospital porque los médicos no han logrado curarlo. Se va o se irá al hospital ya no para curarse, sino precisamente para morir. (Ariés, 2003, p.85)

El hospital pasa a ser la institución que presta servicios especializados a los enfermos y que les ofrece todo el equipamiento especial para el proceso de cura.

En la actualidad, el médico es el profesional de las instituciones hospitalarias que tiene como papel el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, mientras que quienes ejercen el papel de cuidadores del enfermo son los enfermeros. Según Kovács (2003), el trabajo de los enfermeros se divide básicamente en dos funciones principales: la de los procedimientos técnicos, recomendados por el equipo médico, y la de los cuidados, que busca el alivio de los síntomas y la mejor calidad de vida del enfermo.

En virtud del papel de cuidador, el enfermero tiende a estar más próximo al paciente y sus familiares, acompañando así la evolución del enfermo. Este papel profesional hace con que el enfermero conviva con la muerte a diario, y consecuentemente, desarrolle estrategias para afrontar tal fenómeno.

Durante la formación en el área de la salud de los profesionales, entre ellos el enfermero, se enfatizan procedimientos técnicos dejando de lado una formación más humanista, y presentando una visión negativa de la expresión de sentimientos, basada en que este contacto con la emoción pueda dificultar el desempeño de sus actividades. Es decir, una formación básicamente técnica, que aporta una actuación con énfasis en un trabajo objetivo, poniendo la subjetividad del paciente en segundo plano. Hoy en día se busca la implantación de una política de humanización, desde la que se enfatice el cuidado y la preocupación por el enfermo, con base en la complejidad del ser humano y en la contextualización de los diversos aspectos presentes en el proceso de salud/enfermedad.

Partiendo del concepto de hospital antes citado, se desprende que en la actualidad hay una preocupación por el enfermo en todos sus aspectos, considerando de este modo, una visión de salud pluralista, pautada en la definición de “salud” de la Organización Mundial de la Salud, que “salud es el perfecto bienestar físico, mental y social” (WHO, 1947). Además, el contacto con la muerte permite identificar diversas emociones y sentimientos que el psicólogo podría trabajar y organizar (Chiattonne, 2002). El psicólogo inserto en el hospital también podría desarrollar el papel de “organizador” de las relaciones interdisciplinarias, proporcionando y adquiriendo conocimientos con el propósito de favorecer un trabajo en conjunto, dirigiendo una actuación estructurada y contextualizada en múltiples saberes y una mayor comprensión del sufrimiento y del proceso de muerte del paciente, contextualizada en los aspectos mentales y sociales, y no sólo en el físico.

## **1.2 La Psicología en el contexto de la salud**

### **1.2.1 Concepto de salud**

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1947), la salud se conceptúa como “[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social y no apenas la ausencia de enfermedad”.

Sobre tal concepción, el bienestar es visto como algo dinámico, que ocurre simultáneamente entre los aspectos físico, mental y social, y no como un estado absoluto y estático. La salud se da en la medida en que interacciona satisfactoriamente el individuo y su entorno.

Según confirma Ávila (1998, p.4), la salud “[...] es una condición de bienestar y de calidad de vida del ser humano, en un constante proceso de interacción y equilibrio con uno mismo y con el medio”.

Para Ferrara et al., “[...] la salud es una continua actuación del hombre delante del universo físico, mental y social en que vive, sin regatear un solo esfuerzo para modificar, transformar y recrear aquello que debe de ser cambiado” (Ferrara et al., 1976, citado en Rezende, 1989, p.87). Los autores definen la salud como un concepto integral resultante de interacción biopsicosocial, en la que el hombre tiene un papel activo en la construcción del bienestar, sin parsimonia en la búsqueda de ese proceso.

Al referirse a la salud es fundamental un abordaje sobre las acciones de salud, es decir, sobre los niveles de atención sanitaria: atención primaria, secundaria y terciaria.

La organización de estos niveles comprende acciones preventivas de baja complejidad - atención primaria; acciones especializadas que requieren acompañamiento - atención secundaria; y acciones especializadas determinadas a situaciones hospitalarias - atención terciaria.

Para Chaves (1978, citado en Rezende, 1989), en el nivel de atención primaria se evita que la enfermedad ocurra, o mejor, hay una promoción de la salud y protección específica; en la atención secundaria la acción curativa se reviste de aspectos profilácticos a través del diagnóstico y tratamiento precoz; mientras que en

la atención terciaria ocurre la limitación del daño y la rehabilitación con la finalidad de evitar daños mayores.

En la atención primaria la demanda es previsiblemente grande y gran parte de las necesidades son atendidas de forma simplificada, con el uso de recursos materiales y humanos propios de la localidad para solucionar el problema, a fin de prevenir la necesidad de atención ambulatoria y hospitalaria. Se entiende que las enfermedades pueden ser resueltas antes de volverse complejas y que evolucionen para niveles de mayor coste y necesariamente demanden recursos más sofisticados.

Según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), la atención primaria de salud “es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, de modo que resulte aceptable y proporcional a sus recursos, y con su plena participación”.

Cuando se presenta la necesidad de una atención más compleja en la cual los problemas requieren acciones especializadas se recurre a las instancias secundaria y terciaria. Las mismas comprenden la asistencia de profesionales especializados en tecnologías avanzadas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El nivel de atención secundaria abarca las especialidades de salud. Se trata de los procedimientos de media complejidad que tienen como propósito el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades, y está representada por los centros de especialidades y hospitales generales.

El nivel de atención terciaria está comprendido por la atención de referencia. Son los procedimientos de alta complejidad o alto coste, realizados en los hospitales de referencia, con el propósito de reducir los daños y devolver el paciente para la comunidad, sano, con secuelas, o incluso culminando con su óbito.

Se observa que las acciones de salud tienen por objetivo no sólo elevar la esperanza de vida, sino también propiciar a los individuos el más alto grado de salud; intensificando el empleo de acciones profilácticas y preventivas, sin subestimar las acciones curativas.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe de 1997 sobre la salud en el mundo, titulado “Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad”, señala algunas prioridades de acciones en los niveles de salud que objetivan el cuidado integral del paciente, a modo de ejemplo: el alivio del dolor, la reducción del sufrimiento y la previsión de cuidados paliativos para los pacientes sin perspectiva de cura.

De tal modo, hablar de salud comprende también acciones paliativas a pacientes fuera de las posibilidades terapéuticas, de forma a fomentar una atención global al individuo en una de las fases de su existencia, la fase terminal y muerte, además de incentivar políticas de humanización en el área de la sanidad.

Se puede ver un principio del desarrollo de políticas de humanización, tiempo atrás, con el nacimiento de los *hospices*, instituciones que cuidan de moribundos. Cicely Saunders funda en 1967 el St. Christopher de Londres, y consolida y extiende por todo el mundo el *movimiento hospice* (Melo, 2005).

Según los informes de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), a partir de 1977 se implanta el término *cuidados paliativos* o *medicina paliativa* para sustituir a los cuidados tipo “*hospice*”. Así que, paralelamente al movimiento de los *hospices*, nacen los *cuidados paliativos*, término empleado hasta los días actuales.

La Organización Mundial de la Salud define “cuidado paliativo” como:

[...] el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares. (OMS, 1997)

En este compendio, se puede observar que para estar con salud el individuo necesita buscar el equilibrio entre los aspectos físico, mental y social, pues una ruptura de esta armonía biopsicosocial puede llevar a un desequilibrio y conducir a la enfermedad. Considerando que el ser humano es un ser integral que posee cuerpo y mente como una real unidad, es esta unidad en su totalidad que adolece, una vez que ocurre una interrelación de sus componentes.

Para Foucault (1979), la enfermedad “[...] tanto en designaciones psicológicas como orgánicas, se refiere a la situación global del individuo en el mundo, siendo una reacción global del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica” (Foucault, 1979, citado en Calil, 1995, p.49).

El adolecer causa una ruptura en la vida normal del individuo, separándolo de sus actividades rutinarias e imponiéndole nuevas situaciones que pueden generar su desarmonización global.

La enfermedad física es acompañada de alteraciones en el campo psíquico, ocasionando manifestaciones en la interacción social, debido a que las reacciones de cada persona son decurrentes de su mundo interior, de su historia psicosocial y del contexto social (familia, amigos, trabajo, etc.). En este sentido, la experiencia del adolecer es sentida de una forma siempre única por la persona.

El conocimiento del enfermo va más allá del entendimiento de la enfermedad orgánica, pues comprende el individuo como un todo, su historicidad, sus aspiraciones, sus miedos, sus angustias, es decir, su vida y su modo de adolecer. El paciente no trae apenas un órgano enfermo, sino también la ansiedad y los problemas psicológicos y sociales provenientes del momento en el cual se encuentra.

Desde luego, el estado de salud depende de varios factores y condiciones, lo que demuestra que la salud posee un campo bastante amplio, con acciones que tienen como objetivo la promoción y prevención, acciones curativas, de tratamiento y rehabilitación, e incluso los cuidados que buscan paliar y aliviar el dolor y el sufrimiento hasta el último momento de vida.

Calil (1995) relata que para mantener o alcanzar el estado de salud, es decir, el equilibrio entre los aspectos físico, mental y social, no es posible actuar aisladamente, sino es necesaria una actuación conjunta y unida.

De tal manera, la salud no es un campo de responsabilidad de un único profesional. Es un tema que pertenece y debe de ser conducido por diversos profesionales y disciplinas a favor de las necesidades de los individuos y/o pacientes, con el objetivo de una actuación multidisciplinaria.

Chiattonne (2002), define el equipo multidisciplinario como “[...] un grupo de profesionales que actúan de forma independiente en un mismo entorno de trabajo, sirviéndose de comunicaciones informales” (p.105).

Para Giannotti (1996, citado en Chiattonne, 2002), un equipo multidisciplinario está compuesto por:

[...] profesionales de diversas áreas, representantes de diversas ciencias, que se agrupan en equipos de salud con objetivos comunes: estudiar las interacciones somatopsicosociales y encontrar métodos adecuados que propicien una práctica integradora, con un enfoque de la totalidad de los aspectos interrelacionados con la salud y la enfermedad. (p.104)

La actuación multidisciplinaria contribuye a dar una visión más global a los procesos que envuelvan el adolecer y la recuperación del enfermo. Cada profesional, al comprometerse con su actuación y aceptar la actuación del otro, contribuye con una vida con menos patologías y más salud, sin olvidar que el individuo al cual está atendiendo es un ser biopsicosocial.

Sin embargo, Camon (2002a) señala que:

[...] más que la necesidad de la actuación multidisciplinaria, es fundamental la actuación interdisciplinaria, o sea, la interacción entre los diferentes niveles del saber profesional, no apenas articulados entre sí, pero también armonizados frente a una propuesta más amplia de comprensión del enfermo y de la enfermedad. (p.12)

El trabajo en un equipo interdisciplinario concibe una relación de cambio entre los diversos profesionales de diferentes áreas, los cuales se interrelacionan y comparten tareas en un mismo entorno. Una actuación interdisciplinaria concibe la posibilidad del trabajo en conjunto en la búsqueda de soluciones, respetando las bases disciplinares específicas.

Ante eso, Vasconcellos (2002), aún va más allá al afirmar que es de vital importancia para el área de la salud una actuación transdisciplinaria, o sea, el desempeño de varios profesionales que interaccionan formando nuevos saberes, sin que exista una hegemonía, sino apenas parcelas alternantes de responsabilidad.

En la actuación transdisciplinaria los profesionales actúan de forma colectiva y comparten “[...] estructuras conceptuales, construyendo juntos teorías, conceptos y abordajes para tratar problemas comunes” (Rosenfield, 1992, citado en Perini, Paixão, Modenac y Rodrigues, 2001, p.103).

En síntesis, los tres tipos de equipo de salud – multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario – proponen la actuación de diversos profesionales y disciplinas con una visión biopsicosocial en la sanidad.

Ante eso, Chiattonne (2002) señala que en la realidad de la mayoría de las instituciones de salud, ocurre que “[...] a pesar de la evidente necesidad de la evolución de la concepción de la salud como modelo de integración, considerándose salud como un tema para muchos profesionales, la visión biopsicosocial en salud permanece aún contextualizada como un ideal” (p.109).

En la práctica, gran parte de los equipos sanitarios se encuadran en una actuación multidisciplinaria en la que varios profesionales atienden al mismo paciente, sin establecer una relación de intercambio. Tal situación acaba por fragmentar aún más al paciente, sobretodo si en la práctica ocurren problemas a nivel de relaciones entre los profesionales sanitarios.

Chiattonne (2002) enfatiza que hay una falta de comunicación entre los profesionales sanitarios de diferentes áreas, que se empeora por la falta de experiencia y formación para el desarrollo de un trabajo integrado en el entorno de la salud, y por las propias situaciones del entorno institucional. “Las relaciones entre sus representantes pueden ocurrir a partir de un referencial administrativo, siendo el reflejo del modelo jerarquizado estructural” (p.109).

Se percibe que pensar en términos de salud engloba diferentes parámetros y perspectivas que aunque estén asociadas a un ideal, como la propia definición de salud de la OMS y el desarrollo de una práctica interdisciplinaria o incluso transdisciplinaria, tienen que permanecer como un desafío constante ya que esto es primordial para la atención sanitaria.

### **1.2.2 Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud en España inicia su actividad en la década de los 70, coincidiendo con la consolidación de la Psicología en el país. El término Psicología de la Salud, como un campo diferenciado y un área sólidamente constituida, aparece en este territorio en 1990. Numerosas investigaciones, seminarios y congresos nacionales e internacionales se han desarrollado desde entonces (Jiménez, 2001).

En un ámbito general, la Psicología de la Salud surge con la propuesta de ampliar y resignificar el concepto de la práctica clínica en Psicología, una vez que surgen nuevos campos y perspectivas en el área de la salud. Esta nueva Psicología se expande conforme el crecimiento de las políticas de salud, debido a que tiene como fin la necesidad de dar una respuesta a una demanda socio-sanitaria que se torna cada vez más exigente a medida que el país crece y se desarrolla.

El modelo biopsicosocial aplicado a la salud fue un referente para el avance de la Psicología de la Salud, ya que tal modelo fundamenta este campo de saber psicológico y va al encuentro del deseo de transformar la Psicología en una acción más expansiva y social, trabajando con pacientes en tratamiento por enfermedades, los que sienten angustia, ansiedad, miedo y sufrimiento.

La Psicología de la Salud tiene un campo de actuación bastante amplio, comprendiendo todas las fases de atención al paciente – primaria, secundaria y terciaria. El psicólogo, en su trabajo, busca la recuperación del individuo, su

reintegración segura al contexto familiar y social, es decir, es un agente de promoción de salud, actuando desde la prevención hasta al tratamiento.

La Psicología de la Salud va más allá de un trabajo que enfatiza el tratamiento y los aspectos curativos de una enfermedad, puesto que se ocupa de atender a toda la comunidad, actuando de forma preventiva y priorizando la salud en vez de la enfermedad.

Para Vankolck (1975, citado en Chiattonne, 2002), el psicólogo:

[...] trabaja también en organizaciones médicas y hospitalarias, en hospitales comunes, clínicas de reposo, enfermerías psiquiátricas o comunidades terapéuticas y institutos de rehabilitación, integrando equipos con enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y médicos en variables especialidades, teniendo como objetivo la atención completa del paciente y su recuperación. (p.93)

Es una Psicología que, lejos de limitarse al paciente aislado, se extiende al contexto social del enfermo y a la comunidad, más allá de una intervención clínica y médica. Según Camon (2002a) esta nueva Psicología es:

[...] Una Psicología que no necesita del encuadre limitador de un consultorio y sí que, por el contrario, tenga como campo de actuación la propia realidad de su inserción. Una Psicología al mismo tiempo clínica, social, hospitalaria e institucional y que, por eso, tiene una visión más amplia de los conceptos de salud. (p.11)

De acuerdo con este autor, la Psicología de la Salud se define como la práctica de llevar el individuo/paciente a la búsqueda del bienestar físico, mental y social, a través de un abordaje que tendría que ser multidisciplinar con individuos, ya que poseen una estructura biopsicosocial.

La Psicología de la Salud comprende el ser humano en su totalidad, con una perspectiva global en que se considera todo lo que pueda ser parte de su vida, desde su historicidad hasta el contexto social en que está inserto de forma dinámica y plausible de cambios.

Para Camon (2002b) esta Psicología propone una nueva dimensión de interdisciplinaridad. O sea, busca una “[...] articulación de diversos niveles del saber que pueda llevar a un nuevo tipo de conocimiento que pueda, a su vez, articular las mejores condiciones de análisis junto al hombre contemporáneo” (p.18).

Es una Psicología que se caracteriza por ser un campo de conocimiento que contempla múltiples áreas del saber psicológico y otras áreas de la salud que interaccionan en la tentativa de comprender el ser humano y su sufrimiento. Según Matarazzo (1982, citado en Camon, 2002b):

La Psicología de la Salud congrega el conocimiento educacional, científico y profesional de la disciplina Psicología para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y tratamiento de la enfermedad, en la identificación de la etiología y diagnóstico relacionados a la salud, enfermedad y disfunciones, bien como en el perfeccionamiento del sistema sanitario y la formación de una política de salud. (p.13)

En España, la presencia del psicólogo en el sistema sanitario está principalmente relacionada al ámbito psiquiátrico. Según Rodríguez-Marín (1999):

El trabajo del psicólogo en el sistema sanitario está fundamentalmente ligado a los hospitales psiquiátricos, servicios de psiquiatría de hospitales generales o a centros de salud mental, y su trabajo se orienta fundamentalmente hacia la enfermedad mental. Hasta ahora pues, no se puede hablar, en puridad, de práctica de la Psicología de la Salud en España [...]. (p.183)

Precisamente, esta realidad hace que el concepto de Psicología de la Salud no esté suficientemente claro en España, estableciendo límites al vasto campo de actuación de la Psicología en el área de la salud y dejando de atender las necesidades del paciente como un ser biopsicosocial.

### **1.2.3 Psicología Hospitalaria**

Dentro de las diferentes posibilidades de actuación en Psicología de la Salud, se sitúa la práctica en hospitales, puesto que es necesario un equipo multidisciplinar que actúe en cada unidad hospitalaria. El psicólogo es un elemento importante de este grupo, pudiendo actuar en la promoción, prevención y recuperación del bienestar del paciente en su totalidad, teniendo en cuenta que los aspectos físicos y sociales están en continua interacción en la composición del psiquismo del paciente (Campos, 1995).

La Psicología Hospitalaria tiene sus características propias, adecuadas y específicas al hospital, factor que la distingue de la Psicología Clínica. En el hospital,

el psicólogo traspasa los límites del consultorio, manteniendo contacto obligatorio con otras profesiones, lo que determina la multiplicidad de enfoques al mismo problema y acciones diversas. El factor tiempo es un elemento de gran influencia en el trabajo del psicólogo en entidades hospitalarias, delimitando la actuación del profesional; con la necesidad de recambio de camas, la gravedad y urgencia de los procesos a tratar, por lo que se precisa de modelos de atención que concreten la atención en estos procesos, iniciando así una psicoterapia breve.

Según Bellak y Small (1980, citado en Chiattonne, 2002), en la psicoterapia breve, “[...] el dolor o el peligro al que el paciente está expuesto, requiere que la intervención sea inmediata, con algún grado de alivio obtenido tan rápidamente como sea posible, más frecuentemente en la primera sección terapéutica” (p.126).

En el ámbito hospitalario, al contrario que en la consulta, no es el paciente quién va en búsqueda de tratamiento psicoterapéutico sino que, en general, es el personal sanitario quien determina la necesidad de atención psicológica y hace la indicación; resaltando que el paciente siempre tiene el derecho de elegir si quiere o no recibir tal atención psicológica. Otra característica peculiar de la actuación del psicólogo en el hospital se basa en el hecho de que el profesional se encuentra con algún tipo de sufrimiento orgánico superpuesto al sufrimiento psíquico, por lo que es necesario atender el individuo en su integridad, considerando todos los aspectos relacionados en su estado de enfermedad y hospitalización.

La hospitalización, de un modo general, abre al psicólogo una gran vertiente de trabajo, ya que está íntimamente ligada al proceso de sufrimiento y de muerte del paciente. Además, debido al hecho de que hoy en día el hospital es la principal

entidad responsable en ofrecer a la comunidad el cuidado especializado al enfermo, lo lleva a la caracterización como el local de curación y también el local de muerte.

Para Chiattonne, un factor relevante de la Psicología en el ámbito hospitalario se refiere al hecho de que:

[...] la tarea está esencialmente permeada por la muerte y el morir en lo cotidiano, caracterizándose así específicamente el contacto, la actuación profesional del psicólogo y del personal, el momento de crisis del paciente y de los familiares, la urgencia de la atención y el tiempo de actuación. (Chiattonne, 2002, p.130)

Con lo expuesto se evidencia la importancia de la Psicología de la Salud y de su actuación en el contexto hospitalario, considerando que el funcionamiento y el ejercicio de un equipo multidisciplinar e interdisciplinar afectan directamente el tratamiento del paciente. En palabras de Chiattonne (2002):

Cuanto más integrado sea un equipo, cuanto más los miembros del mismo se conozcan y respeten unos a otros en sus habilidades y limitaciones y, cuanto más este equipo sea participativo en la definición conjunta de sus objetivos y del establecimiento de las reglas estratégicas para alcanzarlos, mucho mejor será su funcionamiento. (p.78)

En lo que se refiere a la atención de la Psicología en el hospital se puede decir que es muy amplia y que va más allá de una atención al paciente, ya que también puede extenderse a los familiares y profesionales sanitarios. El psicólogo puede

ofrecer acompañamiento a los familiares y profesionales de manera a trabajar para mantener el equilibrio necesario de aquellos que necesitan dar un soporte al enfermo.

Cuando una enfermedad se instala en el individuo, muchas veces, en consecuencia, surge un desajuste del grupo familiar, tornándose necesario el apoyo psicológico a sus integrantes (Calil, 1995).

En relación a la atención a los profesionales sanitarios, Calil (1995) destaca la importancia de desarrollar un trabajo con ellos, puesto que su labor diaria en un contexto con situaciones de enfermedad y de muerte puede generar tensiones en el equipo y elevar el nivel de ansiedad. El personal sanitario necesita estar en condiciones emocionales adecuadas para trabajar con sus pacientes y familiares. “Cuestiones personales emergen también en los miembros del equipo que actúan junto a los enfermos, correspondiendo al psicólogo ofrecer su atención diversificada” (Calil, 1995, p.99).

### **1.3 La relación de los profesionales sanitarios con pacientes y familiares**

La relación del personal de salud con el paciente y el familiar se desarrollará a partir de su forma de actuación, la cual está enraizada en el marco del modelo teórico recibido por ellos desde la graduación. Como apuntan diversos autores (Boemer, 1998; Carvalho et al., 2006; García-Campayo y Sanz-Carrillo, 2004; Grau Abalo et al., 2008), la formación de los profesionales de salud atiende al modelo centrado en la enfermedad y cura, en el modelo biomédico de salud.

El modelo biomédico enfatiza la enfermedad en sí, el órgano enfermo y una medicina curativa, sin grandes preocupaciones con la totalidad y los fenómenos que contextualizan el ser humano, como por ejemplo, los aspectos psíquicos, sociales y culturales. Para Jiménez (2001), el modelo biomédico (sistema de salud occidental) “concibe el síntoma como un reflejo directamente dependiente de una patología específica” (p.22). Como resultado de ello, la autora señala, siguiendo a Kleiman (1978), que la relación del profesional de la salud y el usuario posee las siguientes características: es analíticamente unidimensional, ya que la enfermedad es percibida desde un punto de vista organicista; es comunicativamente unidireccional, ya que en lugar de establecer una negociación se prima la postura y criterios del profesional de salud y es terapéuticamente unilateral, puesto que la intervención enfatiza exclusivamente la eficacia biológica.

“Históricamente, los profesionales de la salud, durante su formación académica, fueron estimulados a la imparcialidad y neutralidad en la relación con el otro, con la intención de resguardarse de sus temores y preservar la autonomía del cuidado” (Carvalho et al., 2006, p.37).

### **1.3.1 La formación de los profesionales sanitarios**

La formación de los profesionales de la salud que actúan en los hospitales está, en gran medida basada en conocimientos técnicos y objetivos de una práctica biomédica fuertemente estructurada en este tipo de entidad, debido a que, con la tecnología venida de la modernidad, éstos se ven ante la necesidad de buscar salidas para las patologías y encontrar un camino para acabar con las enfermedades.

Según Kovács (2003), la evolución de la tecnología médica, a partir del siglo XX, torna esta ciencia cada vez más imparcial y hace difícil el surgimiento de un pensamiento dirigido a la comprensión del ser humano como un todo. En esta época, el conocimiento médico que estaba en proceso de desarrollo y ampliación, hizo que hubiese una alteración de las trayectorias de la enfermedad. El profesional se vio ante la necesidad de profundizar en determinadas patologías, que dio lugar a las especialidades cada vez que un solo médico no podía con todo el conocimiento que se descubría. Esto ha marcado el desarrollo de la técnica médica, a la prolongación de la vida y del proceso de morir. El médico se volvió especialista en apenas una rama de la medicina, lo que acarrió así, un mayor distanciamiento con la totalidad del hombre. El médico pasó a tener una mirada más centrada, sin preocuparse con el todo y de forma a fortalecer el modelo biomédico de comprensión del hombre a partir de su estado físico, su función biológica y su patología (Kovács, 2003).

Ante tal situación, este profesional oscila entre la mentalidad de omnipotencia generada por su formación y por el desarrollo tecnológico que posibilita la prolongación de la vida y del proceso de muerte. De esta forma, hace con que el mismo, cada vez más, tenga que convivir con pacientes muy enfermos y el sentimiento de impotencia por la imposibilidad de cura. Según Torres y Guedes (1984, citado en Kovács, 2003), lidiar con dolor y sufrimiento hiere la omnipotencia, abre una herida narcisista, y pone al profesional delante de la imposibilidad de dominar plenamente la naturaleza y de percibir lo finito. Todo esto acarrea dificultades al lidiar con su sufrimiento, debido a que percibe que él mismo es poseedor de la misma vulnerabilidad de muerte y de adolecer, de forma que provoca así su alejamiento de los pacientes.

Por otra parte, Carvalho et al. (2006), al referirse a la visión de los estudiantes de enfermería sobre la muerte y el morir, señalan que al aproximarse la muerte en el proceso de cuidar, se hace evidente que tal situación puede ser experimentada por el estudiante como una posibilidad de no haber desarrollado intervenciones eficaces para la mejora de la salud de los individuos a su cuidado, de su impotencia ante la muerte y de su fracaso como cuidador del otro. En palabras de los autores Carvalho et al. (2006), “en su cotidiano de prácticas curriculares cuando necesitan lidiar con la muerte, en general, no se sienten preparados y tienden a alejarse del enfermo” (p.38).

De esta forma, los estudios de estos autores refuerzan la presencia de un modelo que ya viene desde la graduación, revelan que, inclusive, los profesionales que tienen poco tiempo de práctica profesional suelen basarse en una práctica biomédica.

Los enfermeros y auxiliares de enfermería, que son parte del grupo de profesionales de la salud, también poseen una formación con énfasis en la objetividad de los procedimientos que orientan las patologías.

En las palabras de García-Campayo y Sanz-Carrillo (2004):

[...] el modelo biológico es el más familiar para los profesionales de enfermería y el que han utilizado de forma tradicional. Resalta los factores orgánicos y genéticos que deben tratarse antes de poder aplicar de forma efectiva cualquier otro tipo de terapia. (p.13)

En lo que se refiere a los papeles profesionales, se verifica que el carácter curativo de las entidades hospitalarias hace que el médico sea la principal imagen del

hospital. El tratamiento del paciente se considera responsabilidad médica, pero quien desempeña el papel de cuidador es el enfermero. El enfermero tiene una gran responsabilidad en la realización de procedimientos invasivos y dolorosos y son ellos quienes reciben las reclamaciones a este nivel por parte de pacientes y familiares. El enfermero, así como el médico, también se enfrenta a situaciones ambiguas, se siente agredido o desvalorizado cuando se encuentra ante una reclamación del paciente, hecho que puede ser muchas veces responsabilizado por el dolor. El enfermero también desarrolla un modo de actuación más reservado, preocupado en cumplir los procedimientos, se resguarda en ellos para conseguir actuar frente a cuestiones como el sufrimiento y la muerte con un mínimo de comprometimiento (Kovács, 2003).

Ante el contacto con los sentimientos del paciente en situaciones de muerte, el enfermero se ve delante de un conflicto donde debe lidiar con el dolor y el sufrimiento, pero al mismo tiempo debe cumplir su papel de cuidador y aliviar el sufrimiento del paciente. Para Jiménez (2001), las interacciones entre profesionales de la salud y paciente terminal tienden a ser, por lo general, más breves y puntuales, visto que estos profesionales están profundamente afectados por la difícil situación del enfermo terminal.

Al pensar en un enfermero como una profesional inserto en el hospital, se debe hacer de forma que se pueda comprender la postura que se le exige en este entorno. En estas circunstancias, el modelo biomédico de comprensión del hombre se torna determinante, y acarrea una postura técnica y objetiva por parte de ellos. “En el contexto del *modelo biomédico*, todavía predominante en nuestro sistema sanitario,

la muerte es considerada como una desagradable frustración, como una situación de derrota en la que pocos PS<sup>1</sup> desean encontrarse” (Jiménez, 2001, p.679).

Después de establecerse una comprensión de la formación del médico y del enfermero es posible comprender el modelo biomédico. Ante esto, al relacionarse el profesional sanitario con el paciente, se preocupará básicamente con la evolución del mismo, pensándola a partir de su diagnóstico, desconsiderando, en cierto modo, los aspectos que contextualizan los procesos de sufrimiento y de muerte, la subjetividad del paciente, y al ser biopsicosocial.

En los estudios de Gómez Sancho (1999a) el autor ilustra de manera sintetizada las principales razones por las que los profesionales sanitarios dan poca atención a sus enfermos. En primer lugar, señala que existe un “déficit de formación”, ya que a ellos se les enseña a salvar vidas y no a tratar enfermos incurables o a desarrollar el bien morir. En segundo lugar, porque considera que cuestiones como muerte y morir constituyen “una sensación de fracaso profesional” por la imposibilidad de salvar vidas. Y por último, relata que la “confrontación con la muerte del paciente genera en los profesionales sanitarios angustia ante la propia muerte”, puesto que el frecuente contacto con situaciones de muerte provoca cuestionamientos sobre su propia existencia y finitud, de modo a generar temores (Gómez Sancho, 1999a, pp.57-58).

Delante de tal realidad es inevitable la poca atención a los enfermos en proceso de morir, y luego el desarrollo de estrategias de defensa como la dimisión o

---

<sup>1</sup> PS = Profesionales de la salud (Jiménez, 2001).

el abandono. En todo caso, actitudes como estas tienden a dificultar la relación del profesional con el enfermo, su tratamiento y una práctica humanista en el entorno hospitalario.

La humanización en salud se hace presente con la mirada del todo, una mirada centrada en la persona enferma y en su contexto. Cuando se habla de humanización en el entorno sanitario, no se refiere simplemente a una práctica humanista asistencial y estructural, sino que va más allá. Es decir, se trata de realizar cuidados y cuidar las relaciones en sintonía con la dignidad de todo el ser humano, una atención holística. Para una intervención holística se requiere rescatar la visión integral, un camino en contracorriente en relación con la mentalidad contemporánea, que va dirigida a la fragmentación y la super-especialización (Bermejo, 2003).

#### **1.4 La muerte y el proceso de morir**

La muerte es una característica fundamental de la condición humana y universal a todos los seres humanos. Mientras que, el modo de pensar sobre ella y todo su proceso está fuertemente condicionado por las características culturales, las creencias y convicciones éticas y religiosas de una sociedad, sin embargo, siempre se tiene una representación individual de la misma. De acuerdo a Morrison (2004), la muerte posee un significado diferente para cada persona, “es una experiencia personal que tiene lugar en un contexto cultural y social” (p.276). Las actitudes, las creencias y las conductas que rodean el proceso de la muerte son tan variadas como los individuos que las practican.

### 1.4.1 Significados acerca de la muerte

La significación de la muerte es muy amplia puesto que puede ser conceptualizada desde diferentes perspectivas, desde un punto de vista más organicista y biológico, como la muerte en sí misma, hasta una mirada más social, filosófica y psicológica.

Centrados en una muerte clínica, se puede decir que puede ser constatada por un profesional médico y ser distinguida entre biológica y fisiológica. La *muerte biológica* sería el momento en que el individuo deja de funcionar como un todo, se identifica con la muerte cerebral. La *muerte fisiológica* es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico, se identifica con la ausencia de signos vitales (Díaz, 1994).

La muerte clínica es definida por Ferreira (2002) como un acontecimiento real que ocurre cuando uno o más órganos vitales dejan de funcionar y sus funciones vitales ya no pueden ser más restablecidas, lo que torna incapaz de superar las necesidades de oxigenación, manutención de la temperatura corpórea, hidratación, nutrición, entre otros, del individuo.

Sobre el abordaje biológico del concepto de muerte, Kestenberg, Sória y Paulo (1992) relatan que con el desarrollo de los trasplantes cardiacos hubo un cambio en la definición de muerte, o mejor, en el establecimiento del momento exacto de tal ocurrencia. La muerte deja de tener relación directa con la parada cardiaca y pasa a ser constatada con referencia a la actividad cerebral.

En los estudios de Brêtas, Oliveira y Yamaguti (2006), se puede confirmar que la concepción clínica de muerte, definida como muerte encefálica, ocurrió debido a factores como el avance de la tecnología médica y la exigencia de órganos con perfecta vitalidad para la realización de trasplantes.

Los mismos autores señalan que no se puede conceptuar la muerte basados en un momento aislado, puesto que es parte de un proceso que no es solamente biológico. De igual modo, como se señaló anteriormente, la significación de la muerte se extiende a aspectos sociales, filosóficos y psicológicos.

Desde el punto de vista social, “la muerte del cuerpo es la muerte del símbolo de la estructura social, es la evidencia de la entropía, es la imposición al hombre de pensar en la finitud” (Kestemberg et al., 1992, p.60). De tal modo, cada sociedad da a la muerte su respuesta. En una sociedad capitalista, en la cual sobresale la producción del hombre, la muerte debe de ser excluida del contexto puesto que los muertos no producen.

En la actualidad, el contacto con la muerte se produce en gran parte en los hospitales, debido a diversos factores como, por ejemplo, señala Corr (1993): los avances técnicos sanitarios, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos terminales.

Por otra parte, Thomas (1991) destaca otros puntos que han posibilitado el desplazamiento institucional de la muerte, como: el aumento de la expectativa de vida de modo a generar un crecimiento de la población anciana y los cambios

experimentados en la estructura familiar (incremento de la mujer en la vida laboral, disminución de la natalidad, entre otros).

El mismo autor señala otro punto importante como consecuencia de los cambios sociales, culturales y económicos que ha envuelto la sociedad actual, la *desocialización de la muerte*, o sea, la falta de solidaridad y abandono de los enfermos y de los moribundos.

Tal realidad puede ser observada en el estudio de Díaz (1994) que señala que cuando el paciente se encuentra en el proceso final de su enfermedad mortal, normalmente los profesionales sanitarios y los propios familiares tienden a distanciarse de él:

[...] les hablan en tercera persona, los tratan como objetos; de este modo, se refieren al paciente con un lenguaje despersonalizado (“el de la cama 4”, “el de la trombosis...”) tratándolos como un número o una enfermedad, siendo tratados prematuramente como si la muerte biológica se hubiese producido. (Díaz, 1994, pp.30-31)

Desde una mirada filosófica, Grau Abalo et al. (2008), señalan que la muerte es caracterizada como: “inevitable, invivable, impredecible, incomprensible, intransferible, inefable y trascendente” (Grau Abalo et al., 2008, p.32).

Según Heidegger (2001), la muerte es entendida como parte inherente de la condición humana. Cuando la persona contempla su limitación al reflexionar sobre la muerte propia, es que se concientiza que es finita, y que se está en un horizonte de tiempo que empieza con el nacimiento y se concluye con la muerte.

Tal concepción de Heidegger, de que la muerte no es un punto final de la existencia humana, sino un elemento constitutivo de ella, es compartida por diversos autores dentro del abordaje filosófico (Boemer, 1998; Pinto, 1996; Santos, 1993; Silva; 2001).

Silva (2001) comparte con el autor la afirmación de que: “vivir plenamente la vida implica también aceptar la muerte, convivir con ella cada instante y hacerla una fiel compañera. Implica en la conciencia de que muero a cada instante y renazco a cada instante” (Silva, 2001, p.12).

En cuanto a la visión psicológica de la muerte, se puede decir que el hombre no acepta tranquilamente su finitud, con la idea de que la consciencia humana no consiente la idea de muerte real.

Brêtas y colaboradores (2006) señalan que el miedo de la muerte es parte de la esencia de la angustia humana. Es el antagónico de la esencia de la motivación humana, la búsqueda por la vida y por la felicidad. Es la angustia de la limitación y de la impotencia de no poder hacer nada contra ella.

En medio del proceso de muerte psicológica, el enfermo terminal, poco a poco, se va despidiendo de sus ilusiones y esperanzas, de modo que el miedo al más allá y al sufrimiento de los últimos días va aumentando. Sin embargo, cabe destacar que tal proceso de muerte psicológica es vivido y experimentado por todos aquellos que están alrededor del enfermo terminal, como los familiares y cuidadores, inclusive por los profesionales sanitarios. Una atención integral a los mismos facilitaría el desenlace final del moribundo. En relación a los familiares, Brunet (2005) confirma

que “la muerte psicológica también penetrará en la esfera del familiar que a través del duelo tendrá que aceptar que todos nos morimos un poco en la pérdida del ser querido” (Brunet, 2005, p.13).

Adicionalmente, Díaz (1994) apunta otra concepción de muerte psicológica, la cual se fundamenta en que toda la actividad psicológica del hombre (sentimientos, necesidades y pensamientos) se detiene de forma a aceptar su muerte inminente. Santo Domingo (1976), parafraseado por la misma autora, concibe “la posibilidad de que esta forma de actuación psicológica humana y técnicamente adecuada puede ayudar a cada individuo a integrar su propia muerte en su vida de la mejor manera posible” (Santo Domingo, 1976, citado en Díaz, 1994, p.31).

Hasta ahora se discurrió sobre la significación de la muerte analizada desde distintos puntos de vista. Posteriormente a esta revisión, se piensa que cabe elucidar los términos *muerte* y *morir*, ya que muchas veces son confundidos como sinónimos.

En relación al tema de la presente investigación, se puede encontrar en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001), de forma clara y objetiva la definición para estos dos términos. El término *muerte* es la cesación o termino de la vida, y el *morir*, es llegar al termino de la vida.

Rio-Valle (2007), señala lo siguiente:

La muerte es la cesación absoluta de las funciones vitales, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte. El morir se puede considerar un concomitante de desarrollo del vivir, un continuo desde el nacimiento hasta la muerte. (p.7)

De tal manera, se puede ver que existe una diferencia entre ambos términos, así que no pueden ser tratados como unidad. La muerte es entendida como un fenómeno individual y único, vivida apenas por la persona que se muere, pero que puede ser acompañada por otras personas (familiares, cuidadores, profesionales sanitarios, etc.). El morir es un fenómeno cercado por diversas muertes antes de la muerte final.

Estas diversas muertes propasan el desarrollo humano, de manera que las representaciones sobre el proceso de muerte y morir pueden variar según las fases de la vida. En el apartado siguiente se discute más sobre esta temática.

#### **1.4.2 La muerte y el desarrollo humano**

La cuestión de la muerte es parte del desarrollo humano y del orden natural de la vida. Conforme a los diferentes momentos de la vida – infancia, adolescencia, edad adulta y vejez - el hombre tendrá una representación de la muerte. Cuanto más joven es la persona, más énfasis da a la vida. Esta percepción cambia con la aproximación de la vejez, puesto que trae implícita como característica fundamental, la proximidad del fin.

“Los adolescentes y los adultos jóvenes no se refieren a la muerte a no ser que se sientan obligados a ello. A medida que las personas envejecen, pierden familiares y amigos, deben empezar a afrontar su propia mortalidad” (Morrison, 2004, p.279).

A continuación se revisará la comprensión de la muerte y los posibles factores que ejercen influencia en tal comprensión a lo largo de las cuatro fases del desarrollo humano: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Es en la infancia en la que el ser humano pasa a tener la percepción de su finitud, un período que se extiende de los cero a los doce años de edad (Papalia y Olds, 2000).

Al contrario de lo que muchos adultos piensan, los niños están en contacto con la muerte, sea su propia muerte, o la de una persona próxima, la de alguna mascota, por los videojuegos o por la televisión, etc. El adulto, muchas veces, tiene la comprensión equivocada de que el niño no percibe la muerte y las cuestiones que la envuelven, de modo que favorece actitudes inadecuadas, como evitar el asunto con mentiras y eufemismo que muchas veces lo confunden. “Al no hablar, el adulto cree estar protegiendo el niño, como si esta protección aliviara el dolor y cambiara mágicamente la realidad. Lo que ocurre es que el niño se siente confuso y desamparado, sin tener con quien hablar” (Kovács, 2002, p.48).

Para Araújo (2000), la muerte está presente en el desarrollo humano desde los primeros momentos de vida. La ausencia, incluso momentánea, de alguna persona significativa es traumática, y puede ser percibida desde los primeros meses de vida como muerte.

Investigaciones muestran que el niño experimenta situaciones relacionadas a la muerte y que tales experiencias y emociones son registradas en su psiquismo. Ellos pueden no expresar verbalmente tales experiencias de muerte, pero lo hacen a

través de dibujos, historias y juegos. Además, según su nivel de desarrollo, va a ser la manera con la que el niño organiza y expresa su comprensión de la muerte (Nunes, Carraro, Jou y Sperb, 1998; Torres, 2002)

Diversos estudios (Nunes et al., 1998; Speece y Brent, 1984; Torres, 2002) sobre la comprensión de la muerte a lo largo del desarrollo humano, recogen la teoría de Piaget (1964; 1967), relacionada con las etapas del desarrollo cognitivo. Tales estudios, evidencian tres aspectos que son fundamentales para la obtención del concepto de muerte: la irreversibilidad (alguien que muere no puede volver a vivir), la no-funcionalidad (con la muerte cesan las funciones vitales) y la universalidad (todos los seres vivos se mueren).

En las fases iniciales del desarrollo la muerte es percibida por los niños como algo reversible. Tal reversibilidad puede ser demostrada para el niño por medio de la televisión, cuando los personajes de los dibujos animados sufren accidentes fatales y regresan como que si nada hubiera ocurrido (Chiattonne, 2002; Kovács, 2002). También puede ser asimilada por las ausencias momentáneas, puesto que el niño espera que la persona significativa que se ha muerto, regrese del mismo modo que, por ejemplo, cuando su madre lo ha dejado para irse al trabajo.

Nunes et al. (1998), relatan que “la mayoría de los niños saludables tienen el concepto de muerte formado entre los 5 y 7 años, en el período de transición del pensamiento pre operacional para el operacional concreto” (Nunes et al., 1998, p.581).

De tal modo, el niño comienza a entender que la muerte es irreversible, universal y que todas las funciones vitales terminan con ella. La fase del desarrollo cognitivo de Piaget considera lo anterior, el niño busca reafirmar su conocimiento objetivo de las cosas, en este caso, la comprensión de la muerte. Un conocimiento que estará asociado con las pautas de su cultura.

Posterior a la infancia viene la adolescencia, una fase que se inicia con la pubertad pero que no tiene su fin bien definido. Es un momento de construcción de la identidad en el desarrollo humano, caracterizada por el abandono de pensamientos infantiles y por diversas transformaciones corporales y psicológicas.

En esta etapa, el joven entiende el significado de la muerte, pero habitualmente no piensa mucho en ella. Rodríguez y Kovács (2005) confirman que es un momento en el cual el joven busca su lugar en el mundo y, a la vez, consolidar su identidad, de modo que no le sobra espacio para pensar en su finitud.

Según el desarrollo cognitivo, el adolescente levanta hipótesis y discute la muerte en cuanto tema, pero emocionalmente, es vista como algo distante, alejado (Kovács, 2002).

Los adolescentes piensan ser invulnerables a la muerte, ya que están en una etapa de conquistas y descubrimientos, de lo nuevo, de sueños y planes, de tal modo que, muchas veces, pasan a desafiarla pues creen que es algo distante de su realidad.

En los estudios de Rodríguez y Kovács (2005) se evidencia tal pensamiento, de forma que las autoras relatan que conductas como el uso abusivo de alcohol y drogas, deportes radicales, exceso de velocidad con los coches, y otras pueden ser

explicadas por la necesidad de vivir la vida intensamente, a fin de desafiar a la muerte.

El siguiente momento en el desarrollo humano es la fase adulta, en la cual existe espacio para responsabilidad y consolidaciones. La muerte de una persona conlleva a cambios de papeles y relaciones en la familia, o sea, implica un significado social.

Los adultos jóvenes están en una búsqueda constante de desarrollar sus planes de vida, y la muerte es concebida como algo lejano, un tema que no les agrada, pero saben que es inevitable. La enfermedad si aparece en este momento de vida es algo muy frustrante puesto que imposibilitaría la conquista de las metas aspiradas.

Más adelante, en la misma fase, el adulto hace una evaluación general de lo que fue su existencia hasta el momento, de tal modo que la muerte pasa a ser algo que no sólo ocurre con los demás, sino con él mismo también. Surge la posibilidad de la muerte, lo que contribuye a atribuir un nuevo sentido a la vida (Camon, 2002a; Kovács, 2002).

En esta fase, cuando una persona viene a fallecer en la familia, plantea cuestionamientos sobre quién será el siguiente en morir, en la misma línea del sistema de generaciones, de manera que aproxima el adulto a reflexionar sobre su propia muerte (Bee, 1997; Brown, 2001).

Posteriormente a la fase adulta, viene la vejez, que normalmente es comprendida y aceptada por la sociedad como una etapa que empieza después de los sesenta y cinco años de vida. En esta etapa del ciclo vital hay un mayor número de

pérdidas (de familia y amigos, del trabajo laboral, de la fuerza física, etc.) de manera a colaborar para que la persona mayor piense más sobre su finitud (Kovács, 2005).

El hecho de que esta fase esté marcada por pérdidas permite que la muerte pueda ser vista como algo natural (Lunardi y Lunardi Filho, 1997), y ya esperado por la sociedad, puesto que, gran parte, ha completado todo el proceso del desarrollo humano. Según la sociedad occidental, la persona mayor es aquella que ya cumplió una jornada de vida y está lista para morir (Boemer, Zanetti y Valle, 1991).

Finalmente, cabe resaltar que cada individuo ve y atribuye un sentido a la muerte dependiendo de la etapa en la que se encuentre en el proceso vital, y que tal visión depende también de otros factores como, por ejemplo, los avances médicos, la historia de vida de la persona, los lutos vividos, su condición física, psicológica, social y cultural.

### **1.4.3 El proceso de muerte del paciente**

Independientemente del orden natural de la vida (nacer, crecer, reproducirse y morir) hay momentos en que las personas se enfrentan a situaciones de enfermedad y de muerte mucho antes de lo que imaginaban.

Cuando uno individuo recibe el diagnóstico de alguna enfermedad grave puede sufrir grandes impactos emocionales, principalmente si ocurre el ingreso hospitalario, puesto que hay una ruptura de su historia interrumpiéndose su rutina y teniendo que adecuarse a un contexto nuevo, diferente, cercado por reglas y normas –

el hospital. La enfermedad aleja el individuo de la convivencia familiar y social, de modo que impide que se divierta o incluso, ejerza su labor.

Según los estudios de Pitta (1999), para algunos pacientes, muchas veces, el hecho de enfermar se convierte en vergonzoso debido a que en la sociedad en la que vivimos esto implica dejar de producir, luego, de ser. El paciente deja de desarrollar su papel de trabajador, de padre, de madre, de cónyuge o de estudiante.

En este sentido, esta nueva espacialidad, con rutina y reglas a ser cumplidas, contribuye al desequilibrio del paciente, lo que ocasiona factores de estrés psicológicos, como por ejemplo: sensación de abandono, desconocimiento del equipo sanitario, dependencia de terceros y/o familiares, miedo de que la enfermedad impida proyectos y deseos, miedo de perder su papel, miedo al dolor, miedo a procedimientos invasivos, miedo a lo desconocido (evolución de la enfermedad, del resultado del tratamiento) y, principalmente, miedo a la muerte.

La experiencia de estar enfermo es sentida de forma siempre única por el paciente, puesto que es un ser singular, con características personales y con su propio modo de existir y de enfermar.

Los profesionales que actúan en este entorno también sufren tal impacto y manifiestan inquietudes relacionadas al proceso del ingreso hospitalario y del proceso de muerte vivido por el paciente, principalmente sentido por aquellos profesionales que tienen una actuación más cercana, como es el caso del enfermero y del auxiliar de enfermería. Estos profesionales son responsables de proveer cuidados

continuos al paciente y son los que están desde el primer momento del ingreso hasta el alta hospitalaria o situaciones de muerte.

Sebastiani (1998, p.14) señala que el equilibrio emocional, por parte de los profesionales, es fundamental en la atención al paciente, ya que son ellos los que muchas veces tienen que “prestar”, aunque sea por breves momentos, tal equilibrio al paciente y a su familia, para que puedan afrontar el momento presente, que es de desesperanza, desorganización e inclusive de muerte.

El proceso de muerte proporciona una desestabilización del estado psicológico del doliente, lo que hace con que pase por algunas etapas características que promueven un cambio. Con este cambio el paciente puede comportarse de forma diferente frente a determinadas situaciones, en la medida en que es comprendido, respetado y trabajado, puede afrontar tal situación con el mínimo posible de sufrimiento.

Morrison (2004) confirma que frente a la muerte el individuo atraviesa diferentes etapas psicológicas, denominadas en su conjunto *proceso de la muerte*, que permiten afrontar las intensas reacciones emocionales que conlleva el fallecimiento.

El proceso de la muerte es entendido por Grau Abalo et al. (2008), como un proceso que puede ser largo y lleno de sufrimiento y que está compuesto por tres fases: a) fase aguda o de crisis; b) fase crónica, más prolongada; y c) fase propiamente terminal, los últimos días.

Sanz (1995) hace referencia a la concepción de *la muerte en sí misma*, que según el autor es una transición entre estar vivo y estar muerto, es fugaz y generalmente no dolorosa.

En los estudios de Bayés, Limonero, Buendía, Burón y Enríquez (2005) se nota una gran observación por parte de los autores que hacen una distinción entre los términos *ante la muerte* y *ante el proceso de muerte*. Sobre tal, señalan “que la muerte en sí misma preocupa menos que el proceso que conduce a ella” (Bayés et al., 2005, p.140).

En relación a las reacciones psicológicas ante el proceso de muerte, se sitúa la Psicología, que es la ciencia responsable de estudiar las facetas de la conducta humana, sus procesos psicológicos y sus implicaciones. Así que compete al psicólogo trabajar las alteraciones de estabilidad psicológica frente al proceso de la muerte. Para Chiatone (2002) la cuestión de la muerte hace referencia a una especificidad de la tarea del psicólogo, así que la constante alianza de la muerte y del morir asociada al sufrimiento, al dolor y a la crisis, debe definir al psicólogo la esencia de su actuación en esta área.

La comprensión del proceso de la muerte se hace presente cuando se ha dado al paciente la posibilidad de reflexión sobre ella y que se le proporcionen subsidios para que consiga lidiar con tal cuestión.

Los estudios de Kübler-Ross, desde 1972, han facilitado la comprensión de las reacciones psicológicas ante el proceso de muerte, considerando el proceso a

partir de cinco fases: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 2005).

La primera fase, denominada de *negación y aislamiento*, a menudo se acompaña de inmensos esfuerzos para rebatir la evidencia de una enfermedad terminal. En muchos casos, los pacientes creen que los exámenes fueron cambiados y difícilmente lo aceptan en un primer momento, repiten exámenes y llegan a cambiar de médicos. La negación persiste por mucho tiempo en gran parte de los pacientes, entretanto ella es inconsciente y dependiendo de la situación puede volver a aparecer.

“La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida. Luego, la necesidad va y viene [...]” (Kübler-Ross, 2005, p.63).

En esta fase, el enfermo va a intentar, al principio, fingir que la proximidad con la muerte no existe, intentando mantener sus hábitos y apariencia de todos modos. En estado terminal, con muchas restricciones y dificultades, no es raro que los pacientes no dejen de maquillarse y peinar los cabellos, a fin de esconder su real situación y así forjar un modelo de salud.

El aislamiento normalmente ocurrirá después de la negación y se caracteriza por una fuga de la realidad donde el paciente busca eliminar el posible contacto con su sufrimiento. A través de este mecanismo impide que informaciones más concretas de su proceso de muerte lleguen hasta él, distanciándose así de su situación real.

Generalmente, es mucho más tarde cuando el paciente usa el aislamiento más que la negación. Entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su

mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte, pero todavía conserva la esperanza. (Kübler-Ross, 2005, pp.63-64)

Cuando el individuo empieza a asumir la verdad y no consigue atenerse a la negación y al aislamiento, pasa a la fase siguiente denominada de *ira*. Aquí, el paciente substituye los sentimientos de no aceptación por revuelta, ira, resentimiento y envidia. Jiménez (2001), referenciando los estudios de Kübler-Ross, señala que en este estadio el enfermo arremete contra su destino, lamentándose de su injusticia y recriminando a las personas más allegadas (Jiménez, 2001).

Generalmente, los pacientes en esta fase no consiguen dirigir la ira a su sufrimiento, sino que acostumbran a identificar los defectos en todas las personas a su alrededor, en los familiares y sobre todo en el personal sanitario. De acuerdo a Kübler-Ross (2005), el gran problema de esta fase es que difícilmente alguien se pone en el lugar del paciente e intenta comprender lo que está detrás de su ira.

“Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas” (Kübler-Ross, 2005, p.78).

Superadas las fases anteriores, es posible que el paciente empiece una fase de negociación, denominada, fase de *pacto*. En esta etapa el enfermo percibe que no sirve de nada pelear y luchar en contra, pero que sí, debe intentar llegar a algún acuerdo que posponga lo inevitable, suplicando normalmente a Dios.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda del hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. (Kübler-Ross, 2005, p.113)

Cuando esta obstinación no puede ya continuar es sustituida por una profunda tristeza, pasando así a la cuarta fase denominada de *depresión*. En este momento el paciente ya enfrenta la realidad, es decir, ya no niega la necesidad de hospitalización y su proceso de sufrimiento, percibiéndose cada vez más debilitado, flaco y enfermo. El sentimiento de pérdida está bastante presente en esta fase, de forma que difícilmente se queda localizado apenas en el cuerpo del paciente, esta pérdida puede tener una gran dimensión, uniéndose a déficits financieros, pérdida de empleo, bienes, y sueños (Kübler-Ross, 2005).

Después de pasar por estas cuatro fases, el paciente llega a la última etapa del proceso de muerte, que es la *aceptación*. En estos momentos, el paciente, ya muy débil, después de pasar por las diversas facetas de sus sentimientos, pasando por la ira y depresión, dejando de luchar contra el proceso natural de la vida, da lugar a sus últimos deseos, las ganas del cuerpo.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje”, como dijo un paciente. (Kübler-Ross, 2005, p.148)

## **1.5 El afrontamiento del morir**

### **1.5.1 Concepción de afrontamiento**

El concepto de afrontamiento puede ser concebido como la respuesta o el conjunto de estrategias desarrolladas por las personas frente a situaciones negativas, amenazadoras y estresantes con la finalidad de adaptarse a ellas sin que se les pueda causar un sufrimiento mayor. Panzini y Bandeira (2007) definen el afrontamiento como el conjunto de estrategias y recursos usados por los individuos en situaciones de estrés con el objetivo de minimizar los daños y el sufrimiento causados por los factores estresantes.

En el ámbito salud/enfermedad podemos citar los estudios realizados por Lazarus y Folkman (1986) en la Teoría Transaccional del Estrés en que conceptúa y estudia más profundamente el “afrontamiento” y que ha servido de referencia para numerosos estudios (Alegrance, Souza y Mazzei, 2010; Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2004; Moos, 1988; Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).

Estos autores (Lazarus y Folkman, 1987) reconocen que el concepto de estrategias de afrontamiento está directamente relacionado al concepto de estrés que tiene como base teórica el cognitivismo y que a lo largo de los años setenta hubo un cambio en el foco del interés científico, el cual se desplazó del estrés en sí al afrontamiento.

Desde el modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1986) se sostiene que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que

el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. En un primer momento, hay una valoración primaria de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto, para que en seguida (valoración secundaria), si es el caso de una situación de amenaza o desafío, la persona valore los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir sus consecuencias negativas. “La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (*coping*), entendiéndola como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes” (Figuroa e Imach, 2006, p.31).

Carvalho (2003) expone que aunque los estudios sobre afrontamiento tengan sus orígenes en las teorías sobre estrés, en los últimos años se ha tornado más importante el enfoque sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que sobre el estrés propiamente tal, puesto que el estrés no es vivido de la misma manera por todas las personas y por más que las situaciones sean semejantes, cada una presenta diferentes comportamientos, emociones y formas de lidiar con tales situaciones. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el contexto y por su interacción (Frydenberg, 1994).

El concepto de afrontamiento surge para comprender y explicar los modos de lidiar con el estrés presentado por las personas (Barcellos, 2008). La conceptualización del Afrontamiento por Lazarus y Folkman, la cual es actualmente compartida por muchos autores (Hombrados, 1997; Robles y Peralta, 2006; Sandín, 1995) abarca “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164).

Sobre tal conceptualización de afrontamiento por Lazarus y Folkman, los autores Rodríguez y Garcelán (2001, p. 564) abordan que los puntos fundamentales de esta definición son los siguientes:

*1. El afrontamiento es un proceso, implica un cambio continuo y es específico para cada situación, de ahí que no deba ser considerado como un rasgo.*

*2. La demanda de esfuerzo lleva a excluir las conductas automáticas o los estilos cognitivos.*

*3. El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, no por los resultados; por tanto, no debe confundirse con el dominio de la situación o con la obtención de logros.*

*4. El afrontamiento es un proceso multidimensional, en cuanto que las personas tienden a utilizar una gran variedad de estrategias.*

Los estudios de Lazarus y Folkman (1986) señalaron que el afrontamiento sirve para dos funciones fundamentales que se influyen y pueden potenciarse o interferirse. Una función va dirigida al problema (acciones prácticas direccionadas a la solución de la situación problemática, modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y la otra a la emoción (direccionadas al equilibrio de la respuesta emocional, reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción

emocional) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, Gruen, DeLongis, 1986; Frydenberg y Lewis, 1991; Panzini y Bandeira, 2007; Plancherel y Bolognini, 1995).

En el modo de afrontamiento focalizado en el problema se intenta manipular o alterar la situación estresante; algunos intentan modificar el entorno (búsqueda de información y apoyo, llevar a cabo acciones destinadas a manejar la situación, etc.), mientras que otros pretenden cambios motivacionales o cognitivos en el individuo (modificaciones en el nivel de aspiraciones, búsqueda de otras formas de gratificación, etc.) (Rodríguez y Garcelán, 2001).

Cuando el modo de afrontamiento va dirigido a la emoción tiene como objetivo regular la respuesta emocional generada ante el problema, como la evitación, la minimización, las comparaciones positivas o la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Rodríguez y Garcelán, 2001).

Los principios básicos sobre el proceso de afrontamiento según Folkman y Lazarus (1986), son:

- El afrontamiento debe separarse de los resultados, no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, ya que ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro, etc.
- El afrontamiento depende del contexto. Es una aproximación orientada contextualmente más que como disposición estable.
- Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de diversas situaciones estresantes.

- Existen dos funciones principales de afrontamiento. La función de afrontamiento focalizado en el problema y la función de afrontamiento focalizado en la emoción.

Cuando se habla de afrontamiento puede ser que muchas veces se asocia con la conceptualización de defensa desarrollada por el Psicoanálisis. Más conocidos como mecanismos de defensa fueron definidos como los procesos psíquicos inconscientes que se desencadenan cuando una persona experimenta conflictos que producen dolor psíquico y angustia.

Lazarus y Folkman (1986), argumentan que en el modelo psicoanalítico del yo el afrontamiento es comparado al éxito adaptativo, donde una persona que afronta las demandas de un determinado evento implica que tuvo éxito, decir que la persona no podrá afrontar, sugiere ineficacia. Tal concepción implica una idea de resultado, y las estrategias menos eficaces reciben el nombre de mecanismos de defensa. Para estos autores, las definiciones de afrontamiento deben considerar los esfuerzos encaminados a manipular las demandas del contexto, independientemente del resultado.

Anteriormente a los estudios de Lazarus y Folkman (1986), Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek y Rosenthal (1964) ya discurrían sobre la idea de esfuerzo y la importancia de conceptualizar el afrontamiento independiente del resultado. “El concepto de afrontamiento se define por las conductas englobadas en él, no por los éxitos conseguidos con tales conductas” (Kahn et al., 1964, p.385).

Varela y Bernardi (2000) fueron algunos de los autores que propusieron hacer algunas comparaciones y aclaraciones entre ambos conceptos. Los resultados de sus estudios señalan que defensa y afrontamiento comparten el origen en la evitación de la angustia o el displacer; la vivencia subjetiva y la emoción, serían los desencadenantes tanto del esfuerzo de afrontamiento como del defensivo. Además, coinciden con otros autores en que los “mecanismos de defensa se ponen en marcha no sólo por demandas internas sino también por estímulos externos. Las defensas son activadas por perturbaciones internas pero ayudan a soportar las demandas, las exigencias y los desafíos de la realidad” (Figuroa e Imach, 2006, p.37).

### **1.5.2 Estrategias de afrontamiento**

Al revisar los estudios sobre el tema se han podido constatar las diversas tentativas realizadas por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento (Endler y Parker, 1990; Folkman et al., 1986; Meichenbaum y Turk, 1982).

Lazarus y Folkman (1986) proponen ocho formas habituales de afrontar situaciones estresantes, las cuales son: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huída-evitación, planificación, reevaluación positiva.

Sin embargo, son muchas las formas en que se puede concretar el afrontamiento, es decir, hay múltiples estrategias de afrontamiento que pueden utilizarse frente a situaciones estresantes. A continuación se recogen las dieciocho estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes que, según Fernández-Abascal (1997, p.190), han sido definidas a lo largo de la literatura científica.

- **Reevaluación positiva:** Se refiere a las estrategias de afrontamiento activo enfocadas en crear un nuevo significado de la situación problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación.
- **Reacción depresiva:** Comprende los elementos correspondientes a sentirse desbordado por la situación y a ser pesimista acerca de los resultados que se esperan de ella.
- **Negación:** Significa una ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o su desfiguración en el momento de su valoración.
- **Planificación:** Hace referencia a la movilización de estrategias de afrontamiento para alterar la situación, implicando una aproximación analítica y racional al problema.
- **Conformismo:** Significa tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y la aceptación de las consecuencias que puedan producirse.
- **Desconexión mental:** Se refiere al uso de pensamientos distractores para evitar pensar en la situación problema.
- **Desarrollo personal:** Que incluye elementos sobre la consideración del problema de una manera relativa, de autoestímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal.
- **Control emocional:** Se refiere a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos.

- **Distanciamiento:** Implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.
- **Supresión de actividades distractoras:** Significa un esfuerzo en paralizar todo tipo de actividades, para centrarse activamente en la búsqueda de información para valorar el problema.
- **Refrenar el afrontamiento:** Se refiere al aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.
- **Evitar el afrontamiento:** Implica no hacer nada en previsión de que cualquier tipo de actuación puede empeorar la situación o por valorar el problema como irresoluble.
- **Resolver el problema:** Se caracteriza por decidir una acción directa y racional para solucionar las situaciones problema.
- **Apoyo social al problema:** Se refiere a la tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en los demás informaciones y consejos sobre cómo resolver el problema.
- **Desconexión comportamental:** Implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema.
- **Expresión emocional:** Se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema.
- **Apoyo social emocional:** Se refiere a la búsqueda en los demás de apoyo y comprensión para la situación emocional en que se encuentra.

- **Respuesta paliativa:** Se caracteriza por incluir en su afrontamiento elementos que buscan la evitación de la situación estresante, es decir, intenta sentirse mejor fumando, bebiendo o comiendo.

Lazarus y Folkman (1986) señalan que el resultado de enfrentarse a un evento estresante depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos de cada persona. Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales, por el otro.

Algunos autores (Fernández-Abascal, 1997; Törestad, Magnusson y Oláh, 1990) hablan de métodos empleados en el afrontamiento, distinguiendo:

- Estilo de afrontamiento activo: cuando hay una movilización de esfuerzos cognitivos o conductuales para los distintos tipos de solución de la situación de una manera directa y confrontativa.
- Estilo de afrontamiento pasivo: se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, ni para separarse de ella ni para cambiarla, sino simplemente esperar a que cambien las condiciones.
- Estilo de afrontamiento de evitación o escape: hace referencia a las acciones cognitivas o conductuales para intentar evitar o huir de la situación y/o sus consecuencias físicas o psicológicas.

Son numerosos los estudios que indican que existe una relación entre afrontamiento activo y pasivo (Aldwin y Revenson, 1987; Carver, Scheier y

Weintraub, 1989; Folkman y Lazarus, 1986; Moos, 1988; Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2000; Terry, 1991). En general, todos ellos coinciden en que las estrategias de afrontamiento activas se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas. Las formas pasivas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y negación, consideradas como menos exitosas.

### **1.5.3 El afrontamiento en el ámbito hospitalario**

Cuando se hace referencia al ámbito de la salud/enfermedad en el entorno hospitalario se puede decir que el afrontamiento sería el esfuerzo que el paciente enfermo realizaría para afrontar su enfermedad y adaptarse a ella. En un ámbito donde aspectos del proceso de enfermarse y morir son constantes, los recursos de afrontamiento también son desarrollados por las demás personas que están alrededor del paciente enfermo y presente en este contexto, como por ejemplo los familiares y los propios profesionales sanitarios.

Pereira y Bueno (1997), con base en sus estudios teórico-prácticos, abordan cuestiones de complejidad existentes en el entorno hospitalario en la práctica de los profesionales sanitarios de distintos servicios que ahí desarrollan su labor profesional. Ellos se encuentran en un contexto de trabajo bastante peculiar que puede ocasionarles un alto nivel de ansiedad y estrés, provocado sobre todo por la elevada responsabilidad que afrontan diariamente en la práctica. Específicamente, son muchas las variables que intervienen en ese proceso, tales como: el ambiente extremadamente frío, refrigerado, cerrado y con iluminación artificial, inter

relacionamiento constante entre las propias personas del equipo, la exigencia constante de seguridad y responsabilidad para con el paciente en un estado de enfermedad en el que el dolor, el sufrimiento, el riesgo y situaciones de muerte son inminentes, siendo todas estas características necesarias para una buena calidad de asistencia.

El ejercicio de los profesionales sanitarios en servicios con una alta incidencia de mortalidad, con pacientes con enfermedades graves, sin posibilidades terapéuticas o en proceso de morir, en conjunto con la necesidad de ofrecer cuidados intensivos y prolongados, pueden requerir del profesional sanitario un mayor control y ejercicio mental que en otros servicios, como también pueden conducirlo a una carga de estrés laboral (Chacón y Grau Abalo, 1997; Medland, Howard-Ruben y Whitaker, 2004; Penson, Dignan, Canellos, Picard y Lynch, 2000).

El contacto diario de estos profesionales en este tipo de contexto con situaciones definidas en muchos estudios como “estresantes”, hace con que busquen algún tipo de estrategia de afrontamiento para tratar de dominar, reducir o tolerarlas.

Grau Abalo et al. (2008) confirman en sus estudios que el paciente terminal y su familia, en la mayoría de las veces, generan un contexto hospitalario con una alta carga emocional cuando se enfrentan a un gran impacto. Al no estar preparado y formado para afrontar este tipo de situación, el profesional, que también atraviesa las mismas etapas psicológicas por las cuales pasa un enfermo y su familia al enfrentar su proceso de muerte, se ve obligado a generar determinadas actitudes, “los profesionales cada vez hablan menos con los enfermos, y también los escuchan menos. Establecen una excesiva distancia emocional con los pacientes y se centran y

ocupan exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos” (Grau Abalo et al., 2008, p.38).

La fragilidad del proceso de morir vivido por el paciente, familia y equipo sanitario en el contexto hospitalario genera momentos difíciles de contener y experimentar. Según Brunet (2005), la ansiedad y temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. De tal modo, la proximidad con situaciones de muerte en el medio hospitalario, “conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés” (Brunet, 2005, p.30).

Según Limonero (1997), esta ansiedad ante al proceso de morir y muerte puede ser entendida como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza –reales o imaginarias– a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales” (Limonero, 1997, p.38).

Esta ansiedad favorece el distanciamiento social del tema e, incluso, su consideración como tabú. Aunque el fenómeno es importante para todos los seres humanos, es especialmente relevante para los profesionales de la salud que trabajan en unidades asistenciales en las que la muerte o su amenaza se encuentran permanentemente presentes.

Varios estudios (Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Gutiérrez y Benbunan-Bentata, 2007; Bifulco e Iochida, 2009; Quintana et al., 2008; Rio-Valle, 2007) han demostrado que el afrontamiento del dolor y muerte constituye una

de las tareas más difíciles y estresantes en el entorno de la salud a las que se enfrentan los profesionales sanitarios. Tal dificultad es reconocida también en investigaciones con estudiantes de cursos del área de ciencias de la salud, como son medicina y enfermería, lo que demuestra un temor ya experimentado desde la universidad y que se mantiene hasta la vida profesional.

En el entorno hospitalario, en relación a la constancia de aspectos relacionados con la muerte y el morir, afrontar situaciones que cuestionan y amenazan la propia existencia del profesional sanitario, hace que emerjan las emociones, afectos y sentimientos de cada cual, ya que se trata de experiencias vitales. Estudios confirman que tal proceso final, de vida y muerte, es vivido de forma particular por cada individuo, bien como la forma de afrontarlo. De tal manera, tal y como hemos citado anteriormente, el modo de afrontamiento cuando la muerte se presenta, estaría determinado por la persona, sus circunstancias biográficas, sociales y culturales, y desde luego, del modo en que ocurre el proceso de fin de vida y de la muerte (Bayés, 2001, Quintana y Caro, 2007, Rio-Valle, 2007).

Una vez demostrada la demanda de un soporte emocional, es evidente la necesidad de atender a los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en proceso de morir, ya que si no direccionan de forma adecuada sus ansiedades y temores provenientes del hecho de estar diariamente en contacto con situaciones estresantes como ésta, pueden hacer uso de estrategias de afrontamiento, como por ejemplo el distanciamiento afectivo y la negación, que no son reconocidas como las más adecuadas mientras se trabaja en la atención con paciente enfermos y en proceso de morir.

### **1.5.4 Evaluación de las estrategias de afrontamiento**

El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso (Olson y Mc Cubbin, 1989).

Por lo tanto, ante un estudio sobre las estrategias de afrontamiento es importante considerar y entender el afrontamiento como un proceso que, según las circunstancias, las personas y el contexto, puede ser eficaz o no. Es decir, dependiendo de cada uno de estos factores sería más adecuado usar un tipo de estrategia que otra, de tal forma, no se puede definir un tipo de afrontamiento como bueno o malo.

Otra cuestión que es interesante resaltar cuando se habla de estrategia de afrontamiento se refiere a la amplitud de su conceptualización, lo que hace que se convierta en una tarea compleja de evaluar. Uno de los problemas sería el desconocimiento de la causa que lleva a una persona a adoptar una determinada estrategia u otra en una situación de amenaza. “No se llega a vislumbrar el mecanismo por el cual selecciona éstas y no otras” (Figuroa e Imach, 2006, p.46). Otro inconveniente sería la falta de consistencia temporal, debido a que una misma situación puede ser afrontada por un mismo sujeto de distintas maneras en diferentes momentos (Leibovich de Figuroa, Schmidt y Marro, 2002).

Se puede verificar, después de una amplia revisión bibliográfica, que en España son pocas las investigaciones existentes que utilicen una metodología cualitativa en estudios relacionados con el proceso de morir y las estrategias de afrontamiento. Gran parte de las investigaciones sobre esta temática son del ámbito cuantitativo. Los estudios de Montoya (2004) y Poveda Monge et al. (2000) confirman tal panorama y señalan que la mayoría de lo publicado en el idioma español son artículos que hablan del proceso de morir desde una mirada teórica o están dedicados a la implementación de protocolos.

En la presente investigación, se pretende conocer las estrategias más usuales empleadas por los profesionales sanitarios para afrontar situaciones amenazadoras y estresantes presentes en lo cotidiano de su labor con pacientes en proceso de morir y situaciones de muerte. De tal forma, el empleo de la metodología cualitativa mediante el uso de sus propias técnicas, como la entrevista y el grupo de discusión, permitirán un acercamiento a la realidad a ser investigada y, por consiguiente, una mayor aproximación a los propios protagonistas de estas situaciones.

## **2. OBJETIVOS**





## 2. OBJETIVOS

La revisión teórica realizada conduce a formular el siguiente objetivo general:

- Analizar cómo responden los profesionales sanitarios al proceso de morir de los pacientes.

Los objetivos específicos que se derivan del objetivo general son los siguientes:

1. Describir la concepción del proceso de la muerte que tienen los profesionales sanitarios.

2. Identificar los recursos que utilizan los profesionales sanitarios para afrontar el proceso de morir del paciente.

3. Buscar posibles influencias de la concepción de la muerte sobre la movilización de los recursos de afrontamiento.

4. Indagar acerca de cómo influye el tiempo de práctica profesional en el afrontamiento de la muerte.

5. Presentar propuestas de mejora para el desarrollo del trabajo de los profesionales sanitarios con pacientes en proceso de morir.



## **3. METODOLOGÍA**





### 3. METODOLOGÍA

Este capítulo recoge las estrategias metodológicas adoptadas para desarrollar esta investigación. Se inicia con la argumentación de la elección de la metodología para llevar a cabo la investigación y del proceso seguido. En primer lugar, se hace referencia al diseño y las fases del estudio; en un segundo momento se informa acerca de los criterios y selección de la muestra; posteriormente, se presentan las estrategias de recogida y de registro de la información; y por último, se exponen los procedimientos adoptados para el análisis de la información.

Tal y como hemos señalado, la metodología elegida para realizar esta investigación es de naturaleza cualitativa, porque lo que pretende es aportar una descripción del fenómeno a estudiar a través de la comprensión de los aspectos que envuelven la subjetividad de los profesionales sanitarios ante el proceso de muerte del paciente a su cuidado.

En coherencia con los interrogantes formulados al inicio de la investigación, el enfoque cualitativo se presenta como el más idóneo en el intento de encontrar respuestas a éstos. En ese sentido, coincidimos con autores como Gürtler y Huber cuando señalan que “es la pregunta de la investigación la que determina la metodología - ¡no a la inversa!” (Gürtler y Huber, 2007, p.43).

Los métodos cualitativos parten de un supuesto básico y persiguen:

[...] entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para describir y comprender

los medios detallados a través de los cuales los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio suyo y de los demás. (Olabuénaga, 1996, p.31)

Se trata de un estudio descriptivo e interpretativo porque pretende comprender cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes (Olabuénaga, 1996; Patton, 2002; Tesch, 1991).

El procedimiento técnico utilizado en esta investigación, tiene como propósito la búsqueda de informaciones indispensables en relación al fenómeno investigado, y pretende aportar una “descripción profunda de procesos, sentidos y conocimientos”, como refiere Rauen (2002, p.192), con la finalidad de comprender las situaciones e interacciones que contextualizan la realidad a estudiar frente a los objetivos de esta investigación. De este modo, se caracteriza por la interrogación directa a los participantes involucrados, a través de entrevistas y grupos de discusión, cuyos comportamientos y percepciones, frente al proceso de morir, se desean conocer.

### **3.1 Diseño**

El proceso de esta investigación se desarrolló en distintas fases que se sucedieron de forma continua aunque no, necesariamente, de forma lineal. En este sentido, se planteó un esquema de acción dinámico, abierto y flexible que responde a las características propias de los diseños de la metodología cualitativa (Miles y Huberman, 1994). En esta línea Rodríguez, Gil y García (1996) señalan que en el proceso de la investigación cualitativa existe una serie de fases con carácter continuo

que se superponen y mezclan entre sí, con la intención de responder a las cuestiones planteadas en la investigación. El estudio se organizó en tres fases denominadas: fase inicial, fase exploratoria y fase de análisis. A continuación se detalla cada una de ellas.

La **fase inicial** comienza en septiembre de 2008, cuando se inician los primeros pasos de la investigación. Es una etapa de reflexión sobre la temática del estudio, planteamiento del problema y de preparación del diseño.

Según Rodríguez et al. (1996) en esta fase el investigador toma como base su propia formación investigadora, sus conocimientos y experiencias sobre el fenómeno a estudiar con la idea de contrastarlas con el marco teórico-conceptual del que parte la investigación.

En esta línea, se realizó una amplia búsqueda bibliográfica sobre el proceso de morir y sus implicaciones en el entorno hospitalario y se contactó con profesionales expertos en el área de este estudio con el objetivo de constatar la importancia de la investigación. Una vez definido el propósito de la investigación, se plantearon las técnicas de recogida de datos y la forma de aplicación a los informantes.

En esta primera fase se elabora un pre-proyecto que se presenta, con el respaldo de una solicitud oficial de la ULPGC, a la gerencia de los hospitales públicos de Gran Canaria con la finalidad de agilizar el acceso a los mismos (*Anexo III*). Una vez obtenido el visto bueno de las dos instituciones hospitalarias, se inició el contacto inicial con los responsables de docencia y de formación de cada una de

ellas con el objetivo de aproximarse más a la realidad y de conocer algunas demandas existentes. Tras estos encuentros iniciales en los centros hospitalarios, se corroboró la necesidad e importancia de llevar a cabo la investigación, se obtuvo una visión general de la dinámica de trabajo en cada institución, se identificó a algunos de los posibles informantes esenciales del estudio y se revelaron algunas de las posibles dificultades que se podrían presentar en el momento de desarrollar el trabajo de campo.

En consecuencia, se perfila el proyecto inicial y se continúa con la fase exploratoria de este estudio.

La **fase exploratoria** se inicia en el curso 2009-2010. A lo largo de ésta se concreta la muestra y comienza la andadura del propio trabajo de campo de esta investigación.

Una vez obtenido el permiso de los hospitales, se solicitó el acceso a sus datos de tasa de mortalidad del área de hospitalización. A partir de estos datos se seleccionaron los servicios con las tasas más altas de mortalidad. En cada hospital se designó a una persona responsable de facilitar la inserción de la investigadora en el contexto y presentar a los jefes y supervisores de los servicios específicos. Una vez realizado el contacto con los profesionales sanitarios dispuestos a participar en la investigación, se inicia la recogida de datos a través de las técnicas de entrevistas y grupos de discusión.

La **fase de análisis** empieza en el curso 2010-2011 con la transcripción de todos los contenidos obtenidos en la fase anterior mediante las entrevistas y grupos de discusión.

Seguidamente, se realiza la reducción de los resultados por medio de la aplicación de sistemas de codificación y de categorización. Finalmente, se inicia el análisis e interpretación de la información, con el apoyo de las referencias teóricas e inferencias de la investigadora a partir de las teorías propuestas para estudiar la temática de la investigación. Esta fase concluye con la redacción del informe y presentación de los resultados y conclusiones.

### **3.2 Población y muestra**

Se entiende por contexto de investigación el recorte que el investigador hace de la realidad estudiada, teniendo como base las concepciones teóricas para fundamentar el objeto de la investigación (Minayo, 1996). En esta investigación el contexto abarca dos hospitales de la isla de Gran Canaria: el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, ambos de carácter público y ubicados en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. El Hospital Universitario Insular de Gran Canaria posee una cobertura de asistencia sanitaria que abarca el cono sur del municipio de Las Palmas de Gran Canaria y otros municipios del sureste de la isla, además de atender a la población de referencia de la isla vecina de Fuerteventura. El Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín ofrece cobertura sanitaria a las personas residentes en la zona norte de Las Palmas de Gran Canaria y del centro y norte de la isla. Se ha optado por desarrollar

la investigación en estos dos grandes hospitales porque son los principales de la isla, atienden a una gran población y se caracterizan por tener, en cada servicio, un gran número de profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en proceso de morir.

De acuerdo con Barros y Lehfel'd, “cada unidad o miembro del universo es denominado elemento. Un conjunto de elementos representativos de este universo o población compone la muestra. Por tanto, la muestra es un subconjunto representativo del conjunto de la población” (Barros y Lehfel'd, 2000, p.86).

De este modo, ante a una definición general y relevante del contexto de esta investigación, se parte a delimitar más concretamente, en el entorno hospitalario, el área objeto de estudio con la idea de establecer la propia población y muestra.

Dentro de cada hospital se procedió a concretar el área en la que desarrolla el estudio y de la que se seleccionarían a los informantes esenciales. De esta manera, se optó por el área de hospitalización y de servicios con mayor tasa de mortalidad, tomando como referencia los datos de los últimos tres años ofrecidos por la gerencia de cada institución.

En concreto, se seleccionó el área de hospitalización por tratarse de un área médica destinada al internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y atención en las diversas fases de la enfermedad en el ámbito hospitalario. El paciente que se encuentra ingresado en el área de hospitalización necesita una atención presencial continua de diversos profesionales, de manera que no puede ser atendido a domicilio o a nivel ambulatorio.

En cuanto a la elección de los servicios, se pensó que investigar en servicios con un alto índice de mortalidad permitiría acceder a profesionales con mayor experiencia y contacto con pacientes en proceso de morir y de muerte. Por esta razón, los servicios seleccionados en ambos hospitales y que forman parte de esta investigación, son los de: Cuidados Paliativos, Oncología, Medicina Interna y Digestivo.

En la *Tabla 3.1* se presenta, de manera ilustrativa y sintetizada, los servicios que se han estudiado, sus respectivas tasas de mortalidad en los últimos tres años y la media en ambos hospitales.

**Tabla 3.1. Caracterización de los servicios de hospitalización atendiendo a las tasas de mortalidad (%)**

Servicio	Hospital Dr. Negrín				Hospital Insular			
	2006	2007	2008	Media	2006	2007	2008	Media
Cuidados Paliativos	61,83	56,20	58,69	<b>58,90</b>	67,71	71,56	75,58	<b>71,61</b>
Oncología	11,54	16,00	12,50	<b>13,34</b>	22,22	18,94	15,66	<b>18,94</b>
Medicina Interna	9,41	8,14	10,05	<b>9,20</b>	11,60	13,92	11,88	<b>12,46</b>
Digestivo	5,00	3,86	3,45	<b>4,10</b>	8,21	6,78	4,59	<b>6,52</b>

Por lo tanto, la población a la que se refiere este estudio la configuran profesionales sanitarios de los dos grandes hospitales y que trabajan en los servicios del área de hospitalización especificados anteriormente.

En una investigación de carácter cualitativo no se pretende abarcar toda la población existente, sino una muestra representativa de aquellas personas que tienen más relación con la realidad a ser investigada, teniendo como base la calidad de sus respuestas, sin la pretensión de alcanzar el umbral de la representatividad (Gürtler y Huber, 2007; Lecanda y Garrido, 2002; Tordoya, 2011).

La muestra fue seleccionada a través del criterio no-probabilístico de *muestreo intencional de tipo opinático*. En este tipo de muestreo el investigador selecciona a los participantes del estudio con base a criterios preestablecidos por él mismo, los cuales son considerados necesarios para recoger datos relevantes para la investigación (Fernández, 2006; Flick, 2004; Olabuénaga, 1996).

En concreto, se seleccionó los profesionales que a nuestro parecer tenían una relación más estrecha con el tema de estudio: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y supervisores de enfermería.

En la investigación cualitativa, el muestreo adoptado requiere que el investigador se coloque en la mejor posición de tal forma que le permita recoger datos relevantes para la teoría buscada. “El muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen mejor – la cantidad (saturación) y – la calidad (riqueza) de la información” (Olabuénaga, 1996, p.65).

Los enfermeros y auxiliares de enfermería fueron seleccionados como informantes esenciales de esta investigación por su proximidad al tema, experiencia profesional y cercanía al paciente. Es decir, se trata de profesionales que tienen un contacto diario y constante con pacientes en proceso de morir. Estos profesionales están presentes en las enfermerías como mínimo siete horas diarias en atención al paciente. Según Rodríguez et al. (1996) son informantes que son representativos por su experiencia y conocimiento en profundidad del fenómeno a estudiar.

De acuerdo con los propósitos de esta investigación, se decidió conocer la respuesta de otros profesionales cercanos al tema, como es el caso de los médicos. Estos profesionales desarrollan una atención diferente a la de los enfermeros y auxiliares, menos constante en el contacto con el paciente, sin embargo están presentes habitualmente en las enfermerías, por lo que pueden aportar puntos de vista relevantes.

En lo que se refiere a los supervisores de enfermería, éstos fueron seleccionados en un segundo momento, debido a que, mientras se desarrollaba el trabajo de campo, se percibió su cercanía al tema objeto de estudio. En consecuencia, se consideró que podrían aportar información relevante. Este hecho refleja el proceso dinámico en la selección de informantes al que se refiere Rodríguez et al. (1996). En la investigación cualitativa el proceso de selección de informantes “no responde a un esquema o plan de acción fijado de antemano, más bien es fruto del propio proceso que se genera con el acceso al campo del investigador” (Rodríguez et al., 1996, p.136).

Posterior a una primera caracterización de los participantes del estudio, se pasó a establecer otros criterios de selección de la muestra para acercarnos más a la población relevante y seleccionar las personas que mejor información podían proveer para comprender mejor los propósitos de este estudio.

Herrán, Hashimoto y Machado (2005) relatan que en diseños de naturaleza cualitativa el investigador y los informantes están en constante proceso de aprendizaje, de compartir observaciones y de interacción entre ambos, influyendo y mejorando el propio diseño.

En concreto, en este momento, se procedió, con la ayuda de los responsables de docencia e investigación y de una carta de presentación, a contactar individualmente con los supervisores de enfermería y medicina con el propósito de solicitarles su colaboración para facilitar el contacto y selección de los informantes. Estos profesionales tienen gran cercanía a los profesionales, experiencia y conocen en profundidad la dinámica de trabajo de cada servicio.

Una vez establecido el contacto con los supervisores de cada servicio se les solicitó que sugirieran, según su experiencia y opinión, un mínimo de dos profesionales que respondieran, básicamente, a los criterios que se detallan a continuación:

*Primer criterio:* profesionales que hayan expresado, de algún modo, cierta dificultad en la experiencia de trabajar con pacientes en proceso de morir.

*Segundo criterio:* profesionales que hayan trabajado más frecuentemente con pacientes en proceso de morir.

*Tercer criterio:* la disponibilidad e interés de los informantes en participar en el estudio.

El acceso a los informantes no estuvo exento de dificultades, principalmente en el caso de los médicos, debido a motivos diversos, tales como: escasez de tiempo, mínimo personal, exceso de trabajo y de pacientes. Algunos profesionales argumentaron incluso que se vieron obligados a participar por desinterés de los demás compañeros.

Sin embargo, en prácticamente todos los servicios se obtuvo acceso a un número mínimo de participantes, esto es, a dos profesionales por servicio. Se resalta que la excepción fue el servicio de cuidados paliativos de uno de los hospitales, en el que el supervisor de medicina propuso a tres informantes de su equipo que presentaban disponibilidad e interés en participar en esta investigación.

En la selección de los supervisores de enfermería, hubo que tener en cuenta que su número en cada servicio es pequeño. Es decir, existe un supervisor fijo y un supervisor sustituto en caso de imposibilidad de trabajo del primero. Considerando esto, fueron seleccionados todos aquellos supervisores y sustitutos que tuviesen disponibilidad e interés en participar en el estudio.

Cabe destacar que una investigación cualitativa no pretende abarcar toda la población existente, por lo que el número de participantes en este tipo de investigación está directamente relacionado con el criterio de saturación de las respuestas de los informantes evitando nuevas informaciones que no aportan nada nuevo (Flick, 2004; Fontanella, Ricas y Turato, 2008; Rodríguez et al., 1996). Tal y

como apunta Minayo (1996), la mayor o menor cantidad de participantes no implica, respectivamente, mayor o menor calidad de datos.

En consecuencia, la muestra de este estudio fue de sesenta y uno (61) informantes: Auxiliares de enfermería (16); Enfermeros (16); Médicos (17); y Supervisores de enfermería (12).

### **3.2.1 Perfil de los informantes**

Con la finalidad de disponer de mayor información acerca de los informantes que configuran la muestra, que puede resultar de valor para el análisis y comprensión de los resultados, en el *Anexo VII (caracterización de los informantes)* se muestra, de forma resumida, los datos obtenidos en una encuesta que se les administró para conocer sus características socio-demográficas y profesionales (*Anexo VI*). Es necesario resaltar que la identidad de los participantes será preservada en el anonimato.

En general, la mayor parte de los informantes son del *sexo* femenino y su presencia es más destacada en los grupos de enfermeros, supervisores y auxiliares de enfermería debido, sobre todo, a una mayor frecuencia de este sexo en ellos. Por el contrario, el mayor número de informantes masculinos es observado en el grupo de los médicos, representando incluso la mayoría dentro de él.

En cuanto al *estado civil* de los informantes, se observa que la gran mayoría son casados, seguidos de los solteros y estos de los divorciados. Apenas un informante es viudo. Muchos de ellos tienen *hijos*.

En relación a la *edad* de los participantes, se constata que presentan una media de 41 años, y una variación de edad de 28 años. El más joven del grupo tiene 28 y el mayor 56 años.

La media de *antigüedad profesional* es de 15 años, mostrando también una variación considerable, oscilando entre 4 y 30 años, una diferencia de 26 años de práctica profesional.

La *antigüedad* de los informantes en el servicio actual varía entre 3 meses y 22 años.

El *tipo de contrato* de los informantes varía entre cuatro modalidades: el fijo, que posee la mayoría; interinos; en carácter temporal y, por último, el de tipo indefinido, representado por un sólo informante.

En lo que respecta al *turno de trabajo*, se verifica que en los casos de los auxiliares de enfermería y enfermeros el turno puede variar entre matutino y rotatorio, pero que la mayoría trabaja rotando entre ambos. Entre los médicos y supervisores de enfermería el turno siempre es matutino.

Adicionalmente podemos decir que la mayoría de los informantes ha tenido experiencias profesionales en *otros tipos de servicios* hospitalarios además de la atención primaria. Por último, muy pocos de los informantes señalaron tener algún otro tipo de estudios (*otros estudios*) en el área biopsicosocial.

### 3.3 Recogida de la información

La recogida de datos está directamente relacionada con el problema de la investigación, con la finalidad de obtener elementos para alcanzar los objetivos propuestos (Luciano, 2001).

En esta investigación se recurrió a dos tipos de técnicas para la recogida de datos: *entrevista* y *grupo de discusión*. La búsqueda de información comienza, concretamente, por medio de las entrevistas, y, en un segundo momento, como complemento y refuerzo de la validez de este estudio, se emplean los grupos de discusión. Se considera este proceso de recogida de datos como el más probable para acceder a más y mejores informaciones, tal y como argumenta Moya (2008), que “uno de los mejores indicadores que podemos utilizar para valorar el progreso científico es la amplitud y variedad de la caja de herramientas para la investigación” (p.9).

La entrevista puede ser definida como “un proceso de interacción social entre dos personas en el cual una de ellas, el entrevistador, tiene por el objetivo la obtención de informaciones por parte del otro” (Haguete, 1999, p.86).

En la presente investigación se optó por aplicar la entrevista de tipo *semiestructurada*, por considerarse la más adecuada al tipo de información que se deseaba obtener. Este tipo de entrevista utiliza un guión previamente definido, abierto y flexible, que puede introducir nuevas cuestiones o aclaraciones presentadas a lo largo del desarrollo de las entrevistas y que, en un primer momento, no fueron pensadas.

Las *entrevistas semiestructuradas* fueron aplicadas a los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería. Primeramente, se optó por aplicar ese tipo de técnica con enfermeros y auxiliares con el propósito de obtener información más directa de los informantes esenciales de este estudio. En un segundo momento, se decidió aplicar las entrevistas a los médicos debido a la imposibilidad, alegada por los mismos, de realizar grupos de discusión.

Por otra parte, el uso de grupos de discusión corresponde a una técnica de investigación para la obtención de datos de un área específica de interés que conlleva la interacción de los participantes, con la intención de intercambiar opiniones, aclarar dudas, expresar puntos de vista, etc. Se destaca que no es un grupo que surge naturalmente, sino que empieza a formarse con una razón, desapareciendo una vez terminado su papel (Arana, 2008; Gutiérrez, 2011; Ibáñez, 1989; Krueger, 1991; Ortega, 2005).

En el grupo de discusión “se produce una interiorización y se va adquiriendo y construyendo un significado compartido” y aunque se tiende al consenso, el grupo “no tiene por qué llegar a ninguna conclusión” (Ortega, 2005, pp.24-44).

La técnica de *grupo de discusión* fue empleada en este estudio con los supervisores de enfermería. Esto se decidió con el objetivo de intercambiar y ampliar informaciones producidas por parte de profesionales de enfermería aunque, en la actualidad, estos profesionales actúan como supervisores.

En ambas técnicas empleadas, entrevistas y grupos de discusión, fue utilizada, previa autorización de los participantes, una grabadora de voz como

instrumento para la recogida de información, para evitar la pérdida de datos y, además, facilitar el trabajo posterior de transcripción.

En la aplicación de ambas técnicas fueron utilizados guiones previamente definidos (*Anexo I y II*), elaborados a partir de dimensiones comunes pero, de la misma manera que en las entrevistas, en los grupos de discusión fueron abiertos, es decir, podían contener alteraciones posteriores.

La importancia de partir de un guión la señala Olabuénaga (1996), al referirse a las entrevistas, cita que “una entrevista sin guión es un camino muerto, con frecuencia no conduce a ninguna parte y pierde las mejores oportunidades de captar el significado que se busca” (Olabuénaga, 1996, p.168).

Los guiones, con sus dimensiones, fueron elaborados a partir de una amplia revisión bibliográfica sobre el tema y, posteriormente, revisados por profesionales expertos en el área del presente estudio, con el fin de contrastar su calidad.

En la *Tabla 3.2* se ilustran las ocho dimensiones empleadas en la elaboración de ambas técnicas y su descripción.

Tabla 3.2. Descripción de la dimensiones

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
1. DIFICULTADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abarca diferentes problemas que aparecen en la práctica profesional.</li> </ul>
2. CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace referencia a cómo se construye el concepto de muerte para los informantes.</li> </ul>
3. FORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se refiere a la implicación de la formación en el manejo de la muerte.</li> </ul>
4. RELACIÓN CON EL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abarca las relaciones que establecen los profesionales con los pacientes en general y en concreto con pacientes terminales, y las implicaciones provenientes de esta relación.</li> </ul>
5. RELACIÓN CON LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contempla las relaciones que establecen los informantes con los familiares de pacientes generales y terminales hospitalizados.</li> </ul>
6. CONTACTO ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se refiere a las experiencias vividas por los profesionales sanitarios con pacientes sin curación, la muerte y el sentimiento generado por tal contacto.</li> </ul>
7. EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoge los diferentes recursos que desarrollan los informantes para poder desarrollar su práctica laboral diaria en servicios en el que mueren pacientes.</li> </ul>
8. INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gira en torno a las propuestas y acciones de mejora que podrían ser desarrolladas para promover y facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios en la atención a pacientes en proceso de morir y la muerte. Valoración del tema y del trabajo existente.</li> </ul>

A continuación discurriremos con más detalles sobre cómo se aplicaron las técnicas empleadas en el presente estudio.

### **3.3.1 Las entrevistas y su aplicación**

La entrevista, definida básicamente como un proceso de comunicación interpersonal con una finalidad, permite relacionarse individualmente con los informantes y obtener informaciones más directas de los mismos (Gil 2002; Haguete, 1999).

En lo que se refiere al desarrollo de las entrevistas, primeramente se contactó telefónicamente o presencialmente con los participantes para informarles, de modo general, de los propósitos del estudio y concertar, de acuerdo con la disponibilidad de cada uno, una fecha, horario y lugar de realización de la entrevista. Subsecuentemente a este primer contacto, se realizaron llamadas telefónicas (uno o dos días antes o incluso horas antes) para confirmar la asistencia de los participantes. Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora de manera individual con cada informante, en el contexto laboral de los participantes, en salas y despachos silenciosos, sin interrupciones y en un contexto agradable.

Antes de empezar la entrevista, se les agradecía la colaboración y se les enseñaba una Nota Informativa (*Anexo IV*) con informaciones relevantes sobre cómo iba a proceder la entrevista. Posteriormente, se les solicitaba que firmasen una Declaración de Consentimiento Informado (*Anexo V*) en la cual confirmaban la aceptación como informantes en el estudio y se les explicaba de forma clara y concisa de los procedimientos de la investigación, como por ejemplo, la posibilidad

de retirarse del estudio en cualquier momento que lo solicitasen y que todos los datos de la investigación serían recogidos asegurando su anonimato. Finalmente, se les solicitaba que cumplimentasen una pequeña encuesta sobre las Características Socio-demográficas y Profesionales (*Anexo VI*).

Al final de cada entrevista, una vez abordados todos los temas, se le preguntaba al entrevistado, a modo de conclusión, si quería aportar algo más, se le agradecía la participación e informaba sobre lo que se haría con los resultados.

Para la realización de las entrevistas nos apoyamos en tres instrumentos de soporte directo de los datos: una grabadora de voz para capturar mejor toda la información obtenida; un Guión de Entrevista (*Anexo I*) para ayudar a centrar los temas, el cual se usa de manera flexible; y un diario de campo para registrar algunas informaciones relevantes, cuando la grabadora estaba apagada. Todas las entrevistas fueran grabadas, mediante previa autorización. Según Moya (2008), instrumentos como los que se utilizaron constituyen un apoyo y soporte directo del investigador, en el sentido de que son parte de la “caja de herramientas” del propio investigador (Moya, p.9).

En total fueron realizadas cuarenta y nueve (49) entrevistas: diecisiete (17) a los médicos, dieciséis (16) a los enfermeros y las otras dieciséis (16) a los auxiliares de enfermería.

### 3.3.2 Los grupos de discusión y su aplicación

El grupo de discusión posee algunas características específicas: básicamente es un grupo con un número estipulado de personas (generalmente entre seis y diez), reunidas por un requisito previo, que mantiene una discusión sobre un tema sugerido por un moderador (Gil Flores, 1993; Ortega, 2005). Existe un consenso general entre diversos autores acerca de que la duración del grupo de discusión no debe ser superior a dos horas. Otra característica relevante es que en un grupo deben observarse, entre los participantes, unos mínimos de heterogeneidad y homogeneidad, con la idea de presentar algunas perspectivas comunes como características y, al mismo tiempo, miradas distintas, que propicien la participación de los informantes y aporten una riqueza mayor de información al investigador (Barros y Moreno, 2010; Ortega, 2005).

En un grupo de discusión se trata de realizar un trabajo en equipo, por parte de él mismo para crear, producir, construir y reconstruir un discurso frente a objetivos y propósitos definidos por el moderador (Ortega, 2005).

Creemos que esta técnica es bastante relevante para los objetivos de este estudio dado que no se buscan explicaciones causales, sino que se pretende conocer las diferentes realidades, qué piensan y opinan diferentes personas sobre el tema objeto de estudio, cada una de las cuales forma parte de un contexto particular y específico. Se trata de estudiar y comprender una determinada realidad sin la intención de llegar a generalizaciones.

Los grupos de discusión fueron realizados después de la obtención de datos mediante las entrevistas. En ese sentido, ya se tenía un contacto previo con los participantes del grupo de discusión puesto que ya nos encontrábamos introducidos en su entorno laboral. El buen desarrollo de un precontacto con los supervisores de enfermería en la primera fase de recogida de datos, facilitó la realización y participación del grupo de discusión.

El contacto con estos informantes fue de forma presencial al solicitar su participación y, posteriormente, a través de llamadas telefónicas, con una semana de antelación, para confirmar la mejor fecha, horario y local que estuviese de acuerdo con las posibilidades en común de cada participante. También se contactó telefónicamente con cada informante dos días antes de la realización del grupo para recordarles la cita y confirmar su presencia.

El local de realización del primer grupo fue en la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC y fuera del horario laboral de los participantes; El segundo, tuvo lugar en su propio contexto de trabajo y además, en horario laboral. Ambos fueron desarrollados en una sala amplia, cómoda y silenciosa. En cuanto a la organización, las sillas fueron puestas en forma de círculo, con una mesa en el centro donde se situó la grabadora de voz que se usó para facilitar la recogida de información. Se optó por proporcionar un ambiente agradable a los participantes, ofreciéndoles la posibilidad de tomar café en la propia sala.

Antes de dar inicio al debate, del mismo modo que en las entrevistas, se les agradecía la colaboración y se les enseñaba la Nota Informativa (*Anexo IV*) que contenía información relevante de cómo iba a desarrollarse el grupo de discusión.

Posteriormente, se les solicitaba que firmasen la Declaración de Consentimiento Informado (*Anexo V*) y que rellenasen la encuesta con sus Características Socio-demográficas y Profesionales (*Anexo VI*).

Los instrumentos utilizados para recopilar los datos colectados fueron los mismos que se utilizaron en las entrevistas: una grabadora de voz, el diario de campo y el Guión del Grupo de Discusión (*Anexo II*).

En total fueron realizados dos grupos de discusión configurados por seis integrantes cada uno.

La propia investigadora era quien desempeñaba el papel de moderadora del grupo. La moderadora introducía un tema y orientaba la conversación, remarcando la importancia de que cada uno expresase libremente su opinión, garantizándoles su anonimato. Los temas introducidos estaban relacionados con las ocho dimensiones presentes en el guión del grupo de discusión. Según Ibáñez (1989), el moderador no interviene, sino que se limita a plantear el tema, provocar el deseo de discutirlo, y a catalizar la producción del discurso deshaciendo bloqueos y controlando su desarrollo para que se mantenga dentro del tema.

A modo de conclusión, al final de cada tema, se hacía una síntesis sobre las principales informaciones que el grupo había puesto de manifiesto para que éste valorara dicha información. Ortega (2005) confirma la importancia de la devolución de la información emitida por los informantes. Al final de la sesión, y después de haber tratados todos los temas, se hacía una ronda final por si algún informante

quisiera aportar algo más. Se les agradecía la participación e informaba acerca de lo que se iba a hacer con los resultados.

En la *Tabla 3.3* se presenta un resumen de las principales características de las entrevistas y grupos de discusión.

**Tabla 3.3. Principales características de las entrevistas y grupos de discusión**

	Entrevistas semiestructuradas	Grupos de discusión
<b>Cantidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: cuarenta y nueve (49);</li> <li>- Auxiliares de enfermería: dieciséis (16);</li> <li>- Enfermeros: dieciséis (16);</li> <li>- Médicos: diecisiete (17).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: dos (2);</li> <li>- Seis (6) supervisores de enfermería en cada grupo.</li> </ul>
<b>Lugar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Insular</li> <li>- Hospital Dr. Negrín.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer grupo: Facultad de Ciencias de la Salud.</li> <li>- Segundo grupo: Hospital Dr. Negrín.</li> </ul>
<b>Tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre los meses de diciembre de 2009 y mayo de 2010.</li> <li>- Por la mañana o por la tarde en medio de la jornada laboral.</li> <li>- Duración media de 1 hora por cada entrevista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre los meses de noviembre y diciembre de 2010</li> <li>- Duración media de 1 hora y media, por cada grupo de discusión.</li> </ul>
<b>Instrumentos/ Herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grabadora de voz.</li> <li>- Guión de entrevista.</li> <li>- Diario de campo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grabadora de voz</li> <li>- Guión de entrevista</li> <li>- Diario de campo</li> </ul>
<b>Contacto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamadas telefónicas.</li> <li>- Visitas presenciales.</li> <li>- Reuniones.</li> <li>- Presentación de cartas.</li> <li>- Correo electrónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamadas telefónicas</li> <li>- Visitas presenciales</li> <li>- Reuniones</li> </ul>
<b>Entrevistador / Moderador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La investigadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La investigadora</li> </ul>

### **3.4 Análisis de la información**

El análisis de datos tiene como objetivo sintetizar los datos recogidos de manera que permitan responder a las preguntas de la investigación.

El análisis cualitativo depende de muchos factores, tales como la naturaleza de los datos recogidos, la extensión de la muestra, los instrumentos de investigación y los presupuestos teóricos que conducen la investigación. Se puede definir este proceso como una secuencia de actividades, que envuelve la reducción de los datos, la categorización de estos datos, su interpretación y la redacción del informe. (Gil, 2002, p.133)

En concreto se optó por hacer un *análisis de contenido*, por lo cual se partió de la interpretación de las informaciones obtenidas a través de la transcripción de las entrevistas y grupos de discusión. Krippendorff define el análisis de contenido como la “técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” (Krippendorff, 1990, p.28).

En base a las estrategias empleadas se elaboró un sistema de categorías, se recurrió a la triangulación y se utilizó un soporte informático denominado ATLAS.ti. A continuación, se detalla cada uno de estos procedimientos.

#### **3.4.1 Sistema de categorías**

Los datos captados a través de las entrevistas y grupos de discusión fueron transcritos y reducidos por medio de una categorización y codificación.

La reducción de los datos consiste en “(...) en un proceso de selección, simplificación, abstracción y transformación de los datos originales provenientes de las observaciones de campo” (Gil, 2002, p.133).

En lo que se refiere a la categorización y codificación, Rodríguez et al. (1996) resaltan la distinción entre ambos procesos. La categorización “hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico”; a su vez, la codificación “es la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida” (Rodríguez et al., 1996, p.208).

Por otra parte Miles y Huberman (1994, p.56), van más allá al relatar que “codificar” significa siempre analizar informaciones, un proceso de interpretación y atribución de significados.

La categorización es considerada como una herramienta de gran importancia en el proceso de análisis cualitativo (Bustingorry, Tapia y Mansilla, 2006; Díaz, 2009; Gil, 2002). Según Gil, la etapa de categorización de datos “(...) consiste en la organización de los datos de forma que el investigador consiga tomar decisiones y sacar conclusiones a partir de ellos” (Gil, 2002, p.133). Tal proceso requiere el desarrollo de categorías, las cuales pueden estar fundamentadas en el referencial teórico de la investigación o pueden ser definidas de inmediato según el conocimiento de los datos. En este proceso es importante la consideración del contenido manifiesto y latente de las informaciones.

Para el análisis de los datos se elabora un sistema de categorías para cada una de las técnicas utilizadas.

Para la construcción del sistema de categorías se tuvo como base las dimensiones comunes definidas, anteriormente, en el proceso de preparación de los guiones de las entrevistas y grupos de discusión.

La elaboración y establecimiento del sistema de categorías se realizó mediante un proceso mixto inductivo-deductivo. En este sentido, Domínguez y Gómez (2007) señalan que normalmente se sigue un criterio que mezcla ambos procedimientos, es decir, se induce a medida que se examinan los datos y a su vez, se deduce habiendo establecido *a priori* un plan de sistema de categorías sobre el que se va a categorizar.

Se puede decir, que *a priori* se ha tomado como referencia el marco teórico y conceptual de esta investigación, así como los objetivos que la guían.

En el proceso de categorización y codificación se selecciona, específicamente, los segmentos que comportan una misma idea, agrupándolos en categorías.

La preparación del sistema de categorías comenzó a partir de un análisis profundo de dieciséis entrevistas (según cada tipo de informante y el servicio en el cual trabaja) con el objetivo de crear un sistema provisional de categorías. Posteriormente, se estudia el sistema con la contribución de tres personas conocedoras del tema de la investigación, la propia investigadora y dos colaboradores. En el proceso de elaboración del sistema de categorías se considera la

discusión con expertos y que exista coincidencia en depurar y comprobar el sistema entre los diferentes colaboradores que codifican para que posibilite la objetividad y claridad (Buendía, 1998; De Lara y Ballesteros, 2001; Rodríguez et al., 1996). La ayuda de los colaboradores permitió introducir mejoras al sistema inicial, hasta la elaboración de un sistema definitivo.

En los grupos de discusión, fue empleado este mismo proceso. En este caso, el sistema de categorías provisional fue diseñado a partir del análisis de los dos grupos empleados.

En las *Tablas 3.4 y 3.5* se ilustran cómo quedó establecido el sistema de categorías de las entrevistas y grupos de discusión, respectivamente. Además, se presenta las dimensiones y una breve definición de las categorías.

Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. PROBLEMAS	PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos relacionados con la organización hospitalaria que se consideran problemáticos para realizar la labor con los pacientes y sus familiares (falta de materiales, cantidad de pacientes, número de personal sanitario, espacio físico, etc.).</li> </ul>
	PROBLEMAS EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferentes tipos de dificultades que interfieren a nivel emocional y personal de cada profesional en su práctica laboral (actitud de los familiares, carga de trabajo, comunicación con pacientes, familiares y el propio personal sanitario, etc.).</li> </ul>
2. CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	FUNDAMENTO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprensión del concepto de muerte pautada en experiencias personales, tal como creencias y valores individuales de cada profesional.</li> </ul>
	FUNDAMENTO TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visión del concepto de muerte proveniente de la formación académica, además de la propia experiencia profesional como trabajador actuante directo en el contexto hospitalario con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	LA PROPIA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexiones sobre la posibilidad de morir: ¿qué significado tiene para mí morirme? Las inquietudes y perspectivas personales sobre el pensar en su propia finitud. Los sentimientos que experimenta.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas

3. FORMACIÓN	FORMACIÓN ACADÉMICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de la formación académica en relación a preparación para trabajar con pacientes en proceso de morir, si tuvieron asignaturas o seminarios, por ejemplo, sobre cómo cuidar a un paciente en proceso de morir, las implicaciones psicológicas del proceso de enfermarse, etc.</li> </ul>
	DIFICULTADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades expresadas por la falta de formación académica para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos que se consideran importantes para cubrir lagunas existentes en la formación académica (asignatura sobre cuidados al final de la vida, orientación y formación sobre qué es un paciente terminal). Ejemplos de acciones provenientes de la necesidad de una formación, como la búsqueda de cursos, participación en congresos, lecturas, etc.</li> </ul>
4. RELACIÓN CON EL PACIENTE	RELACIÓN EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratos que desarrollan con el paciente en general que de algún modo puede fomentar vínculos más afectivos (una atención cercana, el hecho de coger la mano, dar un abrazo, etc.). Y si llegan a establecer una dependencia emocional con el paciente.</li> </ul>
	RELACIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones que establecen los profesionales sanitarios con los pacientes generales a su cuidado atendiendo a los cuidados técnicos exigidos por la profesión sin involucrarse afectivamente. Tales como: dar la medicación, cuidados de higiene, conversaciones a nivel técnico, etc.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas

4. RELACIÓN CON EL PACIENTE (Cont.)	RELACIÓN CON PACIENTES TERMINALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consideraciones de los profesionales sobre la atención a pacientes terminales: si se cambia la forma de relacionarse con ellos por el hecho de ser un paciente con estas características, y a qué creen que se debe el cambio. Presencia o no de dificultades y limitaciones.</li> </ul>
	PAPEL PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características del rol profesional y organizacional que interfieren en el modo en que los profesionales se relacionan con sus pacientes (trabajo multifuncional, turnos rotatorios, horario de trabajo, etc.).</li> </ul>
	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos del paciente que interfieren en la relación con los profesionales, tales como: la edad del paciente, características del ingreso, nivel de consciencia, servicio en el que ingresa, etc.</li> </ul>
5. RELACIÓN CON LA FAMILIA	LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si se relacionan con los familiares, cómo es la relación, si llegan a establecer contactos.</li> </ul>
	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia o no de dificultades en la relación con familiares de pacientes en general, y cuáles son los tipos de dificultades.</li> </ul>
	RELACIÓN CON FAMILIARES DE PACIENTE TERMINAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciones que establecen con los familiares de pacientes terminales: si se cambia la forma de relacionarse con ellos por el hecho de ser un familiar de paciente con estas características, y a qué creen que se debe el cambio. Sentimientos que generan en el profesional por la relación con el familiar.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas

6. CONTACTO ANTE LA MUERTE	PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos, técnicos o humanos, que desarrollan los profesionales cuando se muere el paciente a su cuidado.</li> </ul>
	REACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo responden los profesionales ante el informe de no curación de sus pacientes.</li> </ul>
	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes tipos de sentimientos manifestados por los profesionales ante el sufrimiento y muerte del paciente a su cuidado.</li> </ul>
	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características relacionadas a cómo se muere el paciente, si es la muerte de un paciente joven o mayor, si son muertes esperadas o agudas, y otros aspectos de la muerte que pueden influir en la respuesta del profesional ante la muerte del paciente.</li> </ul>
7. EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR	RECURSOS Y ESTRATEGIAS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos o medios de facilitación que utilizan y desarrollan los profesionales sanitarios en el cuidado y atención a pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	RECURSOS PUNTUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes tipos de recursos y acciones utilizadas en momentos puntuales en que se sienten afectados sentimentalmente y/o ven dificultades en la actuación con pacientes en proceso de morir de forma a satisfacer necesidades de modo más puntual y práctico para que puedan seguir con su labor.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.4. Categorías: entrevistas semiestructuradas

7. EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR (Cont.)	TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ven relación en el “tiempo de práctica profesional” con su modo de afrontar y atender a pacientes en proceso de morir y cómo tal característica puede influir.</li> </ul>
8.INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN	PROPUESTAS DE MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuestas y acciones de mejora que creen necesarias para fomentar el trabajo de los profesionales en el ámbito hospitalario con pacientes en proceso de morir, tales como: acciones relacionadas a la preparación y formación académica, atención psicológica, recursos asistenciales, etc.</li> </ul>
	ACCIONES Y APOYO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si existe o no existe algún tipo de ayuda y acciones que son desarrolladas en el intento de cubrir demandas existentes en el trabajo de los profesionales. Cuáles son los tipos de ayuda existentes.</li> </ul>
	PUNTOS POSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones personales, definidas como positivas, sobre el trabajo que realizan. Ejemplos de acciones que recompensan y satisfacen el trabajo del profesional.</li> </ul>
	VALORACIÓN DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones personales sobre la temática de la investigación. Cómo es la experiencia de hablar sobre la muerte: dificultades, temores, sentimientos que genera, etc.</li> </ul>

Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. PROBLEMAS	PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos relacionados con la organización hospitalaria que se consideran problemáticos para realizar la labor con los pacientes y sus familiares (falta de materiales, recursos humanos, espacio físico, etc.).</li> </ul>
	PROBLEMAS EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferentes tipos de dificultades que interfieren a nivel emocional y personal de los supervisores de enfermería en su práctica laboral (cercanía con pacientes, pacientes jóvenes, conflictos con el personal sanitario, etc.).</li> </ul>
2. CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	FUNDAMENTO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprensión del concepto de muerte pautada en experiencias personales, tal como creencias y valores individuales de cada profesional.</li> </ul>
	FUNDAMENTO TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visión del concepto de muerte proveniente de la formación académica, además de la propia experiencia profesional como trabajador actuante directo en el contexto hospitalario con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	LA PROPIA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexiones sobre la posibilidad de morir: ¿qué significado tiene para mí morirme? Las inquietudes y perspectivas personales sobre el pensar en su propia finitud. Los sentimientos que experimenta.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión

3. FORMACIÓN	FORMACIÓN ACADÉMICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de la formación académica en relación a preparación para trabajar con pacientes en proceso de morir, si tuvieron asignatura o seminarios, por ejemplo, sobre cómo cuidar a un paciente en proceso de morir, las implicaciones psicológicas del proceso de enfermarse, etc.</li> </ul>
	DIFICULTADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades expresadas por la falta de formación académica para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos que se consideran importantes para cubrir lagunas existentes en la formación académica (asignatura sobre cuidados al final de la vida, orientación y formación sobre qué es un paciente terminal). Ejemplos de acciones provenientes de la necesidad de una formación, como la búsqueda de cursos, participación en congresos, lecturas, etc.</li> </ul>
4. RELACIÓN CON EL PACIENTE	RELACIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones que establecen los supervisores de enfermería con los pacientes ingresados. Cómo es la relación, las dificultades y limitaciones, etc.</li> </ul>
	PAPEL PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características del rol profesional y organizacional que interfieren en el modo en que los supervisores de enfermería se relacionan con sus pacientes (trabajo multifuncional, labor asistencial, el turno de trabajo, etc.)</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión

4. RELACIÓN CON EL PACIENTE (Cont.)	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos del paciente que interfieren en la relación con los supervisores de enfermería, tales como: la edad del paciente, características del ingreso, servicio en el que ingresa, etc.</li> </ul>
5. RELACIÓN CON LA FAMILIA	LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si se relacionan con los familiares, cómo es la relación, si llegan a establecer contactos</li> </ul>
	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia o no de dificultades en la relación con familiares de pacientes en general, y cuáles son los tipos de dificultades.</li> </ul>
6. CONTACTO ANTE LA MUERTE	PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos, técnicos o humanos, que desarrollan los supervisores de enfermería cuando se muere el paciente a su cuidado.</li> </ul>
	REACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cómo responden los supervisores de enfermería ante el informe de no curación de sus pacientes.</li> </ul>
	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferentes tipos de sentimientos manifestados por los supervisores de enfermería ante el sufrimiento y muerte del paciente a su cuidado.</li> </ul>
	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características relacionadas a cómo se muere el paciente, si es la muerte de un paciente joven o mayor, si son muertes esperadas o agudas, y otros aspectos de la muerte que pueden influir en la respuesta de los supervisores de enfermería ante la muerte del paciente.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión

7. EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR	RECURSOS Y ESTRATEGIAS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos o medios de facilitación que utilizan y desarrollan los supervisores de enfermería en el cuidado y atención a pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	RECURSOS PUNTUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes tipos de recursos y acciones utilizadas en momentos puntuales en que se sienten afectados sentimentalmente y/o ven dificultades en la actuación con pacientes en proceso de morir de forma a satisfacer necesidades de modo más puntual y práctico para que puedan seguir con su labor.</li> </ul>
	TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ven relación en el “tiempo de práctica profesional” con su modo de afrontar y atender a pacientes en proceso de morir y cómo tal característica puede influir.</li> </ul>
8. INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN	PROPUESTAS DE MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuestas y acciones de mejora que creen necesarias para fomentar el trabajo de los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario con pacientes en proceso de morir, tales como: acciones relacionadas a la preparación y formación académica, atención psicológica, recursos asistenciales, etc.</li> </ul>
	ACCIONES Y APOYO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si existe o no existe algún tipo de ayuda y acciones que son desarrolladas en el intento de cubrir demandas existentes en el trabajo de los profesionales sanitarios. Cuáles son los tipos de ayuda existentes.</li> </ul>

**(Cont.) Tabla 3.5. Categorías: grupos de discusión**

<b>8. INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN (Cont.)</b>	PUNTOS POSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consideraciones personales, definidas como positivas, sobre el trabajo que realizan. Ejemplos de acciones que recompensan y satisfacen el trabajo del profesional sanitario.</li> </ul>
	VALORACIÓN DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consideraciones personales sobre la temática de la investigación. Cómo es la experiencia de hablar sobre la muerte: dificultades, temores, sentimientos que genera, etc.</li> </ul>

### 3.4.2 Triangulación metodológica

La triangulación es una estrategia metodológica que contribuye a la verificación y validación del análisis cualitativo de los datos empleada para reforzar la validación del estudio. Según Olabuénaga (1996), la triangulación es un tipo de control de calidad que debería ser aplicado a todo tipo de investigaciones cualitativas.

En función de verificar y constatar las informaciones obtenidas en esta investigación por medio de las entrevistas y grupos de discusión, se opta por aplicar la triangulación (Flick, 2004; Olabuénaga, 2003; Stake, 1998). En ese sentido, se percibe que la estrategia de la triangulación proporciona un análisis y discusión más rico de los resultados obtenidos.

Existen diferentes tipos de triangulación sin embargo la que se considera más adecuada según los propósitos de este estudio es la triangulación metodológica. A partir de este tipo de triangulación se quiso contrastar los datos provenientes del uso de diferentes técnicas, la entrevista y el grupo de discusión. Una de las principales ventajas de aplicar la triangulación metodológica, “reside en su capacidad para aportar una visión más completa del fenómeno estudiado” (Gómez-Diago, 2010, p.22).

Campbell y Fiske (1959) señalan que se requieren diferentes métodos para conseguir constructos y resultados útiles al aplicar la triangulación metodológica, y que estos métodos se “centren en el diagnóstico del mismo constructo desde puntos de observación independientes, mediante una especie de triangulación” (p.81).

Concretamente y a través de la triangulación metodológica en este estudio se identifica lo siguiente:

- En las entrevistas se encuentra con veintisiete (27) categorías, mientras que, los datos de los grupos de discusión, cuentan con veinticuatro (24). Las dos técnicas distintas sobre el mismo tema objeto de estudio se interceptan;
- Todas las categorías presentes en el sistema de los grupos de discusión, aparecen en el sistema de las entrevistas. A su vez, el sistema de categorías de las entrevistas posee tres (3) distintas categorías que están ausentes en los grupos;
- Se puede verificar un sistema compartido y consensuado, aunque exista una pequeña disparidad entre ambas técnicas.

### **3.4.3 Programa informático: ATLAS.ti**

El programa ATLAS.ti fue diseñado por Tomas Muhr con el apoyo de la *Scientific Software Development* de Berlín y publicado en el año 1997. Es un soporte que pertenece a la familia de los programas informáticos de análisis cualitativo de datos. Tal herramienta facilita el análisis cualitativo de datos textuales, una vez que su aplicación proporciona su mejor visualización, localización y recuperación , además de facilitar toda una serie de herramientas para tejer relaciones entre los más variados elementos de los datos de la investigación (Serrat, 2008).

En este estudio se recurre al programa informático ATLAS.ti (Muhr, 2003) como un soporte de análisis de los datos provenientes de las entrevistas y grupos de discusión.

Los primeros pasos en el manejo de este soporte informático fueron realizados conjuntamente a un gran estudio y reuniones con concedores y expertos en su uso. En este momento, se buscó delimitar el amplio rol de herramientas que ofrece el programa según los objetivos de nuestro estudio.

Concretamente, se decidió realizar un plan de trabajo para cada técnica de recogida de la información, reconocido por el programa como *Unidad Hermenéutica* (UH).

En cada UH se asigna los *documentos primarios*, o sea, todas las transcripciones de las entrevistas y de los grupos de discusión. Como forma de organizar el trabajo, cada entrevista y grupo de discusión asignados en el programa estaban identificados por un número correspondiente al tipo de informante (enfermero, médico, auxiliar y supervisores de enfermería) y al tipo de servicio (cuidados paliativos, oncología, medicina interna y digestivo).

Después de un análisis extensivo y diversas lecturas de todas las informaciones recogidas, se comienza a marcar en el programa los fragmentos del texto y asignar a los mismos distintos códigos, categorías y subcategorías que ya habían sido establecidas para el análisis de los datos. Se resalta que antes de la utilización del programa los datos ya habían sido revisados, categorizados y codificados en forma de texto impreso, apuntes, esquemas en grandes folios, etc.

Con la asignación de documentos a la UH, creación de fragmentos y códigos, se creó informes y se obtuvo los primeros resultados, reconocidos por el programa como *output*.

Un primer análisis de la información puede consistir en realizar un *output* del estado de los objetos asignados en el programa. Los *outputs* constituyen la base para el análisis e interpretación de la información (Esteban, 2006). Se puede seleccionar una dimensión, categoría o subcategoría y el programa recupera automáticamente, de un modo rápido y fácil, todas las informaciones relacionadas con ellas.

Otro tipo de herramienta para el análisis de la información, a través del programa ATLAS.ti, es la creación de redes conceptuales, que son una especie de organigrama con los códigos e informaciones más relevantes y concluyentes del proceso de análisis. Según Esteban (2006), “una red conceptual es una representación gráfica de los conceptos e ideas que desarrolla el investigador al analizar la información en base a las conexiones establecidas entre los elementos de una unidad hermenéutica” (p.28).



## **4. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**





## **4. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

A raíz del análisis de las entrevistas y grupos de discusión se optó por presentar los resultados separadamente, de acuerdo a cada tipo de técnica empleada. Debido a la gran cantidad de información obtenida fue necesario ordenar y sistematizar los datos recogidos para posibilitar su mejor visualización y comprensión.

La presentación de los datos se basa en un diseño de matrices, descripciones y discursos narrativos, que corresponde a una estructura empleada por diversos autores e investigaciones cualitativas, puesto que permite disponer en un conjunto organizado, sistemático, global y operativo, las propiedades e informaciones del objeto de investigación (Fernández, 2006; Gürtler y Huber, 2007; Losada y López-Feal, 2003; Miles y Huberman, 1994; Navarrete, 2011).

En este sentido, Navarrete (2011) considera que ese tipo de exposición de datos “trata de condensar, organizar y poner en evidencia las características y relaciones de las informaciones” (p.55).

La estructura general de este capítulo está organizada según tres momentos. El primero, relacionado con la exposición y análisis de los resultados de las entrevistas; el segundo aborda la exposición y análisis de los resultados de los grupos de discusión; y por último, se expone la red conceptual desarrollada a partir del programa informático ATLAS.ti que presenta los principales vínculos encontrados en el proceso de análisis de los resultados.

## **4.1 Análisis de las entrevistas**

Este apartado engloba el análisis de los resultados de las entrevistas. Se parte de una tabla representando la matriz descriptiva, seguida por el discurso narrativo y finalizando con la tabla de las matrices inferenciales.

### **4.1.1 Matriz descriptiva: entrevistas**

Se presenta una tabla representativa de la matriz descriptiva de las informaciones obtenidas a través de las entrevistas empleadas con los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos pertenecientes a los servicios de Cuidados Paliativos, Oncología, Medicina Interna y Digestivo (*Tabla 4.1*). La matriz descriptiva está compuesta por un resumen de las respuestas de los informantes, tal y como fue relatada por los mismos, sin inferencias, presenta los datos fidedignos en forma de tabla. En las *columnas* se presentan las categorías y en las *filas* aparecen los distintos informantes, según el servicio al que pertenecen.

Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	PROBLEMAS EMOCIONALES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.	- Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural. - Pacientes jóvenes. - Asociación con paciente terminal de la misma edad.
	<b>Oncología</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.	- Mucha cercanía al paciente. - Pacientes y familiares que llevan mucho tiempo ingresados. - Pacientes jóvenes. - Subjetividad del paciente. - Amortajar pacientes jóvenes.
	<b>M. Interna</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.	- Alta carga de trabajo: estrés, no se trabaja relajado, ansiedad, carga mental, cualquier cosa te afecta. - Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural. - Asociación con paciente terminal de la misma edad.
	<b>Digestivo</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial. - Falta de privacidad en la habitación.	- Alta carga de trabajo: estrés, no se trabaja relajado, ansiedad, carga mental, cualquier cosa te afecta. - Mucha cercanía al paciente. - Pacientes jóvenes.
ENFERMERO	<b>C. Paliativos</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial. - Trabajar en equipo.	- Pacientes y familiares que llevan mucho tiempo ingresados. - Mucha cercanía al paciente. - Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural. - Pacientes jóvenes. - Subjetividad del paciente. - Muchas muertes en la misma semana.
	<b>Oncología</b>	- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial. - Poca presencia del médico.	- Pacientes y familiares que llevan mucho tiempo ingresados. - Eventos inesperados. - Pacientes jóvenes. - Comunicación con los médicos. - Cómo actuar delante de una mala noticia.

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.</li> <li>- Falta de privacidad en la habitación.</li> <li>- Turno de tarde hay poco apoyo de médicos.</li> <li>- Escasez de recursos materiales.</li> <li>- Tienen un servicio mal organizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: estrés, no se trabaja relajado, ansiedad, carga mental, cualquier cosa te afecta.</li> <li>- Pacientes y familiares que llevan mucho tiempo ingresados.</li> <li>- Actuación médica frente a la muerte.</li> <li>- Comunicación con los médicos.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.</li> <li>- Poca presencia del médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: estrés, no se trabaja relajado, ansiedad, carga mental, cualquier cosa te afecta.</li> <li>- Mucha cercanía al paciente.</li> <li>- Pacientes y familiares que llevan mucho tiempo ingresados.</li> <li>- Comunicación con los médicos.</li> </ul>
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar en equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucha cercanía al paciente.</li> <li>- Dificultad de comunicación con pacientes y familiares.</li> <li>- Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural.</li> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Remisión muy tarde de pacientes a la unidad.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: estrés, no se trabaja relajado, ansiedad, carga mental, cualquier cosa te afecta.</li> <li>- Mucha cercanía al paciente.</li> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Tomar la decisión de para el tratamiento.</li> <li>- Estructura rígida de trabajo.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lentitud e ineficiencia de los procesos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de comunicación con pacientes y familiares.</li> <li>- Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural.</li> <li>- Tomar la decisión de para el tratamiento.</li> <li>- Estructura rígida de trabajo.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta carga de trabajo: muchos pacientes, poco personal, poco tiempo para el paciente, alta carga asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventos inesperados.</li> <li>- Dificultad de comunicación con pacientes y familiares.</li> <li>- Familiares: agresivos, demandantes, bajo nivel cultural.</li> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Dar malas noticias.</li> <li>- Tomar la decisión de para el tratamiento.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		FUNDAMENTO PERSONAL	FUNDAMENTO TÉCNICO	LA PROPIA MUERTE
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	- Descanso.	- Dejar de sufrir, un descanso, alivio.	- Miedo de dejar los suyos. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - No suele pensar, no le gusta pensar. - No quiere que llegue, que sea muy tarde. - Miedo a la muerte.
	<b>Oncología</b>	- Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Dejar de sufrir, un descanso, alivio.	- Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa en vivir la vida hoy. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - No suele pensar, no le gusta pensar. - Expresión de sentimientos.
	<b>M. Interna</b>	- Es el final y no hay algo más. - Es el final de algo y la duda de si realmente hay algo más o no.	- Una fase más, algo normal, un proceso vital que se tiene que pasar. - Dejar de sufrir, un descanso, alivio. - El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Piensa en vivir la vida hoy. - Miedo de dejar los suyos. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - Expresión de sentimientos. - No suele pensar, no le gusta pensar. - No quiere que llegue, que sea muy tarde. - Pasando los años de vida te vas dando más cuenta que estás en la lista. - No reflexiona sobre su muerte.
	<b>Digestivo</b>	- Es el final y no hay algo más. - Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Una fase más, algo normal, un proceso vital que se tiene que pasar.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave.

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

			- Dejar de sufrir, un descanso, alivio.	- Piensa en vivir la vida hoy. - Miedo de dejar los suyos. - Expresión de sentimientos. - No suele pensar, no le gusta pensar.
ENFERMERO	<b>C. Paliativos</b>	- Es el final de algo y la duda de si realmente hay algo más o no. - Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Una fase más, algo normal, un proceso vital que se tiene que pasar. - El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa en vivir la vida hoy. - Miedo de dejar los suyos. - Miedo al desconocido. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - Expresión de sentimientos. - No suele pensar, no le gusta pensar. - No quiere que llegue, que sea muy tarde.
	<b>Oncología</b>	- Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Dejar de sufrir, un descanso, alivio. - El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más. - Es un fracaso para los médicos.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Miedo de dejar los suyos. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - No suele pensar, no le gusta pensar. - Expresión de sentimientos. - No quiere que llegue, que sea muy tarde. - Pasando los años de vida te vas dando más cuenta que estás en la lista.
	<b>M. Interna</b>	- Descanso.	- Dejar de sufrir, un descanso, alivio. - El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más. - Es un fracaso para los médicos.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa en vivir la vida hoy. - Miedo de dejar los suyos. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - Expresión de sentimientos.

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<b>Digestivo</b>	- Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Dejar de sufrir, un descanso, alivio. - El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más.	- Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - Expresión de sentimientos. - Miedo a la muerte.
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	- Es el final de algo y la duda de si realmente hay algo más o no.	- El final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más. - Pérdida de funciones vitales, ausencia de actividad cerebral y falta de los órganos.	- Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - No reflexiona sobre su muerte.
	<b>Oncología</b>		- Pérdida de funciones vitales, ausencia de actividad cerebral y falta de los órganos. - En el hospital la muerte es fría, ambiente tecnológico.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Piensa en vivir la vida hoy. - Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - Miedo de dejar los suyos.
	<b>M. Interna</b>	- Es el final de algo y la duda de si realmente hay algo más o no. - Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Una fase más, algo normal, un proceso vital que se tiene que pasar. - Pérdida de funciones vitales, ausencia de actividad cerebral y falta de los órganos.	- No tiene miedo a su propia muerte. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - No suele pensar, no le gusta pensar. - No quiere que llegue, que sea muy tarde. - No reflexiona sobre su muerte.
	<b>Digestivo</b>	- Transcendencia a otro estado, no es el final.	- Una fase más, algo normal, un proceso vital que se tiene que pasar. - Dejar de sufrir, un descanso, alivio. - Fracaso laboral, un disgusto.	- Miedo al sufrimiento, al dolor, de ser dependiente a alguien, a la enfermedad grave. - Piensa sobre su muerte y de algún familiar por lo que ve en el trabajo. - No suele pensar, no le gusta pensar. - Pasando los años de vida te vas dando más cuenta que estás en la lista. - Miedo a la muerte y miedo de dejar los suyos.

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		FORMACIÓN ACADÉMICA	DIFICULTADES	NECESIDADES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gran impacto al principio: no sabía qué hacer, amortajar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> <li>- Deberían sacar las especialidades.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- Gran impacto al principio: no sabía qué hacer, amortajar.</li> <li>- No sabe cómo actuar cuando el paciente expresa sus sentimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- No te forman sobre la faceta humana del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- Gran impacto al principio: no sabía qué hacer, amortajar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- El aprendizaje en las prácticas va a depender del adjunto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- Gran impacto al principio: no sabía qué hacer, amortajar.</li> <li>- Aprendemos a fuerza de palos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

ENFERMERO	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- El concepto de paciente terminal es igual a abandonarles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- Formación para salvar vidas y curar, no para dejar morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- No sabe cómo actuar cuando el paciente expresa sus sentimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> <li>- Deberían sacar las especialidades.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- El concepto de paciente terminal es igual a abandonarles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- No sabe afrontar la pérdida de un paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> <li>- Prácticas en la unidad de paliativos.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- No te forman sobre la faceta humana del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- No sabe afrontar la pérdida de un paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
MÉDICO	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- No te forman sobre la faceta humana del paciente.</li> <li>- El concepto de paciente terminal es igual a abandonarles.</li> <li>- Enseñanza para diagnosticar y no para dar malas noticias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El aprendizaje en las prácticas va a depender del adjunto.</li> <li>- Formación para salvar vidas y curar, no para dejar morir.</li> </ul>		
<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- Enseñanza para diagnosticar y no para dar malas noticias.</li> <li>- Formación para salvar vidas y curar, no para dejar morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- Gran impacto al principio: no sabía cómo informar, dar malas noticias, las características de un paciente oncológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Búsqueda de formación por necesidad.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- Formación para salvar vidas y curar, no para dejar morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> <li>- Gran impacto al principio: no sabía cómo informar, dar malas noticias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Formación teórica, general, básica, con prácticas de lo técnico.</li> <li>- No te forman sobre la faceta humana del paciente.</li> <li>- El aprendizaje en las prácticas va a depender del adjunto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La teoría es diferente de la práctica.</li> <li>- Sin formación, aprendes con el trabajo diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de una enseñanza más subjetiva: cómo trabajar con las emociones de los pacientes y familiares.</li> <li>- Necesidad de formación para trabajar con pacientes en proceso de morir.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		RELACIÓN EMOCIONAL	RELACIÓN PROFESIONAL	RELACIÓN CON PACIENTES TERMINALES	PAPEL PROFESIONAL	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Atención más humana: tocarle la mano, llamarle por el nombre, sonrisa, escucha desde la cercanía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> <li>- Depende del carácter del paciente.</li> <li>- Habla mientras hace la labor técnico, después no tiene tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dificultad: pacientes que pasan por un proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo del auxiliar: es más de cuidador.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es más de técnico.</li> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- Entre técnico y cuidador: intenta primer el paciente.</li> <li>- Turno matutino: más profesionales, apoyo.</li> <li>- Paliativos: el profesional tiene q ser más flexible, se relaciona más con el paciente.</li> <li>- Para trabajar en oncología y paliativos hace falta formación profesional y humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Pacientes con edad cercana a la del profesional: se refleja, impacta más.</li> <li>- Paliativos: ya conocen el pronóstico, no tienen idea curativa.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> <li>- Paciente sin apoyo socio-familiar: se implica más.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente del paciente, intenta hacer con que la instancia sea la mejor posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación emocional, cercanía, cariño, apego: afecta más, es un error.</li> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por el estado del paciente, suele estar más con el familiar.</li> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dificultad: pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- Entre técnico y cuidador: intenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> <li>- Habla mientras hace la labor técnico, después no tiene tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- que pasan por un proceso.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- primer el paciente.</li> <li>- No tiene tiempo para acudir a una demanda más subjetiva.</li> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Técnico y cuidador: es difícil compaginar.</li> <li>- Técnico y cuidador: prioriza el técnico.</li> <li>- Para trabajar en oncología y paliativos hace falta formación profesional y humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> <li>- Paciente agudo: no se relaciona mucho, afecta menos.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes y familiares que pasan por un largo proceso.</li> <li>- Depende si es un paciente más receptivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> <li>- Depende del carácter del paciente.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Habla mientras hace la labor técnico, después no tiene tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> <li>- No ve dificultad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo del auxiliar: es más de cuidador.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es más de técnico.</li> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- Tiene mucho trabajo: al final, apoya al paciente.</li> <li>- Entre técnico y cuidador: va a lo grave.</li> <li>- Técnico y cuidador:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- Pacientes con edad cercana a la del profesional: se refleja, impacta más.</li> <li>- Paciente con características de alguien cercano que se ha muerto: lo asocia,</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

					<p>está enlazado, compaginado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Turno matutino: más profesionales, apoyo.</li> <li>- Dificultad con la subjetividad del paciente: no es su labor.</li> </ul>	<p>impacta más.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suele pasar la línea del profesional aunque no quiera.</li> <li>- Depende si es un paciente más receptivo.</li> <li>- Atención más humana: tocarle la mano, llamarle por el nombre, sonrisa, escucha desde la cercanía.</li> <li>- Suele estar más tiempo que el horario para estar con el paciente.</li> <li>- Dependencia emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> <li>- Depende del carácter del paciente.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> <li>- Intenta relacionarse con sus pacientes, pero no tiene mucho tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por el estado del paciente, suele estar más con el familiar.</li> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Más cuidado en la comunicación: no habla de la muerte.</li> <li>- Si ve que va a sufrir, se mantiene al margen.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dificultad: pacientes que pasan por un proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo del auxiliar: es más de cuidador.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es más de técnico.</li> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- No tiene tiempo para acudir a una demanda más subjetiva.</li> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Técnico y cuidador: es difícil compaginar.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es multifuncional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad con la subjetividad del paciente: no es su labor.</li> <li>- Técnico y cuidador: prioriza el técnico.</li> </ul>	
<b>ENFERMERO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Le gusta hablar con el paciente, la comunicación es muy importante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación emocional, cercanía, cariño, apego: afecta más, es un error.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> <li>- No ve dificultad.</li> </ul> <p>Se relaciona con el chip de que no se puede hacer nada más</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico y cuidador: está enlazado, compaginado.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es multifuncional.</li> <li>- Paliativos: el profesional tiene q ser más flexible, se relaciona más con el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> <li>- Paciente con características de alguien cercano que se ha muerto: lo asocia, impacta más.</li> <li>- Paliativos: ya conocen el pronóstico, no tienen idea curativa.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación emocional, cercanía, cariño, apego: afecta más, es un error.</li> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Paciente sin dolor y familia informada: no tiene dificultad.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre técnico y cuidador: intenta primero el paciente.</li> <li>- No tiene tiempo para acudir a una demanda más subjetiva.</li> <li>- Tiene mucho trabajo: al final, apoya al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

			- Relación de respeto, educada y profesional.		- Técnico y cuidador: es difícil compaginar. - Trabajo del enfermero: es multifuncional.	- Paiente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite. - Paciente demandante: agobia la relación.
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Pacientes y familiares que pasan por un largo proceso.</li> <li>- Atención más humana: tocarle la mano, llamarle por el nombre, sonrisa, escucha desde la cercanía.</li> <li>- Suele estar más tiempo que el horario para estar con el paciente.</li> <li>- Independiente del paciente, intenta hacer con que la instancia sea la mejor posible.</li> <li>- Actitud cercana, conversación con tuteos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Actuación pasiva: entra menos en la habitación, prefiere callarse.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Por el estado del paciente, suele estar más con el familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo del auxiliar: es más de cuidador.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es más de técnico.</li> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- Entre técnico y cuidador: intenta primer el paciente.</li> <li>- Entre técnico y cuidador: va a lo grave.</li> <li>- Técnico y cuidador: está enlazado, compaginado.</li> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Trabajo del enfermero: es multifuncional.</li> <li>- Turno matutino: más profesionales, apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- Prefiere pacientes mayores: sufre menos.</li> <li>- Pacientes con edad cercana a la del profesional: se refleja, impacta más.</li> <li>- El paciente no llega terminal: tienen la idea curativa.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

					- Técnico y cuidador: prioriza el técnico.	
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Suele pasar la línea del profesional aunque no quiera.</li> <li>- Atención más humana: tocarle la mano, llamarle por el nombre, sonrisa, escucha desde la cercanía.</li> <li>- Le gusta hablar con el paciente, la comunicación es muy importante.</li> <li>- Intenta verles como persona no como un paciente.</li> <li>- Independiente del paciente, intenta hacer con que la instancia sea la mejor posible.</li> <li>- Actitud cercana, conversación con tuteos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Relación emocional, cercanía, cariño, apego: afecta más, es un error.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Se relaciona con el chip de que no se puede hacer nada más.</li> <li>- El trabajo no es agradable.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dificultad: no tiene preparación para ayudarle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliares están más tiempo con el paciente: más relación y cercanía.</li> <li>- No tiene tiempo para acudir a una demanda más subjetiva.</li> <li>- Tiene mucho trabajo: al final, apoya al paciente.</li> <li>- Técnico y cuidador: está enlazado, compaginado.</li> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Para trabajar en oncología y paliativos hace falta formación profesional y humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- El paciente no llega terminal: tienen la idea curativa.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Suele pasar la línea del profesional aunque no quiera.</li> <li>- Depende si es un paciente joven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> <li>- Más cuidado en la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al bien morir.</li> <li>- Tener buena relación con los pacientes.</li> <li>- La tarea se realiza con gran profesionalidad y humanidad.</li> <li>- Paliativos: el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Paliativos: ya conocen el pronóstico, no tienen</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención más humana: tocarle la mano, llamarle por el nombre, sonrisa, escucha desde la cercanía.</li> <li>- Intenta verles como persona no como un paciente.</li> <li>- Suele estar más tiempo que el horario para estar con el paciente.</li> <li>- Desde la cercanía, acompañándolo con compasión y fraternidad.</li> <li>- Visión global y tratamiento integral.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicación: no habla de la muerte.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- La dificultad está en abordarlo todo.</li> <li>- Paciente sin dolor y familia informada: no tiene dificultad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- profesional tiene q ser más flexible, se relaciona más con el paciente.</li> <li>- Para trabajar en oncología y paliativos hace falta formación profesional y humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idea curativa.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> <li>- Paciente sin apoyo socio-familiar: se implica más.</li> </ul>
<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intenta verles como persona no como un paciente.</li> <li>- Desde la cercanía, acompañándolo con compasión y fraternidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> <li>- Intenta relacionarse con sus pacientes, pero no tiene mucho tiempo.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Se relaciona con el chip de que no se puede hacer nada más.</li> <li>- Tratan de seguirlos en paliativos.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dificultad: pacientes que pasan por un proceso.</li> <li>- Tienen el apoyo de la unidad de paliativos: les quita esta parte.</li> <li>- Dar malas noticias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al bien morir.</li> <li>- Para trabajar en oncología y paliativos hace falta formación profesional y humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Asociación de pacientes jóvenes con los propios hijos: afecta más.</li> <li>- La gente no aguanta trabajar con ese tipo de paciente, es duro psicológicamente.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber cuándo parar.</li> <li>- Dificultad: no tener tiempo para cada uno.</li> </ul>		
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depende si es un paciente joven.</li> <li>- Intenta verles como persona no como un paciente.</li> <li>- Visión global y tratamiento integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suele pasar la línea del profesional.</li> <li>- Depende del carácter del paciente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Hace un análisis con más cuidado y pausado.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- Dar malas noticias.</li> <li>- Saber cuándo parar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeros y auxiliares: tienen más vínculos con pacientes.</li> <li>- Ayudar al bien morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Prefiere pacientes mayores: sufre menos.</li> <li>- Paciente de M. Interna: no son terminales, siempre se cree que se puede tratar más.</li> </ul>	
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suele pasar la línea del profesional aunque no quiera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación emocional, cercanía, cariño, apego: afecta más, es un error.</li> <li>- Relación profesional, sin involucrarse afectivamente.</li> <li>- Relación de respeto, educada y profesional.</li> <li>- Lo más normal y ameno posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aprende mucho con ellos, se valora la vida.</li> <li>- Atención distinta: lo facilita más, con más cuidado y protección.</li> <li>- El trabajo no es agradable.</li> <li>- Hace un análisis con más cuidado y pausado.</li> <li>- Más cuidado en la comunicación: no habla de la muerte.</li> <li>- No ve dificultad.</li> <li>- La dificultad está en aceptarlo.</li> <li>- Dar malas noticias.</li> <li>- Saber cuándo parar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al bien morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes: mayor carga emocional.</li> <li>- Pacientes mayores: ya aceptas más, menos carga emocional.</li> <li>- Paciente agudo: no se relaciona mucho, afecta menos.</li> <li>- Paciente con mucho tiempo de ingreso: se relacionan más, hasta un límite.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	LA RELACIÓN	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN	RELACION CON FAMILIAR DE PACIENTE TERMINAL	
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo.</li> <li>- La familia también es su trabajo.</li> <li>- Con cuidado: porque son los que están más angustiados.</li> <li>- Atención cercana para que se sientan cómodos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo mundo no reacciona igual.</li> <li>- No ve dificultad en la relación.</li> <li>- Familiar que exterioriza sus dificultades.</li> <li>- Dificultad en relacionarse y en la comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se relaciona mejor, con más cuidado, paciencia, facilita más.</li> <li>- Está más atento a ellos que al paciente: necesitan más apoyo y el paciente no responde.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los que llevan más tiempo: tiene más relación.</li> <li>- Más relación con el paciente porque es su trabajo.</li> <li>- No te queda otra, estás ahí y ellos también.</li> <li>- Le gusta hablar con la familia, sacarles dudas, explicarles cosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No ve dificultad en la relación.</li> <li>- Familiar que exterioriza sus dificultades.</li> <li>- Dificultad en relacionarse y en la comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es igual que con el paciente.</li> <li>- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo.</li> <li>- Sin muchos vínculos para no cargarse emocionalmente.</li> <li>- La familia también es su trabajo.</li> <li>- No te queda otra, estás ahí y ellos también.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No ve dificultad en la relación.</li> <li>- El modo cómo asimilan la información.</li> <li>- Familiares demandantes: te cargan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los que llevan más tiempo: tiene más relación.</li> <li>- Es igual que con el paciente.</li> <li>- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo.</li> <li>- Relación cordial sin limitar sus funciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo mundo no reacciona igual.</li> <li>- Es más difícil llevar: hay que poner límites.</li> <li>- Familiares demandantes: te cargan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación más distante: prevención ante la reacción.</li> <li>- Está más atento a ellos que al paciente: necesitan más apoyo y el paciente no responde.</li> </ul>
ENFERMERO	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación cordial sin limitar sus funciones.</li> <li>- Le gusta hablar con la familia, sacarles dudas, explicarles cosas.</li> <li>- Buena convivencia para el bien del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El modo cómo asimilan la información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Te da más trabajo: ves el sufrimiento, afecta más.</li> <li>- Familiar de paciente joven: se implica más, le afecta más.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es igual que con el paciente.</li> <li>- Relación cordial sin limitar sus funciones.</li> <li>- Sin muchos vínculos para no cargarse emocionalmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo mundo no reacciona igual.</li> <li>- Dificultad en relacionarse y en la comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Está más atento a ellos que al paciente: necesitan más apoyo</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		- Relación profesional.		y el paciente no responde.
		- Tiene poco tiempo para el familiar: se dedica al paciente. - Con cuidado: porque son los que están más angustiados. - Los que llevan más tiempo: tiene más relación		
	<b>M. Interna</b>	- Relación profesional. - La familia también es su trabajo. - Buena convivencia para el bien del paciente.	- Todo mundo no reacciona igual. - No ve dificultad en la relación. - Familiar que exterioriza sus dificultades. - El modo cómo asimilan la información. - Es más difícil llevar: hay que poner límites. - Dificultad en relacionarse y en la comunicación.	- Se relaciona igual. - Te da más trabajo: ves el sufrimiento, afecta más. - Relación más distante: prevención ante la reacción.
<b>Digestivo</b>	- Los que llevan más tiempo: tiene más relación. - Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo. - Sin muchos vínculos para no cargarse emocionalmente. - La familia también es su trabajo. - Relación profesional. - Buena convivencia para el bien del paciente.	- Todo mundo no reacciona igual. - No ve dificultad en la relación. - Familiares demandantes: te cargan.	- Se relaciona igual. - Cambia un poco la relación: son más demandantes.	
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	- La familia también es su trabajo. - Atención cercana para que se sientan cómodos. - Los ayuda para que cuiden del paciente y para atender sus propias demandas. - Hay una cita para ellos.	- Todo mundo no reacciona igual. - No ve dificultad en la relación. - Familiar que exterioriza sus dificultades. - El modo cómo asimilan la información. - Familiares que no quieren que informen al paciente su diagnóstico.	- Se relaciona igual. - Se relaciona mejor, con más cuidado, paciencia, facilita más. - Te da más trabajo: ves el sufrimiento, afecta más.
	<b>Oncología</b>	- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo. - La familia también es su trabajo. - Se relaciona cuando le queda tiempo. - Buena convivencia para el bien del paciente.	- El modo cómo asimilan la información. - Falta de tiempo para dedicarles. - Familiares de pacientes en proceso de morir: te insisten y presionan más.	- Se relaciona igual. - Familiar de paciente joven: se implica más, le afecta más.

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre lo mantiene informado.</li> <li>- Hay una cita para ellos.</li> </ul>		
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es igual que con el paciente.</li> <li>- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo.</li> <li>- Con cuidado: porque son los que están más angustiados.</li> <li>- Relación cordial sin limitar sus funciones.</li> <li>- Siempre lo mantiene informado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No ve dificultad en la relación.</li> <li>- Falta de tiempo para dedicarles.</li> <li>- Familiares de pacientes en proceso de morir: te insisten y presionan más.</li> <li>- Familiares que no quieren que informen al paciente su diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona igual.</li> <li>- Se relaciona mejor, con más cuidado, paciencia, facilita más.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es igual que con el paciente.</li> <li>- Normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo.</li> <li>- Sin muchos vínculos para no cargarse emocionalmente.</li> <li>- Relación profesional.</li> <li>- Siempre lo mantiene informado.</li> <li>- La familia es un apoyo para el profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo mundo no reacciona igual.</li> <li>- El modo cómo asimilan la información.</li> <li>- Es más difícil llevar: hay que poner límites.</li> <li>- Familiares demandantes: te cargan.</li> <li>- Familiares que no quieren que informen al paciente su diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relaciona mejor, con más cuidado, paciencia, facilita más.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	REACCIONES	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> <li>- Lo desarrolla antes de que se muera: facilita más.</li> <li>- Intenta que sea lo menos escandaloso posible: para el bien de los demás.</li> <li>- Familiares con más afinidad: les da un beso, un abrazo, el pésame.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- No sabe cómo reaccionar: qué hacer, qué decir, cómo afrontar.</li> <li>- Piensa que va a descansar.</li> <li>- Procura no demostrar ningún sentimiento que afecte negativamente al paciente: angustia, inseguridad, nervios, lloro.</li> <li>- Intenta dejar libre la habitación: más intimidad.</li> <li>- Espero que no me toque a mí: que no se muera con el profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Reacción de la familia: le cuesta y afecta.</li> <li>- Se te pone un nudo en la garganta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muertes traumáticas, con dolor, sufrimiento, asfixia: impacta y afecta más.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Pacientes que se mueren solos, sin familia: es más difícil, ira, pena.</li> <li>- Sentimientos explícitos: muerte de pacientes jóvenes.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> <li>- Paciente que lo llevas, que hubo más roce: es más difícil amortajar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Sigue para adelante.</li> <li>- Pensamiento: que se vayan, para que no estén sufriendo.</li> <li>- Espero que no me toque a mí: que no se muera con el profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Injusticia.</li> <li>- Reacción de la familia: le</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

				cuesta y afecta. - Impotencia.	
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tila, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Intenta que sea lo menos escandaloso posible: para el bien de los demás.</li> <li>- Paciente que lo llevas, que hubo más roce: es más difícil amortajar.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Es difícil de asimilar.</li> <li>- Se excluye de la situación: negación.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que uno tiene que morirse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Injusticia.</li> <li>- Impotencia.</li> <li>- Reacción de la familia: le cuesta y afecta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> </ul>	
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tila, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> <li>- Paciente que lo llevas, que hubo más roce: es más difícil amortajar.</li> <li>- Es muy fría la cosa: tienes mucho que hacer, estás siempre corriendo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Hacerse fuerte.</li> <li>- No sabe cómo reaccionar: qué hacer, qué decir, cómo afrontar.</li> <li>- Pensamiento: que se vayan, para que no estén sufriendo.</li> <li>- Espero que no me toque a mí: que no se muera con el profesional.</li> <li>- Sentimientos explícitos: al hablar de pacientes sin curación.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que uno tiene que morirse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Ganas de llorar delante del paciente y familiar.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Injusticia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Pacientes que se mueren solos, sin familia: es más difícil, ira, pena.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

<b>ENFERMERO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Es un momento raro: decir los procedimientos técnicos.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> <li>- Intenta que sea lo menos escandaloso posible: para el bien de los demás.</li> <li>- Familiares con más afinidad: les da un beso, un abrazo, el pésame.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Lo tiene asumido: hace parte del todo.</li> <li>- Espero que no me toque a mí: que no se muera con el profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Ganas de llorar delante del paciente y familiar.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Injusticia.</li> <li>- Reacción de la familia: le cuesta y afecta.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Pacientes que se mueren solos, sin familia: es más difícil, ira, pena.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Es un momento raro: decir los procedimientos técnicos.</li> <li>- Realiza apenas los procedimientos técnicos.</li> <li>- Deja un tiempo para que proceda la despedida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Piensa que va a descansar.</li> <li>- Cambia el chip: si no puede salvar, puede aliviar.</li> <li>- Debe de ser muy bien tratado para no llegar a un ensañamiento terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Impotencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Encarnizamiento terapéutico: le supera, afecta.</li> <li>- Muerte sin condiciones confortables: es un fracaso.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		- Lo desarrolla antes de que se muera: facilita más.			
<b>M. Interna</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Amortajar: es papel de los auxiliares.</li> <li>- Realiza apenas los procedimientos técnicos.</li> <li>- Intenta que sea lo menos escandaloso posible: para el bien de los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Hacerse fuerte.</li> <li>- Es difícil de asimilar.</li> <li>- Se excluye de la situación: negación.</li> <li>- No sabe cómo reaccionar: qué hacer, qué decir, cómo afrontar.</li> <li>- Lo tiene asumido: hace parte del todo.</li> <li>- Debe de ser muy bien tratado para no llegar a un enañamiento terapéutico.</li> <li>- Procura no demostrar ningún sentimiento que afecte negativamente el paciente: angustia, inseguridad, nervios, lloro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Ganas de llorar delante del paciente y familiar.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Injusticia.</li> <li>- Impotencia.</li> <li>- Reacción de la familia: le cuesta y afecta.</li> <li>- Se te pone un nudo en la garganta.</li> <li>- Siempre te toca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muertes traumáticas, con dolor, sufrimiento, asfixia: impacta y afecta más.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Encarnizamiento terapéutico: le supera, afecta.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Es un momento raro: decir los procedimientos técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Sigue para adelante.</li> <li>- No sabe cómo reaccionar: qué hacer, qué decir, cómo afrontar.</li> <li>- Cambia el chip: si no puede salvar, puede aliviar.</li> <li>- Procura no demostrar ningún sentimiento que afecte negativamente el paciente: angustia, inseguridad, nervios, lloro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Ganas de llorar delante del paciente y familiar.</li> <li>- Alivio diferente: pues lo ves sufrir.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Frustración.</li> <li>- Injusticia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muertes traumáticas, con dolor, sufrimiento, asfixia: impacta y afecta más.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Pacientes que se mueren solos, sin</li> </ul>

**(Cont.) Tala 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas**

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espero que no me toque a mí: que no se muera con el profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Culpabilidad, remordimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>familia: es más difícil, ira, pena.</li> </ul>
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia: una tita, escucharles, uso del teléfono.</li> <li>- Lo desarrolla antes: intenta que los pacientes sean remitidos a la unidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Sigue para adelante.</li> <li>- Lo tiene asumido: hace parte del todo.</li> <li>- Procura no demostrar ningún sentimiento que afecte negativamente el paciente: angustia, inseguridad, nervios, lloro.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que uno tiene que morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Malestar, tristeza: pues pensaba que podía manejar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en Paliativos y Oncología: se lleva mejor que en otros servicios.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Se excluye de la situación: negación.</li> <li>- Procura no demostrar ningún sentimiento que afecte negativamente el paciente: angustia, inseguridad, nervios, lloro.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que uno tiene que morir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un sufrimiento: te cuesta, te afecta, te da pena, pasas mal, tristeza.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Frustración.</li> <li>- Injusticia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte por patología maligna, sin condiciones de tratamiento: no hay frustración.</li> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de pacientes que reingresan, que llevan más tiempo: te afecta emocionalmente.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Lo tiene asumido: hace parte del todo.</li> <li>- Cambia el chip: si no puede salvar, puede aliviar.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre te viene a la cabeza.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Soy humano, me afecta.</li> <li>- Malestar, tristeza: pues pensaba que podía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte por patología maligna, sin condiciones de tratamiento: no hay frustración.</li> <li>- Muerte de paciente con condición de</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

			uno tiene que morirse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manejar.</li> <li>- Culpabilidad, remordimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tratar: frustración, fracaso.</li> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza apenas los procedimientos técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que sufra el paciente.</li> <li>- Ponerse en el rol del paciente.</li> <li>- Con el trabajo, se asume más que uno tiene que morirse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganas de llorar delante del paciente y familiar.</li> <li>- Siente ganas de llorar y llora.</li> <li>- Impotencia.</li> <li>- Malestar, tristeza: pues pensaba que podía manejar.</li> <li>- Se te pone un nudo en la garganta.</li> <li>- Siempre te toca.</li> <li>- Culpabilidad, remordimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte no esperada: peor.</li> <li>- Muerte en proceso, paciente se deteriorando: ya aceptas mejor.</li> <li>- Muerte por patología maligna, sin condiciones de tratamiento: no hay frustración.</li> <li>- Muerte de paciente con condición de tratar: frustración, fracaso.</li> <li>- Muerte de un paciente joven: afecta más, es más duro.</li> <li>- Muerte de paciente con más conexión, empatía: duele más.</li> <li>- Muerte en Paliativos y Oncología: se lleva mejor que en otros servicios.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		RECURSOS Y ESTRATEGIAS	RECURSOS PUNTUALES	TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Quedarse con el positivo.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Sobre la muerte: prefiere pensar que estamos aislados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar: entre una habitación y otra, entre un paciente y otro.</li> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> <li>- En casos de muerte: prefiere no llevar sólo el paciente.</li> <li>- Piensa que trata a un paciente normal, no terminal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho que hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo se valora más la vida personal.</li> <li>- Con el tiempo se va endureciendo, ve de manera más fría.</li> <li>- Con el tiempo se aprende a separar: poner barrera.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: "es parte del trabajo".</li> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Controlar el emocional.</li> <li>- Sobre la muerte: prefiere pensar que estamos aislados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar: entre una habitación y otra, entre un paciente y otro.</li> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> <li>- Piensa que trata a un paciente normal, no terminal.</li> <li>- En casos de muerte: no tener roce con el familiar.</li> <li>- Distanciamiento afectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho que hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Con el tiempo sufre, pero de otra manera: lo ve más natural.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo se aprende a separar: poner barrera.</li> <li>- Lleva poco tiempo: no tiene nada para afrontar.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Protección natural: escudo, coraza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hacer caso al familiar alterado: evitar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Mucho tiempo: te quemas mucho, se debería rotar de servicio.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

ENFERMERO		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llorar.</li> <li>- No tomar tan en serio: reír, ironizar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- Al principio comentaba con las personas, hoy ya no más.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer: uno ya se prepara.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Distanciamiento.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Controlar el emocional.</li> <li>- No tomar tan en serio: reír, ironizar.</li> <li>- Hacerse fría en el trabajo.</li> <li>- Ser optimista y pensar positivo.</li> <li>- Protección natural: escudo, coraza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar: entre una habitación y otra, entre un paciente y otro.</li> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> <li>- En casos de muerte: prefiere no llevar sólo el paciente.</li> <li>- Ignorar el emocional e seguir trabajando.</li> <li>- Pedir que se lo lleve un compañero.</li> <li>- Piensa en la vida: vivirla, disfrutarla.</li> <li>- El amortajar: no piensa en lo que hace, desconecta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Con el tiempo sufre, pero de otra manera: lo ve más natural.</li> <li>- Lleva mucho tiempo, pero hay veces que parece que no lleva mucho: se bloquea.</li> </ul>
	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Quedarse con el positivo.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Formación: cursos y lecturas.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> <li>- En casos de muerte: prefiere no llevar sólo el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Con el tiempo sufre, pero de otra manera: lo ve más natural.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucho tiempo: te quemas mucho, se debería rotar de servicio.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Antes se implicaba más: le afectaba más.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> <li>- Ahora no se implica emocionalmente: ya le hizo daño. Lleva mucho tiempo, pero hay veces que parece que no lleva mucho: se bloquea.</li> </ul>
<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Protección natural: escudo, coraza.</li> <li>- Autoprotección: no se implica demasiado.</li> <li>- Distanciamiento.</li> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Buena comunicación, empatía.</li> <li>- No tomar tan en serio: reír, ironizar.</li> <li>- Llorar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Poco tiempo de práctica profesional: afecta menos.</li> <li>- Antes se implicaba más: le afectaba más.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> <li>- Con el tiempo se aprende a separar: poner barrera.</li> <li>- Con el tiempo se va endureciendo, ve de manera más fría.</li> <li>- Con el tiempo se valora más la vida personal.</li> </ul>
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Formación: cursos y lecturas.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con el trabajo.</li> <li>- Desconectar: entre una habitación y otra, entre un paciente y otro.</li> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con el tiempo sufre, pero de otra manera: lo ve más natural.</li> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- Al principio comentaba con las personas, hoy ya no más.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llorar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Poco tiempo de práctica profesional: afecta menos.</li> <li>- Ahora: tolera menos y se impone más.</li> <li>- Con el tiempo se trabaja mejor, pero sufres, te afecta.</li> <li>- Antes se implicaba más: le afectaba más.</li> <li>- Con el tiempo se va endureciendo, ve de manera más fría.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Autoprotección: no se implica demasiado.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Controlar el emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con el trabajo.</li> <li>- Ignorar el emocional e seguir trabajando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Con el tiempo sufre, pero de otra manera: lo ve más natural.</li> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Ahora: tolera menos y se impone más.</li> <li>- Ahora no se implica emocionalmente: ya le hizo daño.</li> <li>- Lleva mucho tiempo, pero hay veces que parece que no lleva mucho: se bloquea.</li> </ul>
<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Formación: cursos y lecturas.</li> <li>- Autoprotección: no se implica demasiado.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de respiración, meditación, relajación.</li> <li>- Pedir que se lo lleve un compañero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Poco tiempo de práctica profesional: afecta menos.</li> <li>- Con el tiempo se trabaja mejor, pero sufres, te afecta.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<p>trabajo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los recursos usados no son conscientes: no sigue ningún método, plan estratégico.</li> <li>- Meterse en la rutina: tener un esquema. Búsqueda de ayuda psicológica.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con el tiempo te comunicas mejor.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> <li>- Con el tiempo se valora más la vida personal.</li> <li>- Lleva mucho tiempo, pero hay veces que parece que no lleva mucho: se bloquea.</li> <li>- Lleva poco tiempo: no tiene nada para afrontar.</li> <li>- Al principio tenía más miedo a la muerte.</li> </ul>
<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Protección natural: escudo, coraza.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Formación: cursos y lecturas.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Comunicar el diagnóstico y pronóstico.</li> <li>- Buena comunicación, empatía.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> <li>- Ser optimista y pensar positivo.</li> <li>- Despersonalizar.</li> <li>- Tomar decisiones colegiadas.</li> <li>- Búsqueda de ayuda psicológica.</li> <li>- Ser realista: tener los pies en la tierra.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Autoprotección: no se implica demasiado.</li> <li>- Distanciamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con el trabajo.</li> <li>- Desconectar: entre una habitación y otra, entre un paciente y otro.</li> <li>- Ejercicios de respiración, meditación, relajación.</li> <li>- Pedir que se lo lleve un compañero.</li> <li>- Piensa en la vida: vivirla, disfrutarla.</li> <li>- Apechuga y aguanta como puede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con la experiencia ya se sabe que no hay mucho que hacer: uno ya se prepara.</li> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Con el tiempo se trabaja mejor, pero sufres, te afecta.</li> <li>- Con el tiempo te comunicas mejor.</li> <li>- Antes se implicaba más: le afectaba más.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> <li>- Con el tiempo se va endureciendo, ve de manera más fría.</li> <li>- Al principio tenía más miedo a la muerte.</li> </ul>
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- No expresa y comparte los sentimientos.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Comunicar el diagnóstico y pronóstico.</li> <li>- Buena comunicación, empatía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con el trabajo.</li> <li>- Ignorar el emocional e seguir trabajando.</li> <li>- Distanciamiento afectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Con el tiempo se trabaja mejor, pero sufres, te afecta.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> <li>- Controlar el emocional.</li> <li>- Tomar decisiones colegiadas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con el tiempo te comunicas mejor.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvidar, desconectar, no pensar.</li> <li>- Compartir con compañeros.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Protección natural: escudo, coraza.</li> <li>- Vías de escapatoria: establecer un límite.</li> <li>- Autoprotección: no se implica demasiado.</li> <li>- Compartir con familiares y amigos cercanos.</li> <li>- Distanciamiento.</li> <li>- Comunicar el diagnóstico y pronóstico.</li> <li>- Tener clara cuál es su profesión: “es parte del trabajo”.</li> <li>- Tomar decisiones colegiadas.</li> <li>- Sobre la muerte: prefiere pensar que estamos aislados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con el trabajo.</li> <li>- Sale de la habitación e intenta mantenerse.</li> <li>- Ejercicios de respiración, meditación, relajación.</li> <li>- Pedir que se lo lleve un compañero.</li> <li>- Pensar en cosas agradables.</li> <li>- Apechuga y aguanta como puede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al principio era fatal: impactaba más, sufría más, se frustraba más, no quería ir a trabajar.</li> <li>- Con el tiempo se adapta, acostumbra, acomoda, ignora.</li> <li>- Al principio no tenía tácticas, el escudo: llevaba más cosas a casa.</li> <li>- El tiempo te influye a mejor en el trabajo: más experiencia, madurez, serenidad.</li> <li>- Con el tiempo: aprendes hasta donde puedes llegar.</li> <li>- Con el tiempo se trabaja mejor, pero sufres, te afecta.</li> <li>- Con el tiempo te comunicas mejor.</li> <li>- Ahora afronta mejor: sufre menos.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		PROPUESTAS DE MEJORA	ACCIONES Y APOYOS	PUNTOS POSITIVOS	VALORACIÓN DEL TEMA
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Alguien para trabajar el emocional.</li> <li>- Contratar personal.</li> <li>- Habitación individual.</li> <li>- Personal especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay psicólogo en el servicio: para pacientes y familiares.</li> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- Hay tres psicólogos en la planta: para pacientes y familiares (Hospital A).</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> <li>- Ya hubo reunión con psicólogo: puntualmente.</li> <li>- Ya hubo sesiones de relajación (Hospital A).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen un buen equipo.</li> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- Hay reconocimiento por parte de los pacientes y familiares.</li> <li>- Los médicos de paliativos tienen una calidad humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parece bien hablar del tema: es algo que es verdad, es el día a día.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Curso con más frecuencia antes de adquirir la forma de actuar.</li> <li>- Preparación para actuar con familiares de pacientes terminales.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> <li>- Alguien para trabajar el emocional.</li> <li>- Más tiempo.</li> <li>- Personal especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay psicólogos pero no para todos los pacientes (Hospital A).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parece bien hablar del tema: es algo que es verdad, es el día a día.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Formación más subjetiva para los sanitarios.</li> <li>- Preparación para actuar con familiares de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- Parece bien hablar del tema:</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

		<p>pacientes terminales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratar personal.</li> <li>- Personal especializado</li> </ul>			<p>es algo que es verdad, es el día a día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> <li>- Es un tema difícil.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Curso con más frecuencia antes de adquirir la forma de actuar.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen un buen equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> <li>- Es un tema difícil.</li> </ul>
<b>ENFERMERO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Curso con más frecuencia antes de adquirir la forma de actuar.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Alguien para trabajar el emocional.</li> <li>- Contratar personal.</li> <li>- Más días libres para desconectar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay psicólogo en el servicio: para pacientes y familiares.</li> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- Hay tres psicólogos en la planta: para pacientes y familiares (Hospital A).</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> <li>- Ya hubo reunión con psicólogo: puntualmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen un buen equipo.</li> <li>- Hay reconocimiento por parte de los pacientes y familiares.</li> <li>- Están bien organizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- Se debería hablar más sobre el tema.</li> <li>- Parece bien hablar del tema: es algo que es verdad, es el día a día.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Formación más subjetiva para los sanitarios.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- En el hospital hay un psico oncólogo para el paciente (Hospital A).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen un buen equipo.</li> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicólogos para los profesionales, pacientes y familiares.</li> <li>- Más tiempo.</li> <li>- Contratar personal.</li> <li>- Actuación médica de inmediato.</li> <li>- Ayuda para el profesional, paciente y familiar.</li> </ul>			
<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Trabajo multidisciplinar.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales, pacientes y familiares.</li> <li>- Habitación individual.</li> <li>- Espacio físico para la despedida.</li> <li>- Más días libres para desconectar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> <li>- Hay reconocimiento por parte de los pacientes y familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablar del tema y sentimientos, cuesta.</li> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- A los médicos les falta asumir.</li> </ul>
<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Curso con más frecuencia antes de adquirir la forma de actuar.</li> <li>- Formación más subjetiva para los sanitarios.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales, pacientes y familiares.</li> <li>- Alguien para trabajar el emocional.</li> <li>- Contratar personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- Es un tema difícil.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

<b>MÉDICO</b>	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Trabajo multidisciplinar.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Implantar la asignatura obligatoria de paliativos para médicos y enfermeros.</li> <li>- Formación continuada en paliativos.</li> <li>- Investigar en paliativos: enfermos que no se curen.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por la presión asistencial no se puede hacer nada.</li> <li>- Hay psicólogo en el servicio: para pacientes y familiares.</li> <li>- Hay tres psicólogos en la planta: para pacientes y familiares (Hospital A).</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> <li>- Tienen reunión multidisciplinar.</li> <li>- En la unidad están incorporando más profesionales(Hospital A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen un buen equipo.</li> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parece bien hablar del tema: es algo que es verdad, es el día a día.</li> <li>- La sociedad no acepta la muerte.</li> <li>- Agradecimiento por desarrollar la investigación en este tema.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Formación más subjetiva para los sanitarios.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Más tiempo.</li> <li>- Contratar personal.</li> <li>- Valoración del trabajo del oncólogo.</li> <li>- Ayuda para el profesional, paciente y familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay psicólogo en el servicio: para pacientes y familiares.</li> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> <li>- No tienen comunicación interpersonal en el servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gusta el trabajo, lo que hace.</li> <li>- El trabajo le hace valorar la vida.</li> <li>- La unidad de paliativos les ha ayudado mucho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> <li>- La sociedad no acepta la muerte.</li> <li>- Agradecimiento por desarrollar la investigación en este tema.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Formación más subjetiva para los sanitarios.</li> <li>- Los residentes deberían rotar por paliativos.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogos para el personal.</li> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La sociedad no acepta la muerte.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.1. Matriz descriptiva de las entrevistas

	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación en la carrera.</li> <li>- Preparación a parte de la carrera: talleres, cursillos, charlas.</li> <li>- Curso con más frecuencia antes de adquirir la forma de actuar.</li> <li>- Implantar la asignatura obligatoria de paliativos para médicos y enfermeros.</li> <li>- Psicólogos para los profesionales: con frecuencia y al alcance.</li> <li>- Psicólogos para pacientes y familiares: ayudaría el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay ayuda para el personal.</li> <li>- No tienen comunicación interpersonal en el servicio.</li> <li>- En el hospital hay un psico oncólogo para el paciente (Hospital A).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablar del tema y sentimientos, cuesta.</li> <li>- No se habla del tema dentro del hospital.</li> <li>- Se debería hablar más sobre el tema.</li> <li>- No es común hablar sobre el tema.</li> </ul>
--	------------------	--	---	--	---

#### 4. 1. 2 Discurso narrativo: entrevistas

Se recogen las opiniones más destacadas de los distintos entrevistados, y se estructuran a partir de ocho dimensiones y sus respectivas categorías. Esta narración descriptiva incorpora fragmentos de las transcripciones de las entrevistas, extraídos de las transcripciones originales presentes en el programa *Atlas.ti*. El reconocimiento y localización de estos fragmentos en el programa informático emplea los siguientes criterios: **(P. EX. I:T)**

- **P**, indica el número de *documento primario*;

- **E**, se refiere a la *entrevista*; **X**, es referente al tipo de *participante* (EAP = entrevista auxiliar paliativos, EAO = entrevista auxiliar oncología, EAMI = entrevista auxiliar medicina interna, EAD = entrevista auxiliar digestivo; EEP = entrevista enfermero paliativos, EEO = entrevista enfermero oncología, EEMI = entrevista enfermero medicina interna, EED = entrevista enfermero digestivo; EMP = entrevista médico paliativos, EMO = entrevista médico oncología, EMMI = entrevista médico medicina interna, EMD = entrevista médico digestivo);

- **I:T**, se refiere a las líneas que ocupa el *párrafo* ( I = inicio del párrafo; T = término del párrafo).

## DIMENSIÓN 1: PROBLEMAS

Las opiniones de los informantes sobre los problemas generales que aparecen en sus prácticas laborales nos parecen relevantes como modo de introducción al campo temático objeto de estudio.

Esta dimensión está formada por dos categorías: 1) Problemas organizacionales y 2) Problemas emocionales.

### 1) Problemas organizacionales

Sobre las respuestas de los profesionales sanitarios categorizadas como problemas organizacionales, los informantes de los distintos servicios coinciden en identificar la *alta carga de trabajo*, a partir de la gran cantidad de pacientes, el bajo número de personal, la dificultad de atención a los pacientes por falta de tiempo y alta carga asistencial; como se aprecia en sus discursos.

- (...) es la carga de trabajo, y eso claro, influye a la hora de tú atender el paciente, pues vas con mucha prisa, muy apurada y a veces no presta toda la atención que debieras. (P3.EAD. 2:2)

- (...) estás motorizada por el volumen de trabajo y puedes explicarle de una manera al familiar, no te puedes parar y explicarle y decirle tranquilamente las cosas. Entonces eso es la mayor dificultad que yo veo. (P27. EEMI. 2:2)

- (...) es la presión asistencial, ¿sabes? que es lo que te hace a veces muy difíciles el día a día pues a lo mejor el volumen de pacientes, el volumen de trabajo ¿no? (...) muchas veces estás ahí un poco acelerada y eso te hace a veces no tener tiempo ni para escuchar ¿me entiendes? para escuchar algunas cosas que él te quiera decir. (P46. EMD. 2:2)

Otra característica, dentro de esta categoría, citada por el auxiliar de enfermería y el enfermero, identifica la problemática de la *falta de privacidad en la habitación*, en concreto de los pacientes en proceso de morir, considerando que este

tipo de paciente y su familiar necesitan más intimidad en esos últimos momentos, como se puede apreciar en la cita siguiente:

*- La dificultad para mí siempre ha sido lo que es la habitación, ¿sabes? no tienes una habitación donde tengas a una persona que esté en esas fases, que puedas tener solita, cuidada, mimada, acompañada de su familia y tal. (P3. EAD. 3:3)*

A su vez, los enfermeros entrevistados de los distintos servicios, a excepción de los del servicio de cuidados paliativos, señalan problemáticas a nivel organizacional en relación al equipo médico, identificando que hay *poca presencia y apoyo* de los mismos, principalmente en el turno de tarde, tal y como se aprecia en la siguiente cita.

*- Tengo más dificultades a nivel burocrático, de lo que es el tema en sí de que necesitas el médico, que el médico esté cuando tal. (P17. EED. 3:3)*

Además, tanto el profesional de enfermería como el de medicina del servicio de cuidados paliativos encontraban dificultades en torno a la realización y el desarrollo del *trabajo en equipo*, como ilustra el siguiente pasaje:

*- No, la dificultad incluso muchas veces surge más dificultades por el tema del trabajo en equipo, es decir, por el trabajo junto con los compañeros, porque es muy difícil trabajar en equipo, que con las propias familias y los enfermos, porque te acostumbras a trabajar con los enfermos. (P43. EMP. 4:4)*

## **2) Problemas emocionales**

En esta categoría se identifican manifestaciones de los entrevistados referidos a los problemas que emergen en la práctica laboral, que de algún modo consideran que les afectan a nivel emocional y personal. La cuestión de la *alta carga de trabajo*

también aparece en esta categoría, en el sentido de ser generadora de estrés y ansiedad, caracterizada como una carga mental para los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, tal y como reflejan las siguientes expresiones:

- (...) estamos teniendo dificultades por compañeros que cogen baja que no se cubren y estamos sobrecargados. Entonces, ¿qué pasa con la sobrecarga? A nivel emocional terminamos hasta aquí. Y cualquier cosa nos afecta. (P23. EEMI. 2:2)

- No puedes dedicarle quince minutos, ni a esa persona y su familia. Eso sí, te sobrecarga. (...) Eso sobrecarga, te agotas emocionalmente porque tienes que ver a alguien y darles información (...). (P49. EMO. 2:2)

La relación con los familiares de los pacientes se plantea en esta categoría, asociada a relaciones con *familiares agresivos, demandantes y con un bajo nivel cultural*, como se aprecia en las citas de tres informantes en estos fragmentos:

- A veces también depende del tipo de la familia, ¿sabes? que a veces es un poquillo agresiva, pero procuras no discutir (...). (P14. EAP. 2:2)

- (...) son muy insistentes, tienes que ir a la hora que ellos digan, cuando ellos digan, y luego que también hay bajo nivel cultural y es difícil de llevarlos cualquier cosa sencilla, es muy mal. (P37. EMD. 4:4)

Otra característica citada por tres profesionales se refiere al tipo de paciente, en concreto, los que tienen una *mayor cercanía* y los *pacientes jóvenes*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- Los que les coges cariño y de repente hoy están y mañana no, son los que más te afectan. (P4. EAD. 2:2)

- Eso sí es un gran problema nuestro, que te vinculas mucho con un paciente y no sabes cuándo es un tope, ni un muro para no soler pasarlo. (P21. EED. 4:4)

- Y eso también depende de la persona, si es joven o no (...) eso es una de las cosas que así me ha dejado un poquito más marcada, ¿sabes? de persona joven que después le pasa algún tipo de cosa, lo ves morir. (P2. EAO. 3:3)

En la misma línea, los auxiliares de enfermería expresan tener mayor dificultad para *amortajar un paciente joven*, y señalan un cierto tipo de *asociación y reflejo con pacientes terminales jóvenes*. En las siguientes líneas se pueden apreciar tales características.

- *Sería una dificultad más personal, sobre todo cuando ves y tienes que amortajarlo, tienes que prepararlo. (P2. EAO. 3:3)*

- *Hombre, cuando vienen así a lo mejor gente joven, ¿sabes? le das vuelta a la cabeza, dices tú: contra, podía haber sido yo. Reflejas, una vez en verlo, en mi marido, gente cercana a uno, ¿no? cuando es gente joven. (P13. EAP. 2:2)*

Auxiliares de enfermería y enfermeros coinciden en identificar la presentación de problemas emocionales cuando manifiestan que *cada paciente y familiar tienen su modo de reaccionar*, lo que asocian con una dificultad para establecer una relación con todos ellos. Pero aquellos que *llevan mucho tiempo ingresados*, terminan por crear un vínculo mayor con el profesional, lo que puede influir a nivel emocional del profesional. Características que se revelan en los siguientes fragmentos:

- *(...) como cada paciente es un mundo, cada uno es distinto, me cuesta un poco interpretar realmente lo que sienten o eso. (P18. EEP. 2:2)*

- *Suelen llevar un mes, dos meses con nosotros, ya empieza ya a tocar vías a dentro, pues ya te relacionas más con ellos, con la familia, entonces ya empiezo ya a sentirme afectada. (P30. EEP. 2:2)*

En relación a los enfermeros que trabajan en el servicio de cuidados paliativos, servicio que presenta una mayor tasa de mortalidad, se identifica la problemática que afecta a nivel emocional, el hecho de que ocurran *muchos casos de muerte* en un corto plazo de tiempo, como cita el entrevistado a continuación:

- (...) no es lo mismo que se te mueran en una semana a lo mejor seis, siete pacientes, que no se te muera nadie. (P30. EEP. 3:3)

Otra cuestión dentro de esta categoría citada por los enfermeros, con excepción de los que trabajan en el servicio de cuidados paliativos, se refiere a la dificultad de *comunicación con los médicos*, tal y como se advierte en el pasaje siguiente:

- Hay veces que a lo mejor el médico te lo dice a las once y tú te ves poniéndole el infusor a las doce cuando imprimes el tratamiento. Porque te dice para poner un infusor pero no te dice la cantidad. (P27. EEMI. 2:2)

Los enfermeros juntamente con los médicos coinciden cuando relatan dificultades frente a *situaciones inesperadas*, tanto para el profesional como para el familiar del paciente, puesto que requieren una atención mayor, tal y como se puede apreciar en estos fragmentos:

- Otra historia es, cuando el paciente, a lo mejor, se pone inestable, se pone mal en un momento determinado, y no tienes al médico, o la familia no lo sabe o no lo acepta, entonces tienes un poco que tener mucho cuidado con las formas de decir las cosas, con lo que expones. (P20. EEO. 5:5)

- (...) la dificultad mía depende más si es algo inesperado, inesperado para la familia (...). (P37. EMD. 2:2)

Los profesionales de medicina citan también problemas de *comunicación* pero, en concreto, es relacionado a los pacientes y familiares. Según ellos, la problemática aparece debido a la distancia en los conocimientos entre profesionales y usuarios, así como a la creación de barreras en la comunicación que impiden relacionarse al profesional, tal y como se plasma en las siguientes expresiones:

- A veces nos encontramos dificultades porque hay una distancia importante en los conocimientos entre nosotros y los usuarios de ese sistema, (...) y ese escalón es uff (...) a veces requiere un trabajo y trabajar mucho, ¿no? (P45. EMMI. 2:2)

*- Quizás es la dificultad principal cuando el paciente hace una barrera y ahí existe una frustración, ¿no? quieres ayudar y no puedes. (P35. EMP. 2:2)*

Los médicos nombran, dentro de esta categoría, problemas propios del *sistema hospitalario*, considerándolo mecanizado y con estructuras rígidas de trabajo, que imposibilitan el desarrollo de un buen trabajo y una práctica humanística más relajada, tal y como se expresa en las siguientes citas.

*- (...) las dificultades son las estructuras del hospital, que te gustaría que un servicio de oncología ya del año 2011, no estuviese tan mecanizado detrás de una estructura de hospital, siendo todo eso una parte humanística más relajada, que fuese diferente, que lo ve el hospital, fuese más a favor de los pacientes, más que a favor de los trabajadores. (P33. EMO. 2:2)*

*- Yo creo que lo que más te afecta a veces son los problemas del sistema que impiden que tú hagas bien tú trabajo. (...) problemas de coordinación, las demoras de las pruebas, que el paciente a que no le puedas ayudar porque lo que tú pides no se realiza o se realiza muy tarde y entre ese tiempo el paciente se empeora. Yo creo que eso es lo que más me estresa, lo que más me preocupa, la coordinación entre los servicios (...). (P40. EMMI. 2:2)*

Otra cuestión señalada por el profesional se refiere a la dificultad de llegar a una *decisión sobre cuándo poner fin al tratamiento* del paciente. El médico que trabaja en el servicio de cuidados paliativos fue el único que no citó tal dificultad, hecho que parece coherente con el desarrollo de su trabajo en este servicio:

*- El saber cuándo tiene que pasar un enfermo, (...) que me cuesta un poco llegar a tomar la decisión de que: hasta aquí hemos llegado, ¿no? (P44. EMMI. 4:4)*

*- (...) cuándo decidimos el que hay que morir y el que no tiene que morir, eso es complicado, eso es de las cosas, quizás, que peor llevo yo, el decidir que en un momento dado ese señor que es terminal y eso ¿no? (P48. EMO. 24:24)*

En esta misma línea, se aprecia que los médicos del servicio de cuidados paliativos ponen de manifiesto la *remisión tardía* de los pacientes a esta unidad por

parte de médicos de otros servicios, aspecto identificado como fuente de dificultad para desarrollar su trabajo y prestar la atención necesaria al paciente.

- (...) *desgraciadamente el paciente ha sido remitido demasiado tarde a la unidad y no hemos tenido tiempo suficiente para trabajar con los pacientes, esa es la principal dificultad que yo diría. (P35. EMP. 2:2)*

## **DIMENSIÓN 2: CONCEPCIÓN DE LA MUERTE**

En esta dimensión sobre la conceptualización que los informantes poseen sobre la muerte, se plantean las siguientes categorías: 1) Fundamento personal; 2) Fundamento profesional y 3) La propia muerte.

### **1) Fundamento personal**

Dentro de esta categoría, los informantes - auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos – parecen coincidir en la concepción que construyen de la muerte cuando expresan que la muerte es *el final de algo* y comparten la *duda de si realmente hay algo más* después de la misma, tal y como ilustran los pasajes siguientes:

- *Sí, pues claro. Yo soy creyente, luego pasa que, tengo momentos que caigo, ¿no? como veo los pacientes, ¿sabes? tengo, creo en algo pero no sé si realmente hay algo o no. (P30. EEP. 29:29)*

- (...) *el final de algo y la duda de lo qué vendrá después. No sé. Siempre al estar en contacto tan a diario con la muerte es así que te planteas (...). (P36. EMP. 4:4)*

Aunque la idea anterior se subraya, tres informantes ponen de manifiesto la idea de la muerte como una *transcendencia a otro estado* y no la plantean como el final de la vida.

- *Para mí es pasar a la vida. Es un concepto personal, es personalmente. La muerte no termina, es seguir viviendo. (P11. EAO. 5:5)*

- *La muerte para mí no es el final, creo que hay otras cosas, no sé lo que es, pero creo que hay otras. No será que es a través de la reencarnación, no lo sé. Ahí tengo un poco de bloqueo, pero no creo que sea el final. No lo veo como un final de mi existencia. Concepto personal mío. (P30. EEP. 10:10)*

- *Desde una perspectiva personal, pues sí, pienso en una transcendencia de esta vida ¿no? (...) Sí que he creído en una realidad trascendente y es una reencarnación, podemos llamarlo así de algún espíritu (...) la finalización de un periodo más en un cuerpo que está muerto. (P45. EMMI. 4:4)*

A su vez, algunos auxiliares de enfermería expresan que la muerte *es el final* y *no hay vida después de ese momento*, tal y como se refleja a continuación:

- *Es el final del final, ya se acabó. Yo lo veo cada vez muy difícil que haya algo más. Creo que es el final y se acabó. Es un concepto de mí vida personal. (P8. EAMI. 7:7)*

Los auxiliares de enfermería y enfermeros coinciden en que la muerte es un *descanso* para quien se muere, sea el mismo un paciente o no. Característica que se aprecia en este fragmento:

- *Yo pienso que la muerte, si te tengo que dar un significado, como que es el descanso. ¿Sabes? que estamos en la vida, en la batalla, en la lucha y ya la muerte, es un descanso. (P13. EAP. 10:10)*

## **2) Fundamento profesional**

En lo que se refiere a esta categoría, los tres informantes coinciden al expresar que la muerte es un *descanso*, *un alivio* para el paciente considerando que éste deja de sufrir como se aprecia en los pasajes siguientes:

- *No, para mí la muerte es terminar con el sufrimiento aquí. Incluso a veces cuando les veo con esa agonía que no termina, yo interiormente, pido: por favor señor, llévatelo, que termine ya. (P11. EAO. 6:6)*

- *(...) la muerte la suelo vivir con bastante alivio, la vivo con bastante alivio, como el fin de una agonía. (P31. EED. 5:5)*

- *(...) aquí es un poco que se acabe, se ha ido el sufrimiento, lo ves de otra manera. (P38. EMD. 5:5)*

Los auxiliares de enfermería, enfermero y médicos ponen de manifiesto otra concepción de la muerte, que elaboran a partir de su experiencia laboral, cuando señalan que *es el final de la vida, un ciclo que se acaba y después ya no hay nada más*, tal y como se recoge en las citas siguientes:

- *(...) es un ciclo que vivimos, el ciclo se acaba, como todo se tiene que acabar y que después, después ya no hay nada. (P12. EAMI. 7:8)*

- *Para mí la muerte es el final de la vida, el terminar un proceso. (P22. EEP. 4:4)*

Otra concepción compartida por los tres informantes hace referencia a la consideración de que la muerte es un *proceso vital* que todos tienen que pasar, una fase más en la vida, considerándolo como un proceso normal.

- *Como enfermera, la muerte, bueno, la veo como un proceso, un paso, es parte de la vida, ¿sabe? que por ahí tienen que pasar. (P18. EEP. 4:4)*

- *(...) la he asimilado como una parte más de nuestro proceso vital, ¿no? (P45. EMMI. 16:16)*

Se aprecia que los informantes parecen diferenciar sus opiniones, cuando algunos enfermeros manifiestan que la muerte puede significar un *fracaso laboral para los profesionales de medicina*, tal y como ilustran en los pasajes.

- *Los médicos, este concepto todavía no lo tienen muy bien asumido porque para ellos es curar, y curar, y curar, y si no, es un fracaso ya para ellos, terapéutico ¿no? (P26. EEO. 21:21)*

- *Pero para ellos es como un fracaso. Yo creo que ellos lo ven como un fracaso: vamos hacer algo más. (P28. EEMI. 29:29)*

En la misma línea, un profesional de medicina parece confirmar el planteamiento dado por los enfermeros, cuando afirma que la muerte es un *fracaso laboral*, tal y como se refleja en la siguiente expresión:

- *Desde el punto de vista laboral, pues es el fin de relación entre el médico y el paciente. A mí me supone un disgusto, me supone a lo mejor un fracaso. (P47. EMD. 5:5)*

Para finalizar esta categoría, el grupo de médicos plantea diferencias en su concepción de muerte cuando la describe desde una visión más fisiológica, identificándola con la pérdida de funciones vitales, con la ausencia de actividad cerebral y la falta de funcionamiento de los órganos.

- *Bueno, la muerte es eso, el cese de las actividades vitales como de cualquier ser vivo, pienso que todos nacemos, aprendemos y vamos aprendiendo a lo largo de nuestra vida hasta que de alguna manera, por una causa o por otra, nuestra vida se apague, ¿no? (P42. EMP. 5:5)*

- *(...) desde el punto científico pues es lo que es ¿no? una ausencia de actividad cerebral y acompañado además de falta de los órganos. (P45. EMMI. 4:4)*

### **3) La propia muerte**

Al abordar la concepción de la muerte los entrevistados acaban por hacer referencia a su propia muerte, al morir, con los miedos y temores que eso genera y que caracteriza esta categoría.

Los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos parecen coincidir en sus respuestas en relación a la propia muerte. Se identifican respuestas parecidas cuando

los tres informantes opinan que acaban por *pensar en la propia muerte por lo que ven en el trabajo*, o sea, la actuación cotidiana en servicios con tasas de mortalidad significativas dirige a plantearse la muerte en términos personales, identificándose con su propia mortalidad y a plantearse el carácter finito de sus vidas.

- *Pero cuando tú lo estás viviendo aquí día a día, aquí es cuando donde te das cuenta que no somos nada, nada. (P11. EAO. 22:22)*

- *Sí, muchas veces. Por ver la muerte tan de cerca. (P31. EED. 26:26)*

- *Sí, sí. Lo pienso cada vez que doy una mala noticia. (P38. EMD. 6:6)*

Las opiniones de los informantes coinciden cuando señalan que con el discurrir del tiempo y *pasado los años de vida se dan cuenta que la muerte está más cerca* y pasan a pensar más en ella.

- *(...) yo creo que cuando vas pasando los años ya te va dando cuenta que tú también estás en la lista. Está claro y te puede tocar. Pero yo creo que hasta esos momentos como que no va contigo, como si te tocara de lejos, que a ti no te va a tocar nunca, cuando te puede tocar en cualquier momento. (P26. EEO. 11:11)*

Los tres diferentes entrevistados opinan que más que pensar en la muerte, *piensan en la propia vida* y en vivirla hoy, el día a día, tal y como ilustra el fragmento siguiente:

- *Yo pienso que, tienes que plantearte el día a día. Como que dices: disfrutas hoy que mañana no sabes si estarás aquí, o cosas así, simplemente ¿sabes? o vivir. (P1. EAO. 23:23)*

A su vez, otros entrevistados esbozan opiniones similares cuando relatan que no suelen pensar en la propia muerte y que es un tema que *no les gusta pensar*, tal y como se expresa en las siguientes citas.

- *A nivel personal pues no pienso en eso. La veo mucho aquí, y veo mucha gente que se muere y no voy a pensar en eso. Qué pienso: cuando me toque, me tocó, es que no puedo hacer nada, ¿qué voy a hacer? (P9. EAO. 6:6)*

- *Pero prefiero eso, no pensar en lo que es la muerte, por lo menos, aunque uno lo ve todos los días aquí. Eso es mejor para mí, para que yo pueda seguir con mi trabajo, exactamente. (P13. EAP. 9:9)*

- *No, sobre la mía no. No, en la verdad que no. Estamos un poco aisladas, o sea, estamos ya impermeabilizados de todo. (P37. EMD. 7:7)*

Al hablar de los sentimientos que genera la propia muerte, gran parte de los entrevistados expresan que *no tienen miedo* a la misma, tal y como se aprecia en estos fragmentos:

- *Pero a la muerte no la tengo miedo, ninguna. (P3. EAD. 5:5)*

- *Pero no me da miedo la muerte en sí. (P22. EEP. 5:5)*

Parece haber coincidencia entre la mayoría de los informantes en cuanto a los *miedos y temores* asociados a la muerte, relacionados con el morir y todo su proceso, y no con la muerte propiamente dicha. Tal realidad puede ser verificada en las citas siguientes:

- *(...) me da más miedo a sufrir o tener que depender de alguien, la dependencia. (P3. EAD. 7:7)*

- *No es miedo a morirme, sino lo que me da miedo es cómo voy a morir. (P18. EEP. 17:17)*

- *(...) si llegaras a esa situación, o incluso piensas: ojalá no sea así y sea algo súbito y brusco, vamos, ¿sabes? que sea algo agudo que te lleve por delante sin tener que pasar por el deterioro que algunas personas sufren. (P46. EMD. 8:8)*

Sin embargo, sólo tres informantes, uno de cada grupo, señalan que realmente sienten *miedo a la muerte* propiamente dicha, tal y como se aprecia en el siguiente pasaje:

- *Yo tengo muchísimo miedo a la muerte, o sea, al dolor y a la muerte tengo terror. (P32. EED. 7:7)*

Tres distintos informantes relatan sentir un cierto temor a la muerte, puesto que consideran que es un acontecimiento que *no quieren que llegue* pronto, sino cuando ya sean personas muy mayores.

- *(...) cómo le digo a mi marido: cuando seamos viejito. (P13. EAP. 30:30)*

- *Espero irme antes que mis hijos, y muy tarde. (P40. EMD. 23:23)*

En la misma línea, los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos tienen respuestas parecidas, principalmente cuando expresan sentimientos de miedo en relación a la propia muerte por el hecho de tener que *dejar a personas cercanas*, a seres queridos como el propio hijo. En los pasajes siguientes se ilustra esta idea.

- *Me da mucho miedo, sobre todo pensando lo que dejo, mis hijos. Y esto te afecta. (P5. EAP. 10:10)*

- *Quizás lo importante ahora es pensar que te vayas a algún día y si estás preparado. “Yo” estar preparado para ese momento y que mi mujer y mis hijos estén preparados. Yo trabajo más en eso. (P39. EMO. 9:9)*

Como resultados finales sobre las respuestas emocionales relacionadas con esta categoría, cabe resaltar que parece existir coincidencia entre los auxiliares de enfermería y enfermeros en cuanto a la *expresión de sus propios sentimientos*, en unas ocasiones sentimientos revelados durante la observación directa en el transcurrir de las entrevistas y no mediante expresiones verbales de los entrevistados, en otras ocasiones explicitadas verbalmente como se recoge en la siguiente cita:

- *(...) lloro. Procuero no pensar, claro. (P16. EAD. 25:25)*

### **DIMENSIÓN 3: FORMACIÓN**

Dentro de esta dimensión se identifican las respuestas de los entrevistados relacionadas con la formación, su influencia en el pensamiento construido sobre la muerte y el morir y en la propia actuación profesional.

Las respuestas están categorizadas en los siguientes aspectos: 1) Formación académica; 2) Dificultades y 3) Necesidades.

#### **1) Formación académica**

Todos los entrevistados - auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos - coinciden al afirmar que *no tuvieron una formación académica* específica para trabajar con pacientes en proceso de morir, terminales y la muerte. Tal realidad se aprecia en las siguientes citas:

- (...) cuando yo la hice y creo que es como ahora porque incluso ahora viene la gente y yo todavía las veo más verditas (...). (P13. EAP. 11:11)

- Yo creo que no. (...) a mí me da la impresión, por los que vienen aquí, cuando viene la gente joven, yo creo que no nos preparan, pero a nosotros ni los médicos. (P25. EEO. 12:12)

- No. Nada. Cero. No, no hubo ninguna asignatura, nadie te habla de eso, no, nada, cero. (P38. EMD. 7:7)

Al hablar de la formación que recibieron sobre estos temas durante la graduación, tres informantes la describen como una *formación teórica, general y básica*, e incluso durante las asignaturas prácticas se da mayor relevancia a la práctica de aspectos procedimentales, definiéndolas como prácticas de lo técnico.

- (...) te enseñan a hacer cuatro cosas y después te vienes aquí y haces a lo mejor durante una serie de semanas haces prácticas, estás viniendo aquí,

*pero aprendes más que nada hacer lo técnico, ¿sabes? lo físico, lo técnico, lo que aprendes, bañas, eso, lo otro, da de comer, no sé cuánto, temperatura, para arriba, para abajo, pero de resto no te enseñan. (P15. EAD. 5:5)*

*- La escuela te enseña sobre todo anatomía, fisiología, enfermería médica, enfermería quirúrgica, cuidados en enfermería (...) (P17. EED. 9:9)*

*- (...) rotabas en un hospital un mes, pero no, a nivel teórico, no te explican nada. (P34. EMP. 7:7)*

En la misma línea, distintos informantes confirman el tipo de formación técnica que recibieron al señalar que la misma no aborda la *faceta humana* del paciente y la relación entre el profesional y el paciente/familiar, tal y como se advierte en los fragmentos siguientes:

*- Yo entiendo que en la enfermería hay una faceta que eso no nos enseñan en la escuela, que es la faceta humana. (P17. EED. 9:9)*

*- Yo creo que es bastante flojo y sobretodo manejando aspectos emocionales de la relación médico-paciente. Yo creo que aquí, cero. (P47. EMD. 7:7)*

Los enfermeros y los médicos tienen opiniones aproximadas sobre la formación académica cuando citan que es una formación con el *objetivo de salvar vidas y curar* el paciente, sin plantearse la idea de muerte, ni del proceso que la acompaña.

*- (...) porque tenemos un concepto equivocado que tenemos que salvar vidas siempre y no asumimos la muerte como algo normal que tiene que ocurrir, de una manera o de otra, ¿no? (P26. EEO. 21:21)*

*- (...) nadie te ha formado realmente para asumir que ya está, que bueno, que uno tiene un límite como médico y que no es viable, que no puedes hacerlo todo, ¿no? Yo creo que en ese aspecto sí nos faltan formaciones, quizás ahí venga lo de la pregunta ¿en la carrera te forman para tal? no, en la carrera te forman para salvar vidas, no para dejar morir, ¿no? (P36. EMP. 22:22)*

*- (...) estamos educados para que se recupere la gente. Risas. Y malo educados en cuanto a llevar el proceso del morir, cuando es algo natural y sin embargo nosotros, de la formación de medicina, es sólo para curar, para mejorar, para que la gente sobreviva. (P41. EMMI. 14:14)*

Algunos de los enfermeros y médicos consideran, además, que el concepto de paciente terminal que construyen, durante la formación académica, se asocia a planteamientos de *abandono*, tal y como se observa en los siguientes fragmentos:

- (...) *hay otros servicios que un paciente terminal, cual sea su patología, el concepto terminal es como abandonarlos, eso sí que se ha visto. (P22. EEP. 9:9)*

- (...) *sobretudo aprender a no abandonar. (P42. EMP. 8:8)*

Los informantes médicos tienen opiniones singulares al citar que la formación académica y profesional les ayuda para *diagnosticar a un paciente y no para informarles* de una mala noticia, como sucede ante una enfermedad grave y/o la muerte.

- (...) *cómo dar información, de cómo sacar información, no se te preparan (...) es cero la formación en ese aspecto, ¿no? (P36. EMP. 7:7)*

- (...) *que se nos enseñan mucho a diagnosticar, pero, a cómo informar unas malas noticias, nunca se nos forman y eso te agota. (P49. EMO. 8:8)*

## 2) Dificultades

En relación con las dificultades expresadas por el tipo de formación académica recibida, los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos coinciden al afirmar que la *formación teórica muchas veces no es suficiente* en la práctica diaria, para atender pacientes en proceso de morir. Tal y como, se identifica en los pasajes siguientes:

- *Tú tienes mucha teoría, te lo pueden decir y sin embargo encontrarte en esa situación y quedarte parada y decir: ¿y ahora qué, qué hago? o no, no poder, hay gente que no. (P4. EAD. 7:7)*

*- Te pueden decir teoría, todo lo que tú quieras, pero no tiene nada que ver con la realidad que te encuentras después. (P26. EEO. 7:7)*

Los distintos informantes señalan la falta de una formación de carácter más subjetiva para trabajar con pacientes en proceso de morir, e identifican que lo que *aprenden en la práctica* diaria en el hospital, es “a fuerza de palos”, como expresan distintos informantes en las siguientes citas:

*- (...) nosotros a lo mejor hemos aprendido pues a fuerza de palos, ¿no? como se dice aquí, ¿no? a fuerza de costumbres pues has ido adquiriendo tus hábitos (P15. EAD. 21:21)*

*- (...) la formación ha sido en el trabajo diario, pues ver gente, gente, gente morir. (P18. EEP. 5:5)*

*- (...) a base de la experiencia. Nadie me dio un curso específico de cómo dar malas noticias, o cómo, no. Simplemente tú veías a tus mayores, por así decirlo, y escogías la forma que considerabas más acorde de tu personalidad para dar una noticia u otra ¿no? (P40. EMMI. 7:7)*

Al empezar la actuación profesional en hospitales algunos informantes, como los auxiliares de enfermería y médicos, señalan en esta fase la vivencia de sentimientos con un cierto *impacto*, que asocian a la falta de formación académica específica en relación a la atención de los pacientes en proceso de morir. Los mismos, señalan que las dificultades encontradas giraban en torno a cuestiones tales como: no sabían qué hacer, cómo amortajar, cómo informar, cómo dar malas noticias, e incluso por desconocimiento de las características generales de los pacientes del servicio en el que empezaron a trabajar. Los fragmentos siguientes son algunos ejemplos:

*- (...) todas nos hacíamos la misma pregunta: ¿qué hacemos, qué medidas tomamos, qué le decimos a los familiares? Nos vemos bloqueadas. (P5. EAP. 12:12)*

*- Lo tenemos muy mal cuando salimos, porque no sabemos, no nos enseñan. Nadie nos lo enseña. (P.33. EMO. 21:21)*

Aunque la idea anterior se subraya, también se resalta que las dificultades por el tipo de formación académica persisten durante la práctica profesional de auxiliares de enfermería y enfermeros. Por ejemplo, relatan, *dificultad en actuar* cuando el paciente expresa sus sentimientos y no saber cómo actuar ante casos de muerte inminente. En las citas siguientes se ilustra esta realidad:

*- (...) yo pienso que a veces me falta un poco de Psicología en ese sentido, de preparación, para uno saber actuar en esos momentos. (P2. EAO. 15:15)*

*- Lo de contestar, en un momento dado, que ellos te preguntan, o si te echan a llorar y tú no sabes ni a veces lo que contestar. (P19. EEO. 7:7)*

### 3) Necesidades

En esta categoría se encuentran respuestas referentes a las necesidades encontradas por los entrevistados relacionadas con su formación. Principalmente, como fue señalada por gran parte de los informantes, en todos los servicios, con una *preparación y orientación para trabajar con pacientes en proceso de morir*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

*- Sí, yo creo que sí. Yo creo que la necesitamos, porque yo creo que prácticamente a todos los que estamos aquí. (P15. EAD. 6:6)*

*- Sí, creo que es importante. Para que no evites ese tipo de situaciones, porque realmente tienes que estar en estos momentos, no puedes evitar, dejar de atender al paciente en ese momento. (P20. EEO. 10:10)*

*- Que queden las cosas muy claras y eso pues, en la carrera no nos han dicho nada, pero yo veo que sería muy recomendable, que hubiese una asignatura o algo (...). (P38. EMD. 8:8)*

En la misma línea, muchos informantes, en casi todos los servicios, relatan la necesidad de una *enseñanza más subjetiva*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- *Debería haber alguna parte de Psicología que nos enseñara un poco a afrontar estos temas. (P3. EAD. 9:9)*

- *Un poquito sí que nos vendría bien, sobretudo de Psicología. (P24. EEMI. 12:12)*

- *Es fundamental, ¿no? que haya una asignatura de abordaje con el paciente, (...) del paciente como persona, no como enfermo, ¿no? (P36. EMP. 7:7)*

Las opiniones de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos coinciden también, cuando relacionan la necesidad de formación *con la búsqueda de una formación distinta* de la recibida por ellos durante su formación previa, como se aprecia en las siguientes manifestaciones:.

- *Luego tú, con los cursos que hay por ahí, te informas y entonces pues, entiendes mejor lo que es la muerte. (P16. EAD. 7:7)*

- *Yo creo que es más con la práctica y con los cursos que he hecho a parte, que fue más por motivación personal mía. La facultad, ¡no! (P20. EEO. 9:9)*

- *Post graduado sí, claro. Me he preocupado yo (...) intentar formarme, ¿no? pero post graduado, en la licenciatura cero, cero. (P35. EMP. 8:8)*

Por último, tanto auxiliares de enfermería, como enfermeros citan ejemplos de acciones que consideran importantes para cubrir lagunas existentes en la formación académica previa, como por ejemplo, *especializarse o realizar prácticas en la unidad de paliativos*, tal y como se puede observar en las siguientes citas:

- *(...) debería de haber, como ramas específicas pues, pues el auxiliar de enfermería en urgencia, el auxiliar de enfermería en cuidados paliativos. (P13. EAP. 11:11)*

- *Que deberían estar, las especialidades que pretenden sacar ya, que las saquen y bueno, yo creo que vendríamos mejor preparadas. (P26. EEO. 8:8)*

- *(...) particularmente pienso que es necesario tener contacto con unidad de cuidados paliativos. (P27. EEMI. 9:9)*

#### **DIMENSIÓN 4: RELACIÓN CON EL PACIENTE**

Esta dimensión recoge las opiniones de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos sobre la relación con los pacientes a su cuidado: cómo identifican que es esta relación con los pacientes terminales y los aspectos que influyen en la misma.

Las respuestas fueron organizadas atendiendo a las siguientes categorías: 1) Relación emocional; 2) Relación profesional; 3) Relación con pacientes terminales; 4) Papel profesional y 5) Características del paciente.

##### **1) Relación emocional**

En esta categoría se ilustran las respuestas de los entrevistados sobre la relación establecida con los pacientes, caracterizada por ser una relación basada en vínculos más cercanos y afectivos.

Casi en exclusividad del servicio de cuidados paliativos, algunos entrevistados, incluidos los profesionales médicos, expresan opiniones similares relatando desarrollar una *atención más humana* con sus pacientes, atención que incorpora aspectos tales como, tocarles la mano, llamarles por su nombre, establecer una escucha más cercana, entre otros, como se aprecia en los fragmentos siguientes:

- *A principio cuando llegan, pues, me presento, hablamos, les hago preguntas (...). Intento hacer que el paciente no sienta ese temor, ese miedo, porque vienen asustados. (P6. EAP. 7:7)*

- *Yo me dirijo a mis pacientes por su nombre, yo no digo 902, y eso se usa. Yo siempre antes de afrontar mi trabajo (...) siempre voy a hablar con los pacientes. (P17. EED. 9:9)*

- *(...) siempre teniendo esta predisposición a la escucha. (P42. EMP. 10:10)*

En la misma línea, algunos los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos de cuidados paliativos, afirman que en ciertas ocasiones acaban por establecer una relación más estrecha con sus pacientes, generándose incluso, una *dependencia emocional*, tal y como se puede observar en las siguientes expresiones:

- *Siempre hay algún paciente, que a lo mejor que no sepa de su problema, no te habla, lo que sea, pero aún así, claro, le coges cariño. (P3. EAD. 11:11)*

- *Sí, el roce va, emocionalmente, sí. Todo el contacto va, sentimentalmente influye. O sea, aunque no te metas de lleno, pero sí simpatizas. (P27. EEMI. 16:16)*

- *Yo creo que con algunos sí, depende de las necesidades de cada paciente. (P36. EMP. 12:12)*

En general, los distintos informantes expresan opiniones similares en lo que se refiere al establecimiento de vínculos más estrechos, señalando que algunas veces, *suelen pasar la línea del profesional, aunque afirman no querer que eso ocurra* porque les afecta a nivel emocional, como revelan los siguientes párrafos.

- *Aunque no quieras te involucras un poquito, lo suficiente como para interesarte y dolerte. (4. EAD. 9:9)*

- *Es que es muy difícil separar tu vida laboral del resto de tu vida. Si trabajara con máquinas y ni eso. (P21. EED. 19:19)*

- *Evidentemente hay paciente como te explicaba al principio, que de alguna manera pues el tiempo que estás aquí estableces una relación con el enfermo y su familia, y como somos humanos, los médicos, aparte de ser médico, somos personas humanas. (P42. EMP. 13:13)*

En opinión de algunos de los entrevistados, establecen vínculos más estrechos con sus pacientes dependiendo de ciertos factores identificados.

En general, los auxiliares de enfermería, con excepción de los que trabajan en la unidad de cuidados paliativos, afirman que el tipo de relación emocional que establecen está en función de si es un *paciente más receptivo*:

- *Exacto, porque dependiendo del paciente a lo mejor tienes más feeling, ¿sabes? porque te lo permite el mismo paciente. (P7. EAMI. 16:16)*

Los auxiliares de enfermería y enfermeros también, resaltan que construir un vínculo más estrecho dependerá de si son *pacientes que llevan más tiempo ingresados*:

- *Terminas estableciendo inevitablemente un vínculo y nos ha pasado. Pacientes que hemos tenido aquí, cinco, veinte, un mes, dos meses, tres meses, se termina muriendo y todo el mundo llorando. (P23. EEMI. 10:10)*

En general los médicos resaltan que el tipo de relación establecida depende si el *paciente es joven*:

- *Depende de los pacientes, ¿no? hay pacientes que, con los más jóvenes a lo mejor uno tiende a establecer una relación más estrecha (...). (P41. EMMI. 16:16)*

En síntesis, se aprecian algunas respuestas que ilustran ejemplos del establecimiento de una relación con el paciente más emocional, tal y como recogen en los párrafos siguientes.

Algunos de los informantes señalan que para dar una mejor atención al paciente, algunas veces suelen *estar más tiempo en el trabajo*, que el horario establecido.

- *Me da igual que yo tenga que trabajar más o que no tenga tiempo, o que no puedo o lo que sea, me da igual, pero el paciente yo pienso que tiene que estar comfortable. (P15. EAD. 3:3)*

- *Pero sí que es evidente, muchos pacientes cogen más de tu horario. Sí, que en alguna guardia me haya desplazado a algún domicilio, sí. Risas. Sí. (P36. EMP. 12:12)*

En general, auxiliares y enfermeros manifiestan que *intentan desarrollar las mejores prácticas posibles* para el paciente, independiente si es un paciente en proceso de morir o no.

- *El tiempo que esté aquí por lo menos que, intentar que lo pase un poquito mejor. (P9. EAO. 12:12)*

- *Yo para mí, desde que entre en el hospital, si tenga un proceso ya que va a acabar en muerte o no, su estancia hospitalaria tiene que ser lo mejor posible. (P17. EED. 12:12)*

En algunas citas de enfermeros, se puede ver la importancia que dan a la *comunicación con el paciente*, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

- *Yo hablo con ellos, aunque no me digan nada les pregunto si están bien, si tienen dolor. Hay muchos pacientes que a lo mejor no quieren molestar y tú dices eso, que no, que te llamen para lo que quiera y tal. (P18. EEP. 7:7)*

Los enfermeros y médicos coinciden en sus opiniones en relación al desarrollo de una *actitud más cercana* con los pacientes a su cuidado, acompañándolos, tal y como podemos apreciar en los siguientes fragmentos:

- *Mi contacto generalmente suele ser directo, llano pero sin poquedad, o sea, suelo usar mucho el tuteo, (...) que para mí me acerca más al paciente, procuro tener una actitud cercana, porque enfermería está las 24 horas del día con el paciente. (P23. EEMI. 8:8)*

- *Que se sienta más segura de lo que se hace, que se hace bien, se hace con seguridad, la información que se le da es verdad, y ella misma va a manejando esa información. (P39. EMO. 19:19)*

Al mismo tiempo, en general algunos enfermeros y médicos, coinciden al señalar que intentan *ver a sus pacientes como personas* y no como pacientes, tal y como se advierte en los fragmentos siguientes:

- *Lo tratamos no como un paciente - médico, enfermera y tal. Sino paciente, ¿sabes? (P21. EED. 4:4)*

- *(...) intentas verlo como una persona, por supuesto ¿no? no como un síntoma ¿no? (P41. EMMI. 10:10)*

A su vez, algunos médicos, en concreto los de la unidad de paliativos y medicina interna, son los únicos informantes que señalan que se relacionan con los pacientes con vistas al todo, o sea, una *visión global* de la persona.

- *Yo me intereso por ellos y me gusta saber su entorno social, cómo están, cómo se sienten, ¿no? que yo los veo globalmente (...) (P41. EMMI. 10:10)*

## 2) Relación profesional

Esta categoría comprende las respuestas de los distintos informantes sobre la relación que establecen con los pacientes, relacionada con la aplicación de los cuidados más técnicos de la profesión, sin llegar a establecer un vínculo más afectivo y cercano.

Los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos expresan opiniones muy similares al describir que establecen con el paciente una *relación profesional sin involucrarse afectivamente* de manera que no les genere ningún tipo de daño emocional, tal y como se expresa en las citas siguientes:

- *Hombre, intento ser la más profesional que se pueda, y que no me afecte, demasiado. (P12. EAMI. 13:13)*

- *No, yo intento establecer una relación profesional, sin involucrarme a nivel afectivo. (P22. EEP. 11:11)*

- *Marco la distancia y establezco una relación estricta médico-paciente. Yo creo que el paciente no debe ser amigo del médico. (P47. EMD. 8:8)*

En la misma línea, los distintos informantes, caracterizan la relación con el paciente como *cordial, respetuosa, educada y profesional*, tal y como se puede observar a continuación:

- *Yo con los familiares intimo igual que con el paciente, le hablo a ellos igual, lo que es la misma conversación, pero no más allá del profesional. (P4. EAD. 16:16)*

- *Mi relación con ellos es una relación profesional (...). (P28. EEMI. 10:10)*

- *Es cordial, en la mayoría de las veces (...). (P48. EMO. 10:10)*

Entre los tres tipos de informantes parece existir coincidencia en cuanto a la conveniencia de *no pasar de la línea de lo profesional* a una relación con el paciente más personal, aunque algunos reconocen que es fácil traspasar esta línea, tal y como ilustran los siguientes pasajes:

- *Siempre hay alguno que, bueno, que se te vienen a la cabeza, porque a lo mejor lo has visto sufrir más, te ha dado más penita, y entonces pues a lo mejor esos recuerdos te lo llevas a lo mejor. Pero procuro, vamos, desconectar y se acabó. (P12. EAMI. 13:13)*

- *(...) se puede implicar pero hasta un límite, que es muy difícil conseguir ese límite, porque hay veces que se te escapa. (P26. EEO. 9:9)*

- *(...) tú al enfermo como tal lo ves diez minutos y después el resto son sus cosas, su historia del enfermo, pero la relación personal no hay tanta. (P40. EMMI. 12:12)*

Algunos de los distintos informantes parecen confirmar el establecimiento de una relación profesional con el paciente una vez que reconocen que la relación y un

*vínculo más emocional con el paciente pueden significar un error, puesto que afecta más a nivel emocional.*

- (...) cuando pasas más tiempo con el paciente, si tienes más amistad, en un momento te afecta más. (P1. EAO. 27:27)

- Una relación más nivel emocional no. No me implico. Porque es un queme. El error más grande. (P26. EEO. 9:9)

- No. El disgusto me lo llevo igual, pero no, no me implico. (...) intento marcar la distancia, sobre todo si llegar a un fracaso. (P47. EMD. 8:9)

Podemos ver en algunas citas de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, que se relacionan con los pacientes del modo más *normal y ameno posible* en relación a la enfermedad, como por ejemplo, sin hablar de la enfermedad, ni de muerte.

- Yo pongo como que no les pasa nada. Yo estoy con ellos siempre de broma. (P9. EAO. 10:10)

- Nunca, la palabra cáncer, de mi boca nunca sale. Y nada, intentas hacer lo más ameno posible todo y si tengo que hacerle alguna técnica o algo, pues hacerlo todo más ameno y mejor posible. (P29. EEP. 9:9)

- Dentro de lo malo que sea lo más natural posible. (P39. EMO. 19:19)

Algunos auxiliares de enfermería describen que en la relación con el paciente mantienen *conversaciones, pero, en general, cuando hacen la labor técnica*, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

- (...) pero las mañanas sí, siempre en el baño y esto, siempre hablamos. (P13. EAP. 16:16)

- El único tiempo que tienes es para atenderles en el baño, en el desayuno, hablarles normal (...). Pero no se habla de tema de la muerte, ni nada. (P7. EAMI. 11:11)

Los auxiliares de enfermería y médicos, en concreto en dos de las entrevistas, parecen coincidir sus opiniones cuando relatan que por la *falta de tiempo* no pueden establecer una relación a parte de la profesional, tal y como se ilustra a continuación:

- (...) cuando estás más con el corre, corre, te dedicas un poco menos, porque no dispones de mucho tiempo. (P16. EAD. 10:10)

- (...) dedicas más a la parte orgánica que a la parte espiritual, ¿no? (...) Pero la sobrecarga de trabajo a veces nos impide esa relación, mantener esa relación. Eso realmente no es disculpa, pero bueno, es así, la realidad es así. (P33. EMO. 9:9)

Por último, se percibe en algunas entrevistas de auxiliares de enfermería y médicos que intentan establecer una relación más cercana dependiendo del *carácter del paciente*, pero al final acaban por relacionarse profesionalmente.

- Yo generalmente soy bastante abierta con el paciente, pero siempre depende si el paciente está receptivo o no, ¿no? depende también del carácter del paciente. (P15. EAD. 8:8)

- Depende de lo que sea, pero en general, si veo que las personas son normales, me gusta ser cercano. (P40. EMMI. 8:8)

### **3) Relación con pacientes terminales**

En esta categoría identificamos las respuestas de los entrevistados referentes a la atención a pacientes terminales, si hay o no la presencia de dificultades, y cómo es la relación.

Gran parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, de todos los distintos servicios, parecen coincidir sus respuestas cuando relatan que *no ven dificultades* en la relación con pacientes terminales, tal y como se puede comprobar en las siguientes citas.

- *Dificultad al atenderlos, ninguna. (...) Es parte de mi trabajo y de todas maneras alguien tiene que hacer esa labor, digo yo. (P12. EAMI. 6:6)*

- *Pero que no, que yo normalmente los pacientes así en estado terminal no te dan ningún problema. (P24. EEMI. 5:5)*

- *No, no, para nada. (P42. EMP. 4:4)*

Entre los distintos informantes, parece existir coincidencia en las opiniones cuando muchos de ellos citan que en la relación con pacientes terminales puede ser gratificante puesto que *se aprende mucho con ellos*, y al final acaban valorando más la propia vida.

- *A mí personalmente me ayuda a valorar lo que tengo. (P4. EAD. 2:2)*

- *Pero yo creo que sales con más ganas de vivir, con más ¿sabes? como que, hay que aprovechar el tiempo. (P32. EED. 21:21)*

- *(...) a lo mejor incluso me influye de forma positiva porque como estás a diario dándote cuenta de que eso no es para siempre y tal, pues un poco intentas disfrutar ¿no? (P46. EMD. 7:7)*

Los diferentes entrevistados, tienen opiniones aproximadas también cuando relatan que en su relación con pacientes terminales *se relacionan igual que con otros pacientes*, o sea, consideran que no cambia la forma de relación por el hecho de que el paciente sea terminal, recordando las muchas ocasiones en que los cuidados técnicos sí son diferentes.

- *Los trato igual y les hablo igual, aunque no me escuchen, yo pienso que sí me escuchan. (P4. EAD. 10:10)*

- *Yo, la relación que tengo con los pacientes, con todos es igual, (...) tanto los que están sedados, si están para fallecer, como los que no. (P17. EED. 14:14)*

- *(...) no por ser un enfermo terminal lo trato de mejor manera o de peor manera, que se fuera un enfermo que se espera curar, para nada. (P42. EMP. 14:14)*

Aunque la idea anterior se pone de relieve nuevamente, algunos de los diferentes entrevistados manifiestan que sí cambia el modo de relación con el paciente, en el sentido de que la *atención es más facilitada*, los atienden con más cuidado y toman medidas de protección. A modo de ejemplo ilustramos las citas siguientes:

- *Hombre, cambia un poquito en el sentido mismo, porque, porque me da más pena, (...) otro paciente que a lo mejor yo le podría decir: no, esto es así, esto no es así, a lo mejor a esa persona yo se lo permitiría todo, por supuesto. (P12. EAMI. 12:12)*

- *(...) intentas facilitárselo todo. (P29. EEP. 10:10)*

- *Hombre, los tratas con más cuidado también. (...) se les atiende antes y no sé, se respeta también un poco su decisión de hablar, no hablar (...) (P37. EMD. 12:12)*

En la misma línea, se encuentran algunos relatos de auxiliares de enfermería y médicos que plantean diferencias en su relación con los pacientes terminales en el sentido de que tienen más *cuidado en la comunicación*, sin hablar del morir.

- *(...) la mayoría de los pacientes que tienen un proceso cancerígeno, digamos, pues normalmente no lo suelen saber. (...) yo intento tratarlos igual. Porque entiendo que si no lo saben no tienen porque sospechar de mi comportamiento digamos, que lo sepan pues porque alguien se lo dice o porque se lo digan claramente, vamos. (P15. EAD. 9:9)*

- *(...) quizás la conversación es más parca en palabras, porque claro, casi cualquier cosa ven relaciones con la muerte. (P47. EMD. 11:11)*

En los relatos de tres médicos de oncología, podemos ver que su relación con pacientes terminales, sí difiere de la relación que establecen con los demás pacientes, cuando citan que en estos casos, sí suelen *acompañar* a sus pacientes en la unidad de cuidados paliativos, tal y como se ilustra en el pasaje siguiente:

*- Tienes que hacer una transición, (...) aunque tú no estés con paliativos (...) en colaboración con la familia, haces una transición programada, progresiva, y que el paciente no se sienta abandonado. (P33. EMO. 10:10)*

Dos médicos, en concreto uno de medicina interna y el otro de digestivo, relatan que su relación con el paciente terminal es distinta de la de los demás pacientes, puesto que suelen hacer un análisis con *más cuidado y pausado*, convirtiéndose en una relación más atenta.

*- Hombre, estarte parado un poquito más en el tiempo, ver las cosas de forma pausada, te queda bien sentarte como estamos ahora en un sitio tranquilo. (P44. EMMI. 13:13)*

*- ¿Sabes? que no, a lo mejor, no tratas igual (...) ya te vuelves un poquillo, a lo mejor pararte un poco más. Y te vuelves ahí un poquillo más atenta, como más solícita ¿no? (P46. EMD. 14:14)*

Otros auxiliares de enfermería y enfermeros parecen coincidir cuando citan que debido al estado del paciente, y su situación terminal, suelen establecer una *relación más pasiva*, sin entrar mucho en la habitación o incluso identifican que suelen estar más con el familiar, que con el propio paciente terminal.

*- (...) estás ahí más bien en la relación atendiendo con el familiar que siempre están. (P3. EAD. 13:13)*

*- Entonces intento entrar en la habitación lo menos posible. (...) mi actuación es más pasiva, intento dejarle más intimidad. (P27. EEMI. 12:12)*

A partir de ese momento, dentro de esta categoría, abordaremos las respuestas de los entrevistados relacionadas a las dificultades y limitaciones en su relación con los pacientes terminales.

Algunos auxiliares de enfermería y médicos presentan respuestas parecidas al señalar que la dificultad en la relación aparece cuando el paciente terminal pasa por un *largo proceso hasta la muerte*, lo que entendemos por el proceso de morir.

- *La dificultad es cuando un paciente pasa por todo eso y nosotros nos vamos conociendo, ¿sabe? que te angustia. (P5. EAP. 5:5)*

- *(...) pacientes que llevan años con nosotros, pues ya les tienes cariño, son cariños diferentes, no es la relación médico-paciente, sino incluso hay algo más con nosotros. (...) Y claro, cuando esto pasa muchos años y luego llegar a la hora de que ya no hay soluciones, pues sí nos afecta. (P48. EMO. 5:5)*

A su vez, algunos enfermeros y médicos señalan que la dificultad aparece si el paciente *manifiesta dolor* o, por otro lado, si el *familiar no tiene información* sobre el estado del paciente, tal y como se puede observar en estos fragmentos:

- *El estrés, la dificultad que a mí me puede ocasionar, está relacionada con el que el paciente está bien atendido por parte de medicación. (...) si ya está bien cubierto en el tema de dolor y si la familia ya está bien informada, si esos dos campos están bien cubiertos yo no tengo ningún tipo de dificultad a la hora de llevar el paciente. (P20. EEO. 5:5)*

Dos relatos, de enfermero y médico de digestivo, identifican dificultades en el trabajo con pacientes terminales al describir que el trabajo con este tipo de paciente *no es uno de los más agradables*, tal y como podemos ver a continuación en las siguientes citas:

- *No es nada agradable, porque a nadie le gusta a trabajar con pacientes terminales, creo yo. (P21. EED. 6:6)*

- *(...) es más agradable el trabajo en pacientes que ¿sabes? Por qué responden al tratamiento. (P46. EMD. 5:5)*

En la misma línea de dificultades encontradas en el manejo con pacientes terminales, podemos encontrar opiniones más singulares como ejemplo, dos médicos de paliativos citan, que la dificultad la encuentran en tener que *abordar el todo*, no solamente la enfermedad.

- *Quizás la dificultad está en que tienes que abordarlo todo, ¿no? ya no sólo la enfermedad en sí, las molestias que tenga el propio paciente, sino cómo*

*está llevando él su enfermedad, cómo lleva la enfermedad su familia y cómo está influyendo en el resto del ambiente, ¿no? (P36. EMP. 3:3)*

Otros médicos, con excepción de paliativos, citan como dificultad, en este sentido, *informar de malas noticias*, como por ejemplo la muerte:

*- No es fácil para el que lo dice, ni fácil para el que lo recibe (...) (P38. EMD. 6:6)*

*- (...) para mí difícil es trasmitírselo. (P39. EMO. 15:15)*

Algunos médicos, de servicios distintos a paliativos, también señalan como dificultades en el abordaje al paciente terminal el hecho de determinar *cuándo parar el tratamiento*, el momento de no incorporar más medidas terapéuticas y esperar la muerte del paciente.

*- Y en planta, en la sala, lo que siempre me ha costado más es decidir cuándo dejar de hacer, ¿vale? (...) hasta donde hay que ser agresivo, ¿no? Muchas veces eso es lo que más me ha costado. (P40. EMMI. 4:4)*

*- Pues eso es lo que peor llevo. Porque a veces digo: yo no soy Dios para decir que tiene que morir a una persona. Eso es complicado. (P48. EMO. 24:24)*

En particular, tres médicos de digestivos señalan que la dificultad con estos pacientes se encuentra en *aceptar la situación* de que el paciente realmente es terminal y que se va a morir.

*- (...) pero aún así es difícil decir: pues mira, ya no se puede hacer nada (...) es duro aceptarlo. (P38. EMD. 3:3)*

Por último, señala dos tipos de relación con pacientes terminales citadas por algunos entrevistados y que, curiosamente, coinciden con respuestas de la dimensión sobre recursos y estrategias utilizadas, la cual será abordada más adelante.

Al relacionarse con ese tipo de paciente, o sea, paciente terminal, algunos profesionales de enfermería y médicos, señalan que tienen el “*chip puesto*” de que no se puede hacer nada más por el paciente, tal y como se expresa en la siguiente cita:

- (...) *tengo al margen ahí que son pacientes terminales que se me pueden morir en cinco, diez minutos o mañana, pasado. Y bueno, ya voy con un chip de que voy a cuidar un paciente que es terminal. (P30. EEP. 21:21)*

- *Bueno, el que tiene que cambiar un poco la mentalidad en este momento eres tú, ir poco a poco. (P33. EMO. 10:10)*

En la misma línea, se recoge la opinión de un informante, en concreto, auxiliar de enfermería de digestivo, que parece indicar cierta dificultad en su relación con pacientes terminales, *manteniéndose al margen* en algunos casos.

- *Pacientes implicados emocionalmente y que ya no tienen curación: me relaciono bien, pero suelo marcar un poquito, no suelo acercarme tanto. Si yo veo que voy a sufrir, si veo que me va a dolor, me mantengo al margen. (P4. EAD. 11:11)*

#### **4) Papel profesional**

Se puede encontrar en esta categoría las respuestas de los entrevistados referentes al rol profesional y organizacional que desarrollan y que se entiende en cierto modo, que interfieren en su relación con los pacientes a su cuidado.

En primer lugar se exponen los resultados relacionados con el papel profesional de los entrevistados, atendiendo a los relatos citados por ellos mismos.

Los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, presentan opiniones muy parecidas cuando relatan que los auxiliares y enfermeros que son los *profesionales que se vinculan más* con los pacientes debido al papel profesional que desempeñan.

- (...) *el médico es el que menos está con el paciente. El auxiliar y el enfermero están más.* (P.7. EAMI. 16:16)

- *El médico pasa un ratito, se marcha. (...) El resto de las 23 horas y media que dura el día, el vínculo que tiene es la enfermería.* (P23. EEMI. 8:8)

- *Quizás las enfermeras y las auxiliares tienen vínculos o tienen por lo menos periodos de contacto mayores a los nuestros como consecuencia, ¿no? ya depende de cada profesional lo que se implica, ¿no?* (P45. EMMI. 11:11)

Entre los auxiliares de enfermería y enfermeros también parece existir coincidencia en las respuestas cuando relatan que entre los dos profesionales, el *auxiliar de enfermería es el que tiene más relación* con el paciente, tal y como podemos verificar en las siguientes citas:

- *Yo creo que el auxiliar de enfermería tiene más relación con el paciente que mismo el enfermero. Nosotras somos más, tenemos más contacto.* (P8. EAMI. 9:9)

- *Y que los auxiliares también pasan mucho rato con ellos, porque los bañan, les pasan la comida, yo creo que en contacto con el paciente, están más. Porque pasan al día, tres o cuatro veces por la habitación, nosotros solemos pasar una, y si son autónomos y poca cosa: hola qué tal, y a veces ni eso.* (P32. EED. 15:15)

Los auxiliares y enfermeros reconocen que su papel profesional se caracteriza por la función de cuidador y técnico, pero algunos de ellos creen que el trabajo del *auxiliar de enfermería es más de cuidador*, mientras que, el trabajo del *enfermero es más de desarrollar procedimientos técnicos*. En las citas siguientes se ejemplifica tales opiniones.

- *El trabajo de enfermería es más técnico que el de auxiliar. (P10. EAMI. 13:13)*

- *El auxiliar más en cuidados básicos, en la ayuda de actividad de la vida diaria, el baño, el comer, más de cuidador. (P24. EEMI. 7:7)*

Aunque la idea anterior se subraya, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros reconocen que el trabajo del enfermero es muchas veces *multifuncional*, o sea, consideran tener que desarrollar diversas tareas, tal y como se percibe en este fragmento:

- *Hacemos un poco de todo. Risas. Es verdad, somos técnicas, pero también hacemos un papel de educadora y cuidador. (P30. EEP. 19:19)*

Los auxiliares de enfermería y enfermeros presentan opiniones diversas en lo que se refiere a la labor profesional de técnico y cuidador que tienen que desarrollar en la práctica con los pacientes. En las próximas líneas, presentamos las respuestas emitidas a esta temática.

Una gran parte de los auxiliares de enfermería y enfermeros consideran los roles de *técnico y cuidador enlazados*, los desarrollan compaginados entre sí o llevados a la práctica en conjunto entre los distintos compañeros:

- *Son papeles diferentes pero que van unidos. (P10. EAMI. 13:13)*

- *Es verdad que hay momentos que tienes que parar a lo mejor una conversación porque te demanda otro paciente. Pero un poco intentamos repartirnos. Está un poco enlazado. (P22. EEP. 10:10)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros manifiestan que entre realizar la tarea de técnico o de cuidador, normalmente suelen encargarse *primero del paciente* que requiere cuidado.

- *Hombre, cuando puedes apoyar un paciente a lo mejor en ese momento pasa del otro y el otro se arreglará, lo de los papeles si no se hacen hoy, se hacen mañana. (P1. EAO. 12:12)*

- *Porque si el paciente está llorando y lo está pasando mal, a lo mejor no tienes ningún momento pero dices: vengo ya. Eso, para mí, es prioritario a poner un tratamiento que puede esperar cinco, diez minutos. (P28. EEMI. 14:14)*

Por otro lado, algunos auxiliares de enfermería señalan *dificultades en compaginar* las tareas de técnico y cuidador, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Porque a veces desordena, no podemos adaptarlo todo, ¿sabes? intentamos siempre adaptarlo todo, para que no se quede nada en el aire. (P16. EAD. 15:15)*

- *Es difícil de compaginar las dos, porque además, al final de cada turno las cosas tienen que estar hechas, tú no puedes dejar las tareas para el turno siguiente. Eso generaría estrés o más, quizás. (P20. EEO. 14:14)*

Ante la dificultad de compaginar el papel de técnico y de cuidador, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros relatan que acaban por *priorizar el trabajo técnico*, tal y como se deja entrever en estos pasajes:

- *Yo creo que estás tan acostumbrada, llevas tanto tiempo que ni se quiera te das cuenta, ¿entiendes? Normalmente no tienes tiempo de que te cuente sus cosas, de que llore, de que no sé cuánto, entonces, normalmente, y te soy sincera, le das prioridad al trabajo técnico. (P15. EAD. 14:14)*

- *Hay veces pues que tienes un poquito de hueco y lo que haces es que aprovechas y te metes más al papeleo. (P27. EEMI. 17:17)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros coinciden en sus opiniones al señalar que habitualmente hay una *gran cantidad de trabajo*, y concretan que por último, si les da tiempo, suelen apoyar el paciente.

- *Yo la relación que tengo con ellos, con los pacientes, es que cuando terminamos, yo soy de las que me quedo fuera, me pongo por fuera, doy una vuelta y tal, me pongo a hablar con los pacientes. (P8. EAMI. 15:15)*

- *Es complicado, porque a veces tienes un paciente que a lo a mejor está terminal y tienes que parar y siempre estar al lado de él, pues ¡hombre no! tienes que hacer mucho más trabajo con todos los pacientes, tienes que hacer tus historias. (P19. EEO. 8:8)*

Nuevamente algunos auxiliares y enfermeros parecen coincidir en sus opiniones, cuando relatan dificultades en compaginar el papel de técnico y cuidador, pero resaltando, que el tipo de organización en el *turno matutino permite atender más a los pacientes*, pues hay más apoyo y más profesionales.

- *(...) sobre todo en las tardes y noches, se te lía la tarde si se te mueren dos o tres a la vez, o tienes ingresos y tal y te ves a veces apurada en que quieres atenderlos a todos bien y no puedes, ¿no? (P13. EAP. 15:15)*

- *Yo creo que el estar una tarde o una noche que el médico no esté presencial, sino tenemos que localizarlo, que a lo mejor está en cualquiera otra parte del hospital y que te tarda, todo eso también te ves tú ahí como que tú eres el parapeto durante más tiempo. (P27. EEMI. 23:23)*

De modo más singular, en las respuestas de los auxiliares de enfermería y enfermeros del servicio de oncología y digestivo, parece existir coincidencia cuando relatan que *no tienen tiempo* para acudir a una demanda más subjetiva, identificando una de las dificultades para desarrollar el papel de cuidador.

- *Hay veces que no hay tiempo realmente, a veces no te da tiempo de cuidar de un paciente que está llorando. (P1. EAO. 12:12)*

- *(...) hoy, desgraciadamente, por el tiempo, establecer esa relación de cuidado, lo que es estar con el paciente, te queda muy poco. (P20. EEO. 14:14)*

En las respuestas de un auxiliar de enfermería y un enfermero, se observa que ante la necesidad de atender aspectos técnicos o de cuidado, habitualmente *van a lo grave*, tal y como se puede comprobar a continuación:

- *Si hay un paciente grave, por ejemplo, la prioridad la lleva él. Y cuando ya tenemos todo controlado y tal, ya volvemos otra vez al trabajo, y el paciente que esté chillando o un familiar, lo que sea, volvemos a tratar. (P8. EAMI. 18:18)*

- *A no ser que esté en una parada, lo demás puede esperar. (P28. EEMI. 14:14)*

En el servicio de medicina interna y digestivo, dos auxiliares de enfermería, expresan su dificultad para desarrollar el papel de técnico y cuidador, dando a entender que *la tarea de cuidador no siempre consigue hacer parte del trabajo.*

- *(...) es que no puedes hacerles nada. ¿Qué le haces tú por estar ahí? ¿Le vas a calmar el dolor? Todo lo que sea posible para disminuirle lo que es aliviarla físicamente que yo se lo pueda hacer, bien. Cuando ya es una cosa que ya escapa a mí, ya no. Es que es duro, es difícil. (P4. EAD. 12:12)*

- *(...) yo sé que muchas veces somos el paño de lágrima de los familiares. Pero tampoco vas a ser tan eso y decir: no, este es mi trabajo, esto es lo que me toca y ya está, se murió y punto. No. (P10. EAMI. 9:9)*

Los diferentes entrevistados abordan, además, dentro de esta categoría, una cuestión específica de los servicios de oncología y cuidados paliativos, y plantean que para trabajar en estos servicios es necesario por parte del profesional, una *formación no sólo profesional, sino también, humana.* En las citas a continuación se pueden verificar estas opiniones:

- *Es dura y fuerte, no todo el mundo, pienso yo, que puede trabajar con enfermos oncológicos. (P11. EAO. 23:23)*

- *Tampoco todo mundo sirve para, por lo menos en cuidados paliativos, todo mundo no puede estar ahí, que no tienen una formación, un determinado carácter. (P32. EED. 10:10)*

- *(...) para realizar este trabajo tenemos primero que estar realmente preparados, profesional y humanamente. (P42. EMP. 3:3)*

De manera similar, los distintos entrevistados que trabajan en la unidad de cuidados paliativos, ponen el acento en que en esta unidad el profesional que trabaja

es, en general, *más flexible* con los pacientes, por lo que la relación que establece es mayor:

- *Aquí corremos para dar a la familia, para el paciente, lo que necesite, si no tenemos, nos buscamos la vida como sea para que este paciente esté lo más cómodo posible, que su familia esté lo más cómoda posible. (P5. EAP. 15:15)*

- *(...) hay gente ahí fuera que no entiende, ¿sabes? Aquí es una planta diferente, somos un poquito más flexibles que en otros. (P30. EEP. 2:2)*

- *(...) en paliativos en general, somos bastante abiertos y bastantes flexibles en ese sentido, o sea, me refiero que no somos como la imagen antigua del médico de: mira, aquí vengo hablarlo sólo de la enfermedad y punto, y no me cuentas si estás triste o no, o si le afecta o no, ¿no? (P36. EMP. 8:8)*

Para finalizar la exposición de las respuestas de los entrevistados dentro de esta categoría, se destaca la opinión de los médicos de los cuatro servicios estudiados, que exponen como parte de papel profesional, *ayudar al buen morir* del paciente a su cuidado, tal y como podemos observar en los siguientes pasajes:

- *Creo que aquí hay que ayudar al buen morir a la gente y para eso estamos aquí, es parte de mi especialidad e intentar hacer lo mejor posible. (P33. EMO. 5:5)*

- *(...) si el paciente, ya no le podemos hacer nada, pues hay que ayudarlo en lo que sea posible, que el proceso de morir sea digno, entre comillas. (P38. EMD. 3:3)*

## **5) Características del paciente**

En esta categoría se aborda las respuestas de los entrevistados, relativas a las características de los pacientes que, según ellos, influyen de alguna manera, en la relación establecida con los pacientes a su cuidado.

En gran parte de los relatos de los informantes de todos los servicios, se observa que la relación con *pacientes jóvenes* supone para ellos, una mayor carga emocional, tal y como se expone a continuación:

- *Dependiendo del paciente que es, si es un paciente joven, lo que te decía, nos da más tristeza, más pena. Porque no sé, uno se dice: ay, qué pena que se ha ido, la vida estaba empezando para él o para ella (...). (P11. EAO. 15:15)*

- *(...) es una carga importante para la planta por lo emocionalmente que es, (...) porque es una chica joven, nos demanda, con un montón de patologías y esas cosas más, nos van cargando. (P28. EEMI. 10:10)*

- *Lo vives muy distinto, ya te digo, pacientes jóvenes, con enfermedades graves, y aquí eso veo yo mucho menos y para mí es mejor. Porque ahí, yo reconozco, que te afecta. Risas. (P41. EMMI. 31:31)*

En la misma línea, una parte de los distintos informantes que poseen hijos, señalan que a nivel emocional, les puede costar más establecer relación con los pacientes jóvenes, por el hecho de que a veces *asocian el paciente enfermo, con el propio hijo*. Tal y como, se puede observar en los siguientes fragmentos:

- *Hombre, claro que influye la edad, porque pienso, yo tengo un hijo de 12 años también, y te lo piensas, y ¡uff! Se me cae el mundo encima. (P9. EAO. 12:12)*

- *Siempre terminas pensando un poco en tus hijos, ¿no? (P23. EEMI. 16:16)*

- *Yo por ejemplo he tenido pacientes niños, jóvenes, quince, dieciséis años, diecisiete años, que me han afectado en la medida de que, están teniendo la edad de mis hijos (...). (P39. EMO. 14:14)*

Los distintos informantes subrayan las ideas anteriores y añaden, que ante la enfermedad y la muerte de los *pacientes mayores* puede haber mayor implicación emocional en la relación que establecen, y lo justifican a partir de la consideración de ésta, cómo una parte más de la vida y se acepta más.

- Si tú pones uno de 80 años, ¡oye! que ya ha vivido 80 años. (P9. EAO. 12:12)

- No es lo mismo una persona con ochenta años, con una neo de páncreas ya en deterioro, tú dices bueno, ¡ya está! (P17. EED. 6:6)

- Sin embargo la gente mayor, (...) que llega un momento que, bueno, si no se va a los 80, se va a los 90. (P44. EMMI. 7:7)

Hasta aquí, en esta categoría, una vez más, parecen coincidir las respuestas de los informantes de distintos servicios. En esta ocasión, referido a los *pacientes con mucho tiempo de ingreso*, señalando esta característica como la causa que les lleva, hasta cierto punto, a mantener una mayor relación con ellos:

- Tiene contacto con el paciente porque es un paciente que pasa mucho tiempo, y mismo que sea cinco minutos, mañana otros cinco, así tienes más contactos con ellos. (P1. EAO. 9:9)

- (...) ya llevas un cierto trato con ellos, conoces sus enfermedades, conoces a los familiares, puedes llevar un poco mejor conociéndolos...hasta un cierto punto también. (P19. EEO. 21:21)

- (...) pero sí, tienen unos cirróticos que van y vienen, a esa gente se le tiene más relación, ¿no?(...) ya los conoces a fondo porque van y vienen. (P37. EMD. 13:13)

En opinión de algunos auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, en concreto del servicio de cuidados *paliativos y oncología*, mucha gente no consigue trabajar con los pacientes característicos de estos servicios, debido a la gravedad de las patologías que presentan y a elevado número de casos de muerte:

- Y de hecho nosotras hemos tenido compañeras y compañeros que se han tenido que ir porque psicológicamente no lo han aguantado (...). (P11. EAO. 22:22)

- Porque hay mucha gente que no desconecta. Porque yo sé que tengo compañeras aquí, que yo las he visto llorar muchas veces, y se van a quemar rápido. (P26. EEO. 24:24)

- (...) *afecta mucho a nivel emocional porque estamos tratando con pacientes con una patología incurable con una patología rápidamente progresiva. (P42. EMP. 2:2)*

En la unidad de cuidados paliativos, algunos de los distintos entrevistados señalan que en su relación con el paciente en este servicio, *no se hacen una idea curativa* del proceso del paciente, puesto que, en muchas ocasiones conocen su pronóstico:

- *Aquí vienen pues lo que están malitos, (...). Ya los conocemos, vienen, se van, vienen. (P14. EAP. 8:8)*

- (...) *uno trabajando en esta unidad tú sabes, conoces su pronóstico. Entonces pues, un poco pues, estas preparada para afrontarlo y para trabajar con ellos. (P22. EEP. 2:2)*

- (...) *yo de antemano asumo cuando entra un paciente de que es un paciente terminal, un paciente que no tiene curación. (P42. EMP. 15:15)*

A su vez, algunos enfermeros del servicio de medicina interna y digestivo, y un médico de medicina interna, relatan que en su relación con los pacientes, normalmente mantienen la *idea curativa*, puesto que el paciente no suele llegar en situación terminal al servicio, y este aspecto en general, compensa la relación y el trabajo.

- *Aquí como es medicina interna e infecciosos, puedes tener a un señor malito, que se está muriendo y que es un pre éxito, y al lado, pues, tienes un pie diabético que aparentemente el señor está bien (...). Tienes un poco para compensar. Entonces compensas. (P24. EEMI. 11:11)*

- *Entonces ves todas las fases. (...) aquí en un principio se le trata, se intenta curar y trabaja con ese paciente hasta que en un momento dado hay que cambiar el chip y ya no se hace nada más. (P31. EED. 8:8)*

- (...) *Entonces a veces no sabemos a priori, cuando ingresan, que el paciente se va a morir, o sea, sabemos que pueden morir pero que no las afrontamos como terminal. (P41. EMMI. 11:11)*

Dentro de esta categoría, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros presentan opiniones parecidas, cuando relatan que, en cierta manera se sienten implicados emocionalmente en la relación establecida con pacientes con *edades cercanas* a las del profesional.

- *La asocio mucho, sí. Si son mayores no, no me afecta para nada. Pero si son de mi edad o más jóvenes me afecta bastante. (P12. EAMI. 2:2)*

- *Cuando a lo mejor estás con una persona de cuarenta, de treinta incluso, más joven que tú, ahí te impacta, te impacta más. (P27. EEMI. 9:9)*

En la misma línea, un auxiliar de enfermería y un enfermero relatan que, por alguna característica personal del paciente, lo relaciona con algún *familiar cercano* que falleció, que les dirige a establecer asociaciones que influyen a nivel emocional en la relación desarrollada entre ellos:

- *(...) se me murió mi marido joven y entonces cada vez que veo alguien joven pues pienso que a lo mejor me va a tocar a mí. (P12. EAMI. 2:2)*

- *(...) mi padre falleció muy joven, y entonces, aceptas muy mal, eso también me afecta, viene aquí gente que tiene la misma edad y eso. (P29. EEP. 5:5)*

Sobre los *pacientes agudos*, que no pasan por un proceso de morir, un auxiliar de enfermería y un médico señalan que su relación es menor por lo que no quedan afectados emocionalmente:

- *(...) yo creo que si el paciente viene y se va, o viene y después muere, no te afecta tanto. (P1. EAO. 22:22)*

- *Pero las patologías agudas que a lo mejor en siete días se han ido, pues ya no tanto. (P37. EMD. 13:13)*

Los pacientes *sin apoyo socio-familiar*, también son citados por un auxiliar de enfermería y un médico, ambos de paliativos. Señalan que suelen implicarse más

en la relación con pacientes con esta característica, con el fin de intentar ayudarles por no disponer de recursos socio-familiares.

- (...) igual hay un señor ahí que el pobre está solito o tal, pues uno se vuelca un poquito más, ¿no? (P13. EAP. 13:13)

- (...) hay pacientes que no tienen tan buen apoyo socio familiar y ahí sí que te tienes que involucrar mucho más para conseguir más cosas, ¿no? te mueves mucho más y te implicas mucho más, sin duda. (P36. EMP. 9:9)

Se finaliza esta exposición de datos en esta categoría, con la opinión de un enfermero y un médico del servicio de medicina interna que relatan su preferencia para atender a *pacientes mayores*, ya que, el impacto emocional que viven parece ser menor, cuando empeora su estado de salud y fallece.

- Yo prefiero pacientes mayores, mayores de geriatría. (P28. EEMI. 11:11)

- (...) yo personalmente prefiero trabajar con gente mayor porque reconozco que sufro menos (...). (P41. EMMI. 15:15)

## **DIMENSIÓN 5: RELACIÓN CON LA FAMILIA**

Esta dimensión recoge las respuestas de los entrevistados referentes a la relación de los mismos con el/los familiar/es de los pacientes cuando llegan a establecer relación y cómo se desarrolla la misma.

Los resultados en torno a esta dimensión se han organizados a partir de las siguientes categorías: 1) La relación; 2) Dificultades en la relación y 3) Relación con el familiar del paciente terminal.

## 1) La relación

Dentro de esta categoría se puede observar que los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos manifiestan distintas opiniones sobre la relación con el familiar, unos conciben la relación como un aspecto más dentro del rol profesional y la describen como una relación más cercana, mientras, otros la identifican como una relación más distante.

Un parte de los informantes relatan que trabajar con el paciente implica atender al familiar, esto es, que la atención a la familia es *parte del rol profesional*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- (...) dentro de cuidados, también está el confortar a lo mejor a un familiar, (...) es todo un conjunto para mí. (P12. EAMI. 14:14)

- (...) nosotras como enfermeras, ya te digo el cuidado es integral, y ahí la familia es una parte importante dedicada a nosotros. (P17. EED. 6:6)

- Es el paciente y sus familiares. Es parte fundamental. Tienes que hacer, a la familia, tener buena relación con la familia porque la familia lo pasa mal también. (...) Claro, se tiene que estar con las dos partes. (P33. EMO. 16:16)

En la misma línea, los distintos informantes revelan en sus relatos que la familia es parte de su labor cuando citan que la relación que establecen con el familiar, *es igual que con el paciente*.

- (...) si suelen estar aquí la mayor parte del tiempo, pues sí, la relación es la misma con el paciente que con el familiar. (P15. EAD. 11:11)

- Yo, al igual que con los pacientes, pues siempre con el respeto, con lo que se debe tratar (...). (P19. EEO. 16:16)

- Exactamente lo mismo que para el paciente. (P40. EMMI. 10:10)

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros opinan que relacionarse con el familiar es parte de su trabajo y reflejan la importancia de *hablar con la familia* como un aspecto que les da satisfacción.

- (...) ellos muchas veces son sinceros con nosotros y nosotros podemos sincerarnos más con ellos, de un poco también darles esperanza. (P11. EAO. 17:17)

- (...) suelo explicarles las cosas. Los animas también a los familiares, les pregunto (...) porque sé que lo necesitan. (P29. EEP. 13:13)

En líneas parecidas tres informantes relatan, que *se relacionan y lo hace con cuidado* al considerar que en muchas ocasiones los familiares necesitan más ayuda.

- A veces más de la cuenta, otras veces menos. (...) Son los que más, muchas veces, están angustiados. (P25. EEO. 20:20)

Algo similar se identifica en los relatos de algunos auxiliares de enfermería y médicos del servicio de cuidados paliativos, que señalan, desarrollan una *relación más cercana*, generalmente con los familiares.

- (...) intentar que estén confortables. Yo les digo que me pidan lo que quieran. Si se lo pueda dar se los doy. (P6. EAP. 11:11)

- (...) de una forma individual. (P42. EMP. 12:12)

Entre las opiniones de algunos médicos, a excepción del servicio de paliativos, parece existir coincidencia cuando señalan que en la relación con los familiares siempre intentan *mantenerles informados* del pronóstico del paciente con el objetivo de facilitar el trabajo del profesional.

- (...) hay darles informaciones médicas del pronóstico y de la situación, me guste a mí o le guste a él, o no nos guste. (P47. EMD. 11:11)

A su vez, en relatos de dos médicos, en concreto de paliativos y oncología, se percibe una preocupación mayor para con el familiar, puesto que, normalmente, suelen *concertar una cita* especialmente para ellos, con el fin de informarles del estado del paciente y resolver sus dudas.

- *Incluso cuando están ingresados siempre, por lo menos en el primer día de ingreso, nos reunimos también media hora con familiares (...). (P34. EMP. 9:9)*

- *Cuando un paciente está en fase final, casi siempre, hay una cita que es para ellos en individual, por si tienen dudas o no ha quedado claro el proceso de la enfermedad hasta su momento. (P49. EMO. 13:13)*

Algo similar sucede en los relatos de dos médicos de paliativos, cuando citan que suelen establecer una *relación de ayuda con el familiar* principalmente por dos motivos, para que cuiden del paciente, y para atender las demandas del familiar.

- *(...) ellos son entrenados para poder ayudar al enfermo y también atender a las propias necesidades personales de la familia en cuestión (...). (P42. EMP. 11:11)*

- *Porque el enfermo tiene todos los días el familiar, (...) y si cuidamos a ese familiar vamos a estar seguro de que ese enfermo va a estar bien atendido. (P43. EMP. 14:14)*

Sin embargo, una parte de los informantes expresan que *normalmente se relacionan bien* con el familiar, pero identifican que no siempre consiguen establecer y mantener una relación, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- *Pues sí. Si se ponen así tontos, pues no. Entro, doy buenos días, buenas tardes y ya está. (P14. EAP. 12:12)*

- *Yo con los familiares bien, lo que pasa es que claro, hay familiares y familiares, igual que pacientes y pacientes. Intento guardar la paciencia, ¿hein? (P21. EED. 24:24)*

- *La familia en general bien, pero a veces es muy difícil, es una carga además, pero cuando tienes un paciente malísimo, la familia no lo entiende. Uff (...) (P41. EMMI. 18:18)*

Entre los tres distintos entrevistados parece existir coincidencia cuando señalan que en la relación con el familiar del paciente, establecen *un cierto límite* para no establecer vínculos muy cercanos con ellos:

- *(...) si te vienen a decir algo (...) pues le intento dar ánimo pero no más. No más relación. (P7. EAMI. 14:14)*

- *(...) realmente prefiero mantener un poquito de distancia. (P20. EEO. 19:19)*

- *Marco la distancia. (P47. EMD. 8:8)*

Tres informantes describen su relación con el familiar como algo *cordial, sin limitar las funciones* del profesional, tal y como se puede observar en los pasajes siguientes:

- *Lo justo, tampoco intimo mucho, lo justo. (P4. EAD. 16:16)*

- *Aquí en el hospital la relación es cordial. Intento ayudarle en lo que pueda, pero claro siempre sin extralimitarme mis funciones, ¿no? (P22. EEP. 16:16)*

- *Después con los familiares tienes otro momento de información, pero suelen ser otros diez minutos, quince minutos (...). (P40. EMMI. 12:12)*

Algunos auxiliares y enfermeros del servicio de oncología y medicina interna, asocian que establecer una relación con el familiar, cuando *llevan más tiempo con el paciente ingresado*.

- *Crea una amistad también porque muchas veces por estar siempre aquí, ellos siempre te preguntan alguna cosa. Los que llevan más tiempo llevo una cierta amistad. P1. EAO. 17:17)*

- *Pero cierto es que hay familiares que están tan involucrados con su familiar que tiene enfermo, que yo a ellos no lo saco. (P17. EED. 17:17)*

Algo similar se aprecia en los relatos de dos auxiliares de enfermería de oncología y medicina interna, que opinan que *queriendo o no, acaban relacionándose* con el familiar pues les ven a diario:

- *Bien, también te relacionas, es que no te queda otra. (P9. EAO. 17:17)*

- *Sí, quieras o no te relacionas, en el día a día. (P10. EAMI. 18:18)*

En los relatos de algunos enfermeros y médicos se ven ejemplos del establecimiento de una *relación más profesional* con el familiar del paciente, entendida como una relación sin vínculos afectivos:

- *(...) tengo una relación, de cierta manera con ellos, es profesional. No creo tampoco que perjudique, pero a mí no me aporta. (P20. EEO. 19:19)*

- *Luego la relación, pues la broma, la noticia, el preguntar dónde vive, yo hago con el paciente y con el familiar al lado. (P47. EMD. 10:10)*

Otros enfermeros y médicos justifican relacionarse con el familiar *por el bien del paciente*, sin la finalidad de establecer una relación de ayuda directa con el familiar:

- *Y nosotros también cuidamos a la familia o el cuidador para que eso influya a la hora de que el paciente se controle. ¿Entiendes? (P30. EEP. 6:6)*

- *Porque después, están para todo, para tanto, para que luego se metan allá de las situaciones, para que ayuden al paciente adecuadamente, para que le faciliten cosas (...). (P48. EMO. 12:12)*

A su vez, un médico de digestivo manifiesta relacionarse con el familiar por considerar que puede resultarle de *ayuda para sí mismo*, tal y como ejemplifica la siguiente cita:

- *(...) aunque sea, siempre quieres tener a alguien que sepa ¿sabes? que también tú puedes recurrir cuando... ¿me entiendes? cuando a lo mejor sabes que a lo mejor tienes que dar una noticia (...). (P46. EMD. 12:12)*

En los relatos de un enfermero y un médico del servicio de oncología, se aprecian coincidencias cuando señalan la *falta de tiempo*, normalmente como la causa de no relacionarse con el familiar de los pacientes.

- (...) siempre que tengo algo de tiempo es con el paciente, con el familiar, no. (P20. EEO. 19:19)

- Eso siempre es al final de un buen día de consulta. (P49. EMO. 14:14)

Por último, parece interesante exponer la opinión de un auxiliar de enfermería del servicio de oncología, que cita no establecer mucha relación con familiar puesto que *no lo considera como parte de su trabajo*, tal y como deja entrever en el siguiente fragmento:

- Con algunos, ¿sabes? puntualmente. (...) Los pacientes, a final son tu trabajo. Y a mí realmente lo que me importa son los pacientes. (P1. EAO. 18:18)

## 2) Dificultades en la relación

Esta categoría recoge las respuestas de los entrevistados sobre la relación con familiares de pacientes, en concreto, si identifican dificultades o no en la relación y cuáles consideran las más importantes.

Algunos de los distintos entrevistados coinciden en que *no ven dificultades* en la relación con el/los familiar/es de paciente, tal y como expresan las siguientes citas:

- No veo dificultades en la relación con los familiares (...). Yo por ahora no. (P9. EAO. 19:19)

- (...) para mí los familiares son una ayuda, no son obstáculos. (P28. EEMI. 16:16)

- *No, dificultad no. (...) No suelo tener problemas. (P40. EMMI. 11:11)*

Sin embargo, otros informantes resaltan *tener dificultades en su relación con los familiares*, por ejemplo, citan que normalmente, es más difícil de sobrellevar, y destacan la necesidad de poner límites en la relación.

- *Veo dificultades, con los familiares, sí. Hay veces que sí. (P16. EAD. 13:13)*

- *Entonces cuando ves estas situaciones son un poquito difíciles de llevar. (...) Muchas veces la demanda de la familia hace que tú actúes de forma diferente, incluso con el paciente. Porque hay familiares muy, muy pesados (...). (P24. EEMI. 20:20)*

- *Con los familiares es como que es más difícil llevar (...). Vamos, con los pacientes, ninguno. Los familiares siempre estás más así cogiendo los puntos, los límites y eso. (P37. EMD. 10:10)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros, plantean dificultad en la relación con el familiar, y además citan, *dificultades en la comunicación*, tal y como se deja entrever en las siguientes citas:

- *(...) cómo llegar, y tú quieres pero no sabes cómo. Yo temo decir cualquier cosa y no sabes cómo se van a reaccionar. (P2. EAO. 15:15)*

- *Me siento mal. Te sientes mal porque, al final te sientes como que no has podido llegar a ellos (...). (P23. EEMI. 18:18)*

A su vez, gran parte de las respuestas de los informantes identifican situaciones de dificultad relacionadas a diferentes tipos de familiares.

Algunos auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, citan como dificultad, la relación con el *familiar que exterioriza* sus emociones. En los pasajes siguientes se aprecian algunos ejemplos:

- *No, ya te digo que hay algunos que son un poquito, hombre, están mal ellos y ese mal pues lo exteriorizan, ¿no? y después lo sufrimos nosotros, el personal. (P14. EAP. 14:14)*

- (...) *son muy escándalos y esos son quizás los peores. Porque te afectan también a ti (...).* (P27. EEMI. 18:18)

- (...) *la familia se angustia mucho y sobre todo aquellos que expresan su angustia y entonces eso, eso a nivel emocional te cuesta mucho llevarlo, ¿no?* (P34. EMP. 2:2)

Informantes de diferentes servicios, opinan que, normalmente, encuentran dificultad en su relación con familiares que son *muy demandantes*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *Pero luego, hay otros que son excesivamente demandantes y demandan cosas insospechadas ¿sabes? (...) No sé, creo que a veces, no sé si es el desconocimiento, pero a veces el familiar carga muchísimo.* (P16. EAD. 12:12)

- (...) *con la familia a veces es peor. Son muy demandantes.* (P32. EED. 12:12)

- (...) *pues claro, hay familiares por un lado que demandan muchísima información ¿me entiendes?* (P46. EMD. 13:13)

Por parte de los médicos, algunos citan como dificultad, dentro de esta categoría, el hecho de que los familiares muchas veces *no quieren que el familiar enfermo sea informado de la situación*, o sea, del diagnóstico y el pronóstico.

- *Hombre, la dificultad se produce sobretodo porque la mayoría de las familias entienden que es mejor no informar al enfermo, que es mejor no comunicarle el diagnóstico al enfermo, y muchas veces hay enfermos que insisten en que le comuniquemos algo más y tenemos que trabajar con la familia. Hombre es malo enfrentarnos a la familia.* (P43. EMP. 15:15)

Dentro de esta misma línea de tipos de familiares con lo cual los profesionales encuentran dificultad, algunos médicos, en concreto de oncología y medicina interna, citan dificultades en su relación con *familiares de pacientes en proceso de morir*, puesto que, según ellos, son los que insisten y presionan más el profesional.

- (...) eso sí que te puede meter un poco de presión, la familia te insiste, te insiste un poco para intentar solucionar, un poco para que compartas con ellos la enfermedad. Eso sí que es un poquito complicado. (P39. EMO. 4:4)

- Pero yo creo que las familias no están preparadas para aceptar el proceso de la muerte, la medicina es, son muy potentes y todos tienen que solucionarlo, y es falso. (...) a veces pueden haberte presionado a tomar actitudes que yo creo que no benefician al enfermo (...). (P40. EMMI. 4:4)

Otra temática manifestada dentro de esta categoría, independiente del tipo de familiar, se refiere a los motivos que los distintos informantes asocian a las dificultades planteadas.

En relatos de distintos entrevistados se identifica el hecho que muchos familiares *no reaccionen del mismo modo*, como una dificultad en la relación con familiares, con repercusión en la actividad profesional.

- Hay familiares que colaboran en la mejoría del paciente y hay una parte, que son la gran mayoría, que entorpecen mucho tú trabajo. (P16. EAD. 12:12)

- Hay familias que son más receptivas, hay familias que son menos. (P36. EMP. 10:10)

- (...) depende de cómo sea todo, como todo mundo ¿no? que todo mundo es diferente. (P46. EMD. 13:13)

Tal y como ilustran los siguientes pasajes, algunos auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos concretan la dificultad en el modo *cómo los familiares asimilan las informaciones* recibidas por parte de los profesionales:

- Hay momentos que sí que hemos tenido problemas, (...) que a lo mejor el familiar está un poco mal por lo que le ha dicho el médico (...). (P10. EAMI. 19:19)

- Sí. Dificultad cuando ellos no aceptan, cuando no aceptan lo que está pasando. Son las mayores dificultades. (P30. EEP. 20:20)

- *Nos encontramos que muchas veces hablamos con una pared por más palabras sencillas que se utilicen, acaban por no entender lo más sencillo y sobretodo no entender las malas noticias, (...). Y a veces esto bloquea completamente la relación. (P47. EMD. 2:2)*

Para finalizar, las opiniones de algunos médicos, en concreto de oncología y medicina interna, parecen coincidir cuando asocian la dificultad de relación, con la *falta de tiempo* para estar con los familiares.

- *No, ojalá. Familiares, ese que te digo, todos los días generalmente diez minutos hablando con esos familiares (...). Eso no es la norma (...). (P41. EMMI. 19:19)*

- *No puedes dedicarles en tan poco tiempo todo lo que tú quisieras. (P49. EMO. 14:14)*

### **3) Relación con el familiar del paciente terminal**

Las respuestas de gran parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, coinciden cuando manifiestan que se relacionan con familiares de pacientes en situación terminal *de igual modo* que con el familiar de un paciente con problemas de salud general.

- *Con familiares de pacientes en proceso de morir, es igual. (P6. EAP. 20:20)*

- *No, no cambia. (P30. EEP. 21:21)*

- *No, yo creo que no, es igual. (P34. EMP. 11:11)*

A su vez, un auxiliar de enfermería y algunos médicos señalan que cambian su relación con los familiares de pacientes terminales, con los que se relacionan mejor, *con más cuidado*, paciencia, con el fin de facilitar las cosas a la familia.

- *(...) intenta siempre facilitar para la familia, es como que te hace no más buena (...) te pones en el mismo lugar. (P5. EAP. 18:18)*

- *Sí, haré más condescendiente, eres más paciente, y que dedicas más a ellos quizás, los tranquilizas, ocupas más tiempo, ¿sabes? No trato igual, no, probablemente no. (P38. EMD. 13:13)*

En el mismo sentido, las respuestas de dos auxiliares de enfermería y un enfermero, señalan que, generalmente, suelen *están más atentos a estos familiares* que al propio paciente terminal, tal y como se puede apreciar en las siguientes líneas:

- *(...) es más larga a veces la relación con el familiar, porque muchas veces el hombre está en coma, sedado. En realidad quien está mal es el familiar. (P3. EAD. 18:18)*

- *(...) el paciente muchas veces casi que está, muchas veces que ya casi ni se entera, pero en ese momento la familia sí que necesita nuestro apoyo más que nada. (P26. EEO. 4:4)*

Un enfermero y un médico señalan que, normalmente, suelen implicarse más en la relación con los familiares de pacientes terminales que sean *jóvenes*, tal y como expresan las siguientes citas:

- *Me daba pena y ya está. Y la familia, bueno, muchísima pena, igual. (P18. EEP. 9:9)*

- *La implicación emocional todavía es mucho más grande con la familia. (P49. EMO. 19:19)*

Algunos enfermeros y un médico, señalan que, normalmente la relación con familiares de pacientes terminales es más dificultosa, puesto que suele haber una *mayor carga emocional*, para todos los involucrados, incluido el profesional.

- *Quizás te da trabajo su familia, porque los ves que lo están pasando mal, y vez el sufrimiento que están pasando durante el proceso en el que termina. (P24. EEMI. 5:5)*

- *(...) sobretudo el tema familiar en pacientes que sabes que van a fallecer. (P34. EMP. 2:2)*

A su vez, dos enfermeros del servicio de digestivo, ponen de manifiesto que hay un cambio en la relación con estos familiares por el hecho de que suelen ser *más demandantes* en la relación, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

*- Lo que pasa que son familiares un poquito más demandante, (...) te exigen un poquito más de paciencia, (...) te carga a ti un poco. Yo creo que eso también, inconscientemente, te hace cambiar un poquito. (P21. EED. 25:25)*

Por último, se recoge la opinión en común entre un auxiliar de enfermería y un enfermero, que identifican que establecen una *relación más distante* con los familiares de pacientes en situación terminal, como una fórmula preventiva frente a la reacción emocional de un familiar en situación de pérdida de un ser querido:

*- Intento tratar menos. (...) Hay momentos que cuando vienes mañana el paciente ya no está, entonces procuro el mínimo roce. (...) Porque tú no sabes cómo va a reaccionar tampoco esa persona. Yo no me arriesgo, ¡para nada! (P4. EAD. 17:17)*

*- Pero sí, es verdad que cuando el paciente está así muy delicado y el familiar está expectante pendiente de lo que va a pasar, pues mi relación con el familiar es un poco más distante. Intentas mantener la distancia porque no sabes cómo te va a reaccionar un familiar. (P24. EEMI. 17:17)*

## **DIMENSIÓN 6: CONTACTO ANTE LA MUERTE**

Esta dimensión recoge las respuestas de auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos relacionadas con experiencias vividas ante pacientes sin posibilidad de curación y su muerte: los sentimientos generados por tal experiencia y las características de la muerte que de algún modo consideran que pueden influir en sus respuestas.

Las opiniones de los entrevistados, dentro de esta dimensión, están agrupadas según las siguientes categorías: 1) Procedimientos ante la muerte; 2) Reacciones; 3) Expresión de sentimientos y 4) Características de la muerte.

### 1) Procedimientos ante la muerte

En esta categoría se puede encontrar las opiniones de distintos entrevistados sobre los procedimientos técnicos o humanos, que desarrollan ante la noticia de muerte del paciente a su cuidado.

Gran parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos (este último, exclusivamente del servicio de paliativos), coinciden en identificar la necesidad de establecer una atención más humana en el momento de muerte de un paciente, como por ejemplo, la necesidad de prestar *apoyo a la familia* en esos momentos:

- *Y luego eso, si te necesitan, lo de calmar a los familiares, estar un poquito con ellos. (P2. EAO. 13:13)*

- *Intentas consolar a la familia: que está descansando y demás. (P21. EED. 16:16)*

- *(...) sí que intentamos una red con la familia, ¿sabes? (...) darles el pésame, y que se sientan más a gusto, entre comillas, en ese momento. (P34. EMP. 13:13)*

Algo similar se identifica en las respuestas de algunos auxiliares de enfermería de los distintos servicios y enfermeros de paliativos y oncología, que señalan que en momentos como este, suelen dejar un *tiempo para que la familia pueda despedirse* de su ser querido.

- (...) dejar que la familia esté un rato con el que acaba de fallecer, que se desahoguen ahí un poco, que se despidan y tal. (P9. EAO. 14:14)

- Es muy importante que estén dentro de la habitación un tiempo, no darle la sensación de prisa por arreglar al fallecido y arreglar papeles, no. (P30. EEP. 22:22)

En lo que se refiere a un contacto más humano en estos momentos, un auxiliar y un enfermero del servicio de paliativos, opinan que si han establecido con los familiares más intimidad, suelen dar el pésame por su pérdida con *un beso o un abrazo*, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- Lo intento con el familiar que haya tenido más contacto, hay veces que él se me acerca o yo me acerco, le doy un abrazo, le doy un beso. (P5. EAP. 20:20)

- Normalmente sí les digo: pues siento que haya fallecido o depende con quien esté, qué familia, pues le doy un beso o no, depende. (P30. EEP. 22:22)

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros, opinan que en este momento de pérdida, intentan *preservar a los demás pacientes y familiares* que se encuentran en la unidad, evitando el tumulto y los ruidos por los pasillos:

- Yo muchas veces pienso, si se ponen en el pasillo, afectan a los demás pacientes. (...) Entonces voy con educación: mira si ustedes quieren un poco de intimidad pueden entrar a la habitación, así tienen más intimidad (...). (P12. EAMI. 19:19)

- (...) intentamos calmarlos lo máximo posible, sobretodo calmarlos porque tenemos mucho más paciente alrededor. Intentamos que estén con el fallecido, que haya todos los familiares que quieran, pero que se mantengan los más callados posible. (P29. EEP. 15:15)

Algo singular que parece relevante exponer, se refiere a la opinión de un auxiliar de paliativos y un enfermero de oncología que opinan que ante casos de muerte prevista, normalmente, ponen en marcha *procedimientos de atención a las*

*familias* antes de que ocurra el óbito, con la finalidad de facilitar tanto al profesional y a los familiares, el paso por ese desenlace:

- *Se sabe cuando ya el paciente está, ya a punto de morir, ya se nota. Entonces siempre procuro que estén los familiares presentes, cerca. (P6. EAP. 17:17)*

- *Yo creo que lo desarrollas antes de que se muera. (...) Entonces, ahí, lo importante es el apoyo a la familia, hasta que llegue el desenlace. (P26. EEO. 13:13)*

Algunos auxiliares y enfermeros señalan en esta categoría, la cuestión del procedimiento al tener que *amortajar el paciente*, como un papel asociado al profesional auxiliar de enfermería, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Y lo que es el nuestro, es pues, empaquetar desgraciadamente al paciente, lo preparamos, lo aseamos. (P4. EAD. 13:13)*

- *(...) cuando esté todo puesto, todo bien, ya todo hecho, pues ya, a los compañeros sí que se encargan de amortajarlo. (P19. EEO. 13:13)*

Sobre el proceso de amortajar al paciente fallecido, algunos auxiliares de enfermería coinciden al expresar dificultades emocionales en esos momentos, sobre todo, con *pacientes con los que establecieron una relación más cercana*:

- *(...) el caso de la chica esa que te dije antes, me tocó prepararla y el chico también me tocó, y en la verdad, lo pasé fatal, estuve a punto de, casi que no podía, es que no, parecía que no me lo creía, ¿sabes? me costó mucho y me dejó mal, llegué en la verdad que en mi casa fatal. (P2. EAO. 13:13)*

- *Pero sí he amortajado llorando muchas veces, por el cariño que le coge. (P10. EAMI. 16:16)*

En esta categoría, dos enfermeros de oncología y medicina interna y un médico de digestivo, manifiestan que ante los casos de muerte suelen desarrollar *pocos procedimientos técnicos*, tal y como se aprecia en estos fragmentos:

- *Yo intento hablar para los familiares para que sean muy amables, sin que vengan ya todo mundo a la habitación. (...) Tampoco dar un continuo mucho a la situación para no verte metida en lo que es el duelo. (P20. EEO. 17:17)*

- *(...) llegas, pues entras, ves al paciente, certificas, exploras y ves que está muerto, incluso el electro casi siempre. Y ya luego sales y hablas con la familia y lo comunicas que su familiar ha fallecido. (...) Estos son los procedimientos que actúo como médico cuando un paciente fallece. (P38. EMD. 14:14)*

A su vez, algunos enfermeros identifican cierta dificultad ante la muerte del paciente, puesto que lo relacionan con tener que *desarrollar procedimientos técnicos* con las familias de los pacientes en situación de muerte.

- *Entonces es un momento ahí como raro, pero es lo que hay que hacer en ese momento. Entonces básicamente me limito a movilizar todo el médico, el certificado, la funeraria y hablar con la familia (...). (P31. EED. 15:15)*

Por último algunos médicos, del servicio de oncología y medicina interna, no describieron los procedimientos que desarrollan ante la muerte de sus pacientes, lo que pudiera asociarse con la carencia de procedimientos aplicados en ese momento.

## **2) Reacciones**

En esta categoría se identifican las opiniones de los entrevistados referidas a cómo reaccionan ante la información de no curación del paciente a su cuidado.

La mayoría de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos comparten opiniones al señalar que, al conocer que el paciente que atienden no tiene curación, intentan *evitar el sufrimiento* de pacientes y sus familias.

- *Lo único que pienso, digo: Dios mío, que no sufra mucho. (P6. EAP. 19:19)*

- *Y bueno, pues lo que intentas es que esté cómodo y que descanse, y que no sufran en el momento final, y la familia tampoco. (P32. EED. 22:22)*

- *Pero que trataré de dar todos los medicamentos y esto, para que no sufran. (P49. EMO. 18:18)*

Los relatos de dos enfermeros y un médico coinciden, cuando citan que ante tal situación, son los profesionales los que tienen que *cambiar su manera de pensar* para aliviar y evitar el sufrimiento del paciente sin posibilidad de curación.

- *(...) ahora es momento de calma, de dejarle tranquilo. ¿Sabes? no molestarle con más terapia, con más curaciones, no. Yo creo que es el momento de yo proporcionarle calma. (P21. EED. 22:22)*

- *(...) pero en ese momento lo que hago es cambiar el chip y hay que pensar en otras cosas si uno ya no puede curar, si puede aliviar, pues por lo menos consolar y estar al lado de la persona. (P45. EMMI. 12:12)*

En la misma línea, dos enfermeros señalan que esta fase del cuidado del paciente, requiere mucha atención, evitando el *ensañamiento terapéutico*, tal y como se aprecia en la siguiente cita:

- *(...) la muerte, debería estar muy, muy bien tratada. Por otras cosas, porque un proceso final mal tratado podría llevar a un ensañamiento con el paciente, intentando salvar la propia vida de todas las cosas, cuando ya no hay. (P23. EEMI. 7:7)*

En esta categoría, distintos informantes plantean que ante estas situaciones, *se colocan de algún modo, en el rol del paciente*, por ejemplo, se identifican con el paciente por alguna característica y se plantean la propia muerte, tal y como se aprecia en las siguientes citas:

- *Me veo en la situación de que eso me puede pasar a mí. Pienso de que yo también me puedo morir, no sé, pienso en mi hija, en mi familia. (P2. EAO. 14:14)*

- *Tenemos que tener claro que mañana puedo ser yo que esté en una cama de esas. (P26. EEO. 9:9)*

- *Sobre todo eso, me pongo en el lugar del otro que está ahí: qué le estará pasando por la cabeza, qué estará sintiendo cuando yo le digo esto porque no es fácil. (P38. EMD. 6:6)*

Tres informantes parecen coincidir en sus respuestas cuando manifiestan que, normalmente, intentan *no demostrar al paciente sentimientos que le afecte negativamente* y demuestre fragilidad por parte del profesional, con la idea de preservar al paciente sin curación, de la situación que está viviendo.

- *Pero luego, claro, que te afecta. Intento ponerme dura, dura no, serena, tranquila, transmitirle tranquilidad. (P5. EAP. 20:20)*

- *Delante del paciente procuro no demostrar angustia, ni nerviosismo, ni inseguridad, ningún tipo de sentimiento que le pueda afectar negativamente. (P23. EEMI. 15:15)*

- *Con el paciente nunca, con el paciente no porque yo creo que eso es un desajuste para el paciente. (P33. EMO. 15:15)*

Algunos de los distintos entrevistados tienen opiniones similares cuando relatan que delante del informe de no curación del paciente no tienen mucho qué hacer, o sea, normalmente *siguen para adelante* con el trabajo.

- *¿Qué vas a hacer? Tienes que seguir porque detrás de eso vienen mucho más. Es duro. (P9. EAO. 15:15)*

- *Esto es corre, que ahí viene otro, ¿sabes? Risas. Hacer la cama rápido que viene el siguiente. Es que es así de crudo, pero es así. (P32. EED. 25:25)*

- *(...) tengo que seguir a delante. Puede haber un momento, pero es, hay un reflejo, casi que un autoreflejo ya, no sé si es un automatismo ya activado (...). (P35. EMP. 15:15)*

Algunos auxiliares de enfermería y un enfermero, señalan que ante situaciones de pacientes diagnosticados en estado terminal, normalmente, prefieren pensar *que el desenlace final no sea con el profesional*, tal y como expresan en las siguientes citas:

- Normalmente cuando, antes de morirte ya piensas: que no se muera conmigo, que yo no esté aquí, (...) yo no quiero estar en ese turno en que se muera, porque ya lo ves. (P15. EAD. 16:16)

- Y yo lo que quería era que no se muriera conmigo (...). (P32. EED. 18:18)

Otros auxiliares de enfermería y enfermeros relatan que prefieren *pensar que el paciente va a descansar*, para no sufrir él, ni el paciente, ni el familiar.

- Porque el paciente, no es que uno diga: ay, se acabó y ya está. No, hombre, ninguno deseamos que se muera, pero yo creo llegar al final ya y descansar, yo creo que es un descanso (...). (P13. EAP. 8:8)

- (...) va a descansar él. (P25. EEO. 23:23)

De manera similar, algunos auxiliares señalan que, normalmente, en estos momentos tienen el *pensamiento de que se vayan* para que no estén sufriendo, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

- (...) llegamos a pensar muchas veces, mira lo que le podía pasar ya, que se vayan, que descansen, que no sufran y tal. Yo lo veo así, es fuerte pero lo veo así. (P3. EAD. 3:3)

A su vez, algunos auxiliares y enfermeros parecen demostrar cierta dificultad ante del diagnóstico de no curación de su paciente, cuando afirman que muchas veces, no saben *cómo reaccionar* frente a tal realidad.

- En ese momento no sabes ni cómo reaccionas. (P14. EAP. 17:17)

- Yo no sé afrontar eso. (P21. EED. 16:16)

En la misma línea, un auxiliar y un enfermero de medicina interna, señalan que, normalmente, es una *situación difícil de asimilar* y cuesta creer lo que está pasando:

- *Pero sí que me da una cosa de oír al médico, las palabras que siempre temo que son: ya hemos hecho todo lo que hemos podido ya. Eso es muy difícil asimilarlo. (P8. EAMI. 8:8)*

- *Lo que me afecta es que no tenga un tratamiento que le ayude. (P28. EEMI. 20:20)*

De manera similar, un representante de cada tipo de informante, señala opiniones similares en cuanto a que, normalmente, prefieren *excluirse de la situación*, como por ejemplo, salir de la habitación o intentar buscar otro tratamiento.

- *No te lo puedo explicar bien, que a veces me he visto yo en un estado que me he excluido mucho, ¿sabes? (P8. EAMI. 16:16)*

- *(...) intentas salir. (P24. EEMI. 19:19)*

- *Me afecta en el sentido, en la dirección de tener que decirle que: vamos a intentar hacer otra cosa. (P39. EMO. 15:15)*

Algo más singular, en las opiniones de un auxiliar y enfermero aparece, cuando ante el informe de no curación del paciente, estos profesionales suelen *demonstrar seguridad y fuerza* como respuesta para afrontar la situación ante el enfermo:

- *(...) tenemos que hacernos como que valientes. (P3. EAD. 17:17)*

- *Entonces en estos casos te haces fuerte. (P24. EEMI. 19:19)*

Algunos auxiliares de enfermería y médicos, señalan, que cuando ocurren situaciones de pacientes sin curación debido a la *experiencia laboral*, lo tienen más asumido, tienden a normalizarlo y lo asumen con más facilidad.

- *A principio pensaba más. Ahora ya tomo más con facilidad porque eso, yo te digo que ya afronta, es que morirá. (P7. EAMI. 7:7)*

- *(...) tendemos a normalizarlo. (P45. EMMI. 16:16)*

Algo similar manifiestan algunos enfermeros y médicos que señalan que ante estas situaciones responden integrando estos detalles en el conjunto, en sus palabras, *hacen parte del todo* y, normalmente, ya lo tienen asumido cuando se encuentran en la necesidad de atenderlos:

- *Lo veo como parte de todo, de esto de estar aquí, no sé como explicártelo, tan poco me afecta. (P18. EEP. 11:11)*

- *Digamos que, qué bueno, que hay una aceptación por mi parte, de lo que va a venir desde el mismísimo instante en que empiezas a tratar al enfermo. (P42. EMP. 15:15)*

Para finalizar, se observa, a través de la cita y de observación de la entrevistadora con un informante de digestivo, la necesaria *expresión de sentimiento* cuando hablan de pacientes sin curación. Sentimiento este, expresado explícitamente con lágrimas en sus ojos.

- *Expresar los sentimientos de algún otro modo (...). (P16. EAD. 20:20)*

### **3) Expresión de sentimientos**

Esta categoría recoge las respuestas de los entrevistados referentes a los sentimientos que suelen sentir y manifestar delante de situaciones de morir y muerte del paciente a su cuidado.

La gran mayoría de los auxiliares de enfermería y enfermeros, y apenas un médico de oncología, coinciden al señalar que las situaciones de morir y muerte del paciente están, generalmente, acompañadas de *sufrimiento*, es algo que les cuesta, les afecta, generando en ellos sentimientos de pena y tristeza.

- *Se pasa mal y en seguida estás mal, en seguida estás fatal. (P5. EAP. 20:20)*
- *Hay veces que dices: ¡dios mío que pena me da esa paciente, que pena me da la otra! (P18. EEP. 9:9)*
- *Hay momentos en los cuales me he sentido triste, y no puedo evitarlo. (...) Siempre te sientes triste. (P49. EMO. 16:16)*

Otros entrevistados, parecen demostrar cierto sufrimiento ante las situaciones de morir y muerte, puesto que señalan que les afecta, como una forma de justificar que también son *seres humanos*, y poseen sentimientos.

- *Te hablo por mí, sufres, ¿sabes? sufres sí porque no soy inhumano, ¿me entiende? (...) a parte del paciente, que a mí me produce mucha pena es la familia. (P5. EAP. 16:16)*
- *Yo creo que las reacciones que tengo, las tengo como humana que soy, porque ante todo yo soy persona, (...) evidentemente que yo me emocione y se me salgan las lagrimas porque veo la madre intentando llamar a su hijo que le hable cuando está muerto(...). (P17. EED. 20:20)*
- *(...) como ser humano no puedes dejar de ser afectado por situaciones que, sobre todo cuando ves circunstancias graves, ¿no? (P45. EMMI. 11:11)*

Una parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos relatan que, muchas veces, imágenes de situaciones difíciles vividas, como por ejemplo, el morir y muerte de los pacientes, suele regresar a sus *pensamientos* después del suceso. Tal y como se puede observar en los pasajes siguientes:

- *(...) que tuve que tomar un diazepam porque no se me iba la imagen. (P2. EAO. 13:13)*
- *Por mucho que intentas dejarlo fuera cuando sales del hospital, pues a veces siempre te viene a la cabeza. (P19. EEO. 15:15)*
- *(...) sufres por los pacientes que te acuerdas y me he despertado por las noches e iría a acordarme de pacientes, y pensando cómo le voy a decir cosas. (P41. EMMI. 20:20)*

Algo similar revelan las opiniones de un enfermero de medicina interna y un médico de digestivo, cuando señalan que tales momentos *siempre afectan* a nivel emocional y que uno nunca se acostumbra.

- *A mí por ejemplo, en la verdad, yo, al sufrimiento ajeno, creo que nunca se acostumbra uno. (P23. EEMI. 12:12)*

- *No te acostumbras nunca a que el paciente que se te muera, en el sentido de que siempre te toca. (P38. EMD. 9:9)*

Entre algunos auxiliares de enfermería y enfermeros parece existir coincidencia en cuanto a los sentimientos que emergen en ellos ante la *reacción de la familia* frente al proceso de morir y muerte del familiar enfermo. Puesto que relatan que en estos momentos suelen tener dificultades de manejo de la situación, insistiendo en que es algo que les cuesta y afecta a nivel emocional.

- *Te afecta, porque a veces, cuando te coge un familiar delante de esos que lleva años viéndolo, hablando con ellos de muchísima confianza, y te venga y se te abraza tal y cual, y ahí ya me rompe. (P9. EAO. 16:16)*

- *(...) pacientes que se van y tal, yo el drama final, es que llevo muy de la familia y llevan muchas veces llorando, y no puedo asistir, yo lloro, me desahogo. (P23. EEMI. 10:10)*

Gran parte de los distintos informantes relatan que ante situaciones de morir y muerte, se sienten afectados emocionalmente hasta el punto de que les entran  *ganas de llorar*. Algunos manifiestan abiertamente que suelen llorar delante del paciente y sus familias, otros optan por salir de la habitación y se ponen a llorar en espacios íntimos, y otros manifiestan que suelen aguantarse las ganas de llorar y no lo hacen.

- *Luego pues, hay veces que se te escapan las lágrimas, que no puedes evitar. (P16. EAD. 19:20)*

- Entonces ha habido casos en los que yo me he tenido que entrar al off y hacer yo misma la infusión para mantenerme fuerte, para no echarme a llorar. (P24. EEMI. 19:19)

- Sí, expresas los sentimientos con el enfermo y con la familia, es normal que se te pueda escapar alguna lágrima, eso es normal, eso puede pasar. (P43. EMP. 17:17)

En relación a esta categoría, un informante de cada área, relata que, generalmente, suelen sentir un *nudo en la garganta*, cuando se sienten afectados emocionalmente. Vemos, en las siguientes líneas, ejemplos de sentimiento vividos por los distintos informantes ante situaciones de muerte y morir de sus pacientes.

- Me quedo sin palabra, se me pone un nudo en la garganta. (P5. EAP. 20:20)

- (...) se te pone el nudo en la garganta. (P23. EEMI. 10:10)

- Sí. Nudos en la garganta, muchos. (P38. EMD. 16:16)

Algunos informantes describen que en momentos como estos, sienten un cierto sentimiento de *injusticia*, tal y como se expresa en la siguiente cita.

- Expreso a veces mi cansancio, mi injusticia de: dónde está la justicia que deja hacer esas cosas, a esta gente tan joven y a esta familia, ¿no? (P33. EMO. 15:15)

Otros diferentes entrevistados relatan sentir *impotencia* en estos momentos, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

- Yo creo que yo lo más que siento es impotencia. Impotencia te digo y dolor. Pero, también después te pones a pensar que a lo mejor si hubiese acudido antes, a lo mejor hubiese estado todavía vivo (...). (P10. EAMI. 17:17)

En relatos de un enfermero y un médico, se revela el sentimiento de *frustración* ante situaciones de morir y muerte de los pacientes a su cuidado.

- *La frustración siempre está, porque el médico está para curar. (P48. EMO. 15:15)*

Otros informantes, un enfermero y dos médicos, expresan sentimiento de *culpabilidad* y *remordimiento* frente a tales situaciones, tal y como se deja entrever en el siguiente fragmento:

- *(...) y también ahí te paras muchas veces a pensar en qué momento pudiste haber hecho algo que cambiara el pronóstico ¿me entiendes? en qué momento a lo mejor fallaste en algo, ¿sabes? (...) claro, te sientes mal, vamos que nos da un poco ahí de remordimiento, ¿sabes? (P46. EMD. 15:15)*

A su vez, algunos médicos señalan sentir *malestar* y *tristeza* en relación al pronóstico, que no siempre es el esperado.

- *Me afecta, me afecta, me siento triste, me siento como que siendo, desde el punto de vista laboral, fracasado porque no he conseguido el éxito en la aplicación de mis conocimientos (...) disgustado. (P47. EMD. 12:12)*

Por último, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros de distintos servicios, con excepción de paliativos, ponen de manifiesto aspectos singulares, cuando refieren sentir un sentimiento de *alivio* y *de tranquilidad* en situaciones de morir y muerte de sus pacientes a su cuidado.

- *Entonces, pues, en el fondo, fondo, hay veces que te de pena y todo ese rollo, también sientes alegría, un alivio que esta persona ya se va tranquila. (P7. EAMI. 19:19)*

- *Tranquilidad, por el hecho de que, ya está, ¿sabes? que es lo que es, y no van hacer nada más. (P28. EEMI. 21:21)*

#### **4) Características de la muerte**

En esta categoría se recogen las respuestas de los entrevistados sobre algunas características de la muerte del paciente, que de algún modo, interfieren en el modo cómo responden los profesionales y les afecta a nivel emocional.

Gran parte de los informantes señala que algunos tipos de muerte pueden afectar más que otros, principalmente cuando se presentan en pacientes *jóvenes*, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- (...) *si es más joven lo sientes de otra forma, no sé. (P7. EAMI. 14:14)*
- (...) *una chica de 34 años que me afectó muchísimo, con una niña con 4 años, y bueno, sí, es de llegar a casa y de llorar y eso. (P29. EEP. 17:17)*
- (...) *es verdad que con gente joven suele ser más difícil. (P46. EMD. 3:3)*

Los distintos entrevistados citan que se sienten más afectados ante la muerte de pacientes que habiendo sido tratados en etapas precoces, en estadios avanzados suelen *regresar* tras llevar bastante tiempo sobrellevando el proceso de la enfermedad.

- *Claro que te da cosa y te duele, (...) que lo ves que lo está pasando mal y que tú lo llevas mucho tiempo y, claro te da cosa por él, por su familia (...). (P9. EAO. 15:15)*
- (...) *si lo conoces mucho, por los muchos ingresos, pues te afecta emocionalmente, y no lo sé. (P19. EEO. 12:12)*
- (...) *antes de llegar a la muerte, nos hemos visto tantas veces que es inevitable que me siento como triste. (P49. EMO. 18:18)*

A su vez, algunos entrevistados citan que las situaciones de *muerte que no es esperada* también produce un mayor impacto emocional en el profesional.

- *Hay otras personas que crees que no se van a morir, sino que se van a aguantar y luego llegas un día y te cuentan que se murió. Es fuerte, ¿no? (P7. EAMI. 10:10)*
- *A veces sí que hemos llegado: ¿y el paciente? se murió. Entonces te quedas asombrada. ¿Se murió por qué? Eso sí, te afecta. (P25. EEO. 25:25)*
- *Quizás la muerte inesperada, de golpe y porrazos, esa te quedas un poco pensando en lo qué ha pasado, ¿no? (P44. EMMI. 17:17)*

Algunos auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos expresan, una opinión similar cuando señalan que les afecta más la muerte del paciente con quien establecen una relación con más *empatía o conexión*.

- (...) a veces no necesitas ni conocer a la persona, sino por las características y una mirada que te ata y te queda mal. (P5. EAP. 22:22)

- (...) hay gente que conectas más y pasas mucho tiempo y conectas, entonces eso sí que molesta. (P32. EED. 18:18)

- (...) hay pacientes que le coges mucho cariño, la familia y eso, y bueno, siempre te quedas, te quedas mal. (P38. EMD. 9:9)

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros opinan que les afecta emocionalmente ver morir a un *paciente sin el apoyo de alguien cercano* al mismo, o sea, la muerte de personas que se mueren solos.

- (...) hay un montón de ira, porque ves paciente que mueren solos, teniendo nadie de la familia. Es muy difícil (...). (P3. EAD. 19:19)

- (...) si veo que un paciente pues en ese momento agónico no está acompañado, pues procuro ir más veces a la habitación. (...) Eso sí, que tiene que ser duro morir solo, que nadie esté contigo. (P22. EEP. 13:13)

Algunos auxiliares y enfermeros parecen coincidir en sus manifestaciones, en relación al mayor impacto que les genera las *mueres traumáticas*, como muerte con dolor, sufrimiento o asfixia, entre otros:

- No todas las muertes son igual, a veces algunos, yo que sé, mueren asfixiados, ¿sabes? ese es un tipo de paciente también que te afecta. (P14. EAP. 18:18)

- (...) te puede impactar la forma de morir, me puede impactar, o sea, algo como que yo notara, pacientes que hayan fallecido con sufrimiento, eso sí me afecta (...). (P17. EED. 7:7)

En la misma línea, dos enfermeros relatan se sienten más afectados y les supone una situación algo más difícil de aceptar la muerte de pacientes que pasan por un *encarnizamiento terapéutico*:

- *A mí el encarnizamiento terapéutico me supera. (...) a mí estas cosas me ponen mal, y día va y día viene, seroterapia y manteniendo, y manteniendo, prolongando sin necesidad, a mí me parece abusivo y no me cuadra. (P28. EEMI. 21:21)*

Para finalizar la caracterización de los tipos de muerte que pueden afectar y ser más difíciles de aceptar por parte de los entrevistados, dos médicos de digestivo y uno de medicina interna, relatan que la muerte de *pacientes en condición de tratamiento*, o sea, *sin patología maligna previa*, les frustra y afecta más.

- *Puedo tener un paciente con una enfermedad benigna normal y corriente que se muere, para mí es pues, bueno, un fracaso, un fracaso laboral. Porque no conseguí darle el alta a su casa. (P47. EMD. 5:5)*

Sin embargo, otros médicos, no del servicio de paliativos, resaltan que cuando la muerte se presenta en pacientes con *patología maligna*, sin condición de tratamiento viable, es algo que no les afecta tanto, que no les genera frustración.

- *Por otra parte, hombre, si hemos hecho todo lo posible, si son tumores muy agresivos en los cuales hemos agotado todas las posibilidades, te sientes mal, pero a la vez, no tanto ¿no? (P48. EMO. 15:15)*

En líneas similares, diversos informantes señalan que se aceptan más las muertes con un *proceso de evolución largo*, *dónde el paciente se va deteriorando*, tal y como se puede observar en los siguientes fragmentos:

- *Depende porque si el paciente ya era un terminal, ya había luchado y no había solución, yo, personalmente, lo veo como que hubo una fiesta en el cielo (...). (P8. EAMI. 19:19)*

- *Si es una muerte que ha pasado por una agonía y al finalmente fallece, lo que dije antes, lo que siento es alivio. (P31. EED. 16:16)*

- *Pero la muerte esa que ves venir, poquito a poco, yo no creo que sea tan dolorosa. (...) yo creo que lo vas asumiendo, ¿no? (P44. EMMI. 17:17)*

En lo que se refiere a esta temática, las opiniones de dos médicos, uno de paliativos y otro de digestivo, parecen coincidir cuando relatan que en *servicios donde no ocurren muchos casos de muerte*, resulta más difícil aceptar que no se puede salvar un paciente, o sea, aceptar la muerte.

- *Entonces sí que entiendo que aquellos profesionales médicos cuyo trabajo más a diario es salvar la vida de, cuando llega un paciente que no puedes salvar, lo llevas muchísimo peor. (P36. EMP. 22:22)*

- *Es duro aceptar sobre todo para los médicos que no somos dedicados a los pacientes en fase de morir, (...) es un poco más duro aceptar que el paciente pues se muere. (P38. EMD. 3:3)*

Por último en esta categoría, se cita la presencia de *sentimiento explícito*, por un auxiliar de enfermería de paliativos con expresión de lágrimas en los ojos. Sentimiento observado por la entrevistadora y expresado durante la entrevista.

## **DIMENSIÓN 7: EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR**

Esta dimensión recoge las opiniones de los entrevistados sobre los recursos y estrategias que tienden a utilizar en la práctica profesional para poder desarrollar y afrontar la labor con pacientes en proceso de morir.

Las respuestas recogidas en esta dimensión están ordenadas según las siguientes categorías: 1) Recursos y estrategias generales; 2) Recursos puntuales y 3) Tiempo de práctica profesional.

## 1) Recursos y estrategias generales

En esta categoría se pueden encontrar diversas opiniones de los entrevistados sobre los procedimientos o medios facilitadores que utilizan y desarrollan en la atención a pacientes en proceso de morir, situación que supone para muchos profesionales, una elevada carga emocional, en el trabajo con estos pacientes. Distintos profesionales confirman que en diversas situaciones tienen que buscar *vías de escape* para protegerse y poder seguir con el trabajo, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- (...) digamos “como necesito” es como cerrar el círculo ahí, ¿no? si no me quedo con eso y me voy para casa y no sé cuánto. (P15. EAD. 17:17)

- Intentamos buscar recursos para poder afrontar este trabajo porque es un trabajo, no que sea complicado, sino tiene una carga emocional y psicológica bastante fuerte. (P22. EEP. 22:22)

- Por tanto implica saberte como profesional, que hay que buscar la medida para protegerse emocionalmente. (P49. EMO. 11:11)

Entre los recursos más utilizados por auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos de distintos servicios se identifica *la desconexión, el olvido y no pensar*, cuando se encuentran en situaciones que les afectan emocionalmente, como es el morir y la muerte de un paciente a su cargo.

- Intento desconectar cuando vengo a trabajar e intento a ayudar a la familia lo que pueda, intento al paciente todo lo que pueda, pero intento después salir, ponerme el bolso y ya soy otra. (P5. EAP. 13:13)

- No pensar. Risas. Lo dejo aquí, intento no llevarme a la casa. (P28. EEMI. 23:23)

- Sí, el olvidar, eso más bien, yo creo que sí, que es suprimir. (P40. EMMI. 18:18)

Diversos entrevistados parecen coincidir en sus opiniones cuando manifiestan que en algunas ocasiones, suelen *compartir las dificultades emocionales con los propios compañeros* de trabajo, como fórmula de desahogo y para tranquilizarse.

- *Hablar con las compañeras: A mí me sirve de desahogo (...). (P5. EAP. 23:23)*

- *He llegado a llorar, a veces desahogar con los compañeros te ayuda. Llorar también ayuda mucho. Los compañeros, son los que suelo normalmente compartir, nos desahogamos un poquito. (P19. EEO. 18:18)*

- *Pues sí, lo expreso, y con las personas, con los compañeros, eso viene bien. (...) Es por desahogarme, por desahogarme locamente, por quitarme presión, relajarme, y soltar la válvula, simplemente por eso. (P33. EMO. 15:15)*

De manera similar, distintos entrevistados señalan como recurso el hecho de *compartir sentimientos con familiares y amigos cercanos*, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- *(...) en mi casa también lo comento, con mi marido y tal, se me muere alguien. Como que notas en ese momento, cómo que te quita el peso. (P2. EAO. 16:16)*

- *Si es algo que de verdad me afecta y me lo llevo a casa el problema, sí lo suelo hablar en mi entorno (...) lo exteriorizo. (P31. EED. 20:20)*

- *Comentas porque estás triste, estás agobiada, estás mal, entonces lo comentas: mira lo que me ha pasado hoy. Un poco de desahogo, ¿no? (P38. EMD. 17:17)*

A su vez, una pequeña parte de entrevistados manifiestan que *no suelen compartir y expresar* sus emociones y sentimientos con las demás personas, y que en muchas veces optan por el silencio, guardándose los sentimientos para sí o resolviéndolos solos.

- *Normalmente yo, como te digo, las cosas me las soluciono yo. (...) me lo como yo solo y ya está. (P1. EAO. 21:21)*

- *Qué va. No, te lo comes, te lo bebes tú sola. (P21. EED. 18:18)*

- *No me gusta nada hablar de las cosas del trabajo, no. (...) suelo comérmelo, me trago en mis sentimientos. (P40. EMMI. 17:17)*

Entre los recursos más señalados por los diferentes informantes se encuentra lo que se puede denominar el *autoconvencimiento* de que hizo lo mejor posible y era lo mejor que podía pasar. Algunos informantes utilizan este término, otros lo encuadran en el término *autoconsuelo*. En las citas siguientes se deja entrever mejor este recurso expresado y utilizado por ellos:

- *Empiezo un poco ya a convencerme yo misma de que es lo mejor que le podía haber pasado, porque ya está, que llegó su momento y demás. (P3. EAD. 22:22)*

- *(...) ya luego pues, vas diciendo: pues mira, estaba enfermito y tal, intentas consolarte. (P21. EED. 16:16)*

- *(...) pensar y ver, bueno, pues se acabó, ya está. O sea, no sé, un poco de meditación, así de autoconvencimiento de que todo tal. Sí, autoconvencerte. (P38. EMD. 18:18)*

Algunos auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, expresan una opinión similar cuando citan que se requiere *tener claro cuál es el papel profesional* al afrontar situaciones difíciles emocionalmente, como son el morir y la muerte de los pacientes.

- *Es mi trabajo, lo tengo que hacer muy a menudo, por desgracia muy a menudo, pero ¿qué voy a hacer? hay que hacerlo, vine aquí para eso y no hay otra. (P9. EAO. 28:28)*

- *Yo tengo muy claro cuales mi profesión, entonces si no la tengo muy clara mal la llevamos. (P17. EED. 20:20)*

- *Intento que normalmente de alguna forma lo justifique con que en ese momento es parte de mi trabajo, ¿no? porque no me gusta tener la sensación*

*de que lo estoy metiendo todo eso en mi vida personal, sino sí que te pierdes, ¿no? (P36. EMP. 12:12)*

Otros distintos informantes expresan que hacen uso de una *protección natural*, identificada como una coraza o escudo que les permite afrontar momentos difíciles en su práctica laboral, tal y como se ilustra en los siguientes fragmentos:

*- Es como un escudo, es como una protección, para que no me afecte, como que es una cosa natural ¿sabes? (P8. EAMI. 19:19)*

*- Entonces yo creo que es una barrera de protección, que por eso yo creo he aguantado tanto en ese servicio. (P26. EEO. 9:9)*

*- (...) generas una coraza para que estos sentimientos no dificulten el resto del trabajo porque hay más pacientes que ver, o me deprimó. (P47. EMD. 19:19)*

Algunos informantes de diferentes áreas comparten una opinión común al relatar que intentan establecer un *control emocional* como forma de estrategia para no verse afectado a sí mismos y para proteger a los demás pacientes y profesionales que tienen a su alrededor, potenciando el autocontrol emocional.

*- Te refinas, es lo que hay. (...) es que si no, no puedes desempeñar tu trabajo. (P4. EAD. 15:15)*

*- Y tú lo emocional tienes que también controlarlo, (...) no puedes estar viviendo todo como si fuera tuyo (...). (P17. EED. 20:20)*

*- Es como una obligación, no puedo dejar que me afecte lo que ha pasado en la habitación 3, en la habitación 4, porque el paciente de la habitación 4 me necesita a mí bien (...). (P40. EMMI. 19:19)*

Entre distintos informantes parece haber coincidencia cuando identifican comportamientos y conductas que tienden a *distanciarlos afectivamente* del paciente y la situación vivida, como fórmula de protección emocional, tal y como se deja entrever en las siguientes citas:

- (...) *me mantengo, me suelo mantener un poco, cómo decirte, bastante al margen, no dejo que me afecte en absoluto. (P4. EAD. 2:2)*

- *Yo, pues, intentar ayudarlos, pues siempre con esa cierta distancia y mantenerla. (...) para que no, emocionalmente, eso no te afecte. (P19. EEO. 17:17)*

- *Con todos he evitado eso, porque mira por dónde. En la práctica hay burnout, no tengo necesidad de generar eso, de sufrir, porque ahí sí que entraría en una fase de sufrimiento, no vas a hacer nada, porque no vas a hacer nada. Tampoco lo estás solucionando nada. Y por otro lado, ahí sí que lo he pasado mal, mira por donde. (P39. EMO. 23:23)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros coinciden en señalar el *llanto* como un recurso que les permite desahogar y afrontar mejor el trabajo con pacientes en proceso de morir, tal y como se ilustra a continuación:

- *Llorar es como un desahogo, yo creo. (P10. EAMI. 22:22)*

- *Y para mí, el mecanismo que he usado, que es la lágrima, y eso, lloro y me despido. (P23. EEMI. 12:12)*

Dos auxiliares de enfermería y un enfermero, una vez más, presentan una opinión común al señalar que ante situaciones tan delicadas a nivel emocional, hacen uso de la risa e intentan *no tomarse tan en serio* la situación, como se observa en los siguientes fragmentos:

- *Te ríes un montón, y todo lo que digan te parece gracioso. Y hasta tú misma te explica: cómo puede ser que una persona esté ahí y que tú te estás riendo. (P8. EAMI. 21:21)*

- *A veces nos reímos de esto, de lo otro, pero yo pienso que en definitiva es como una forma que tenemos de desahogarnos de todo lo que estamos viendo y viviendo. (P26. EEO. 20:20)*

Un auxiliar de enfermería y un enfermero, ambos de paliativos, señalan como recurso utilizado el hecho de *dirigir sus pensamientos hacia otros hechos más*

*positivos* que suele ocurrir en la práctica laboral en su relación con pacientes que se encuentran en proceso de morir.

- *A veces haces amistades, te ven por la calle te saludan, te dan las gracias, te quedas con eso, con lo positivo. (P14. EAP. 26:26)*

Dos auxiliares de enfermería y un médico, expresan una opinión común al relatar que ante los casos de muerte de los pacientes a su cuidado, prefieren *pensar que se encuentran aislados*, o sea, que es algo que no les va a tocar, que no va con ellos, tal y como se aprecia en los siguientes fragmentos:

- *Pero vamos, estás aquí, piensas que a ti no te va a tocar, ni a ninguno de los tuyos tampoco. Es como un recurso para protegerme, sí, claro. (P9. EAO. 12:12)*

- *Estamos un poco aisladas, o sea, estamos ya impermeabilizados de todo. (P37. EMD. 7:7)*

Algo más singular, citado por un auxiliar y un médico, se refiere al recurso utilizado de *ser optimista* y pensar en positivo, tal y como se ilustra en el siguiente pasaje:

- *Entonces el hecho de pensar que, que yo pienso: me voy a encontrar mejor, pues intento entender el momento en el que vivo, lo entiendo, el estado pues que estoy pasando, y nada, ya al día siguiente, superar. Porque si no haces así, uff. (P16. EAD. 22:22)*

Un gran número de enfermeros y médicos comparten la opinión al señalar que, normalmente, se *autoprotegen*, no implicándose demasiado a nivel emocional, en su relación con el paciente.

- *(...) voluntariamente no vincularme demasiado. (P31. EED. 12:12)*

- *(...) cuando hablo de mecanismos de defensa es que no implicarte demasiado con el enfermo y su familia sin dejar de atender sus demandas. (P42. EMP. 18:18)*

Algunos enfermeros y médicos relatan que en estas situaciones, suelen recurrir a realizar *cursos y lecturas* como un recurso para facilitar el trabajo con pacientes que se encuentran en proceso de morir.

- *Me he formado para eso, para pues afrontarlo, para poder trabajar mejor. (P22. EEP. 23:23)*

- *(...) herramientas de relajación que uno por supuesto ha aprendido, ¿no? me he preocupado por enseñarme, porque no las enseñan, es claro. (P35. EMP. 17:17)*

Enfermeros y médicos, otra vez, parecen coincidir en sus respuestas, cuando señalan que establecer una *buena comunicación y empatía* suele ser un buen recurso personal en el cuidado y la atención a pacientes en proceso de morir.

- *Ese tipo de situación, a mí me sirve como una estrategia, no sé si es exactamente una estrategia, pero me sirve para enfrentarme en ese tipo de situación. Personalmente, a mí me ayuda, es decir, que si la familia está tranquila y el paciente también. (P20. EEO. 20:20)*

- *Y yo intento averiguar qué es lo que más le gusta al paciente. Porque eso me ayuda a mí a la hora de que él me haga caso, y de que me entienda y comparta conmigo las cosas, buscar un poco de empatía, ¿no? (P40. EMMI. 8:8)*

Una opinión similar expresan algunos médicos de distintos servicios, con excepción de paliativos cuando señalan como recurso personal utilizado, el desarrollo de una adecuada comunicación, asociada a la idea de mantener al *paciente y familiares informados en relación al diagnóstico y al pronóstico*.

- *El noventa por ciento de mis pacientes conocen a su diagnóstico y su pronóstico. Eso te ayuda mucho como profesional también a comunicarte con ellos, a ayudarlos a ellos también, y a liberarte tú. (P49. EMO. 17:17)*

Algunos médicos, con excepción de paliativos, expresan opiniones parecidas al señalar que ante situaciones difíciles frente a pacientes en proceso de morir, suelen tomar *decisiones colegiadas*, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

- (...) normalmente siempre lo intentas comentar a los compañeros para, es como un poco también, una forma de descargarte a ti de responsabilidad. (P46. EMD. 17:17)

Algo más singular, relatado por dos médicos, uno de paliativos y el otro de oncología, se refiere al recurso de *apoyo psicológico* como forma de ayuda para poder afrontar la labor con pacientes en proceso de morir.

- Mi mujer es psicóloga, ella es psicooncóloga. Entonces con ella hablo. Cuando tengo algo así, lo comento y tal. Eso sí me ayuda, eso sí. (P39. EMO. 17.17)

Por último, destacamos la opinión de distintos entrevistados que ponen de manifiesto que no son conscientes de la utilización de ninguna estrategia en particular, si aparecen en muchas ocasiones son recursos naturales que emergen espontáneamente, no están planificados, tal y como se aprecia en las siguientes citas:

- Sobre estrategia, ni siquiera me lo he planteado, de pensar en algo como: ¿En qué puedo pensar para que se me vaya eso de la cabeza? Eso no. Ya sobre la marcha, una cosa que hago mecánico, coge, sabes lo que tienes que hacer, primero esto, después esto y ya está. (P4. EAD. 21:21)

- Yo creo que es algo inconsciente, yo creo. O sea, yo no soy consciente en este momento de establecer alguna barrera. Sino yo creo que es algo que ya lo hago inconscientemente. No sigo ninguna metodología, ni me paro a pensar: no con ese paciente me puede afectar o tal, no. (P26. EEO. 19:19)

- Pero hay un automatismo, así mismo se tiene que tener de instrumentos. (P35. EMP. 17:17)

## 2) Recursos puntuales

Esta categoría recoge las opiniones de los entrevistados en relación a los recursos utilizados en momentos puntuales, en los que se sienten afectados emocionalmente, como una manera de satisfacer necesidades de forma puntual y rápida, y poder continuar con la labor profesional.

En su mayoría los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos coinciden al opinar en relación a la utilización de recursos puntuales, cuando señalan que, normalmente, prefieren *salir de la habitación* para intentar mantenerse en calma. En las citas que se recogen a continuación se manifiestan algunos ejemplos:

- *En tener que salir de la habitación y venirte aquí al off y lavarte la cara, y coger aire o irte abajo un rato, porque te angustia. (P13. EAP. 23:23)*

- *(...) no es la primera vez que no tienes las ganas de llorar y tienes que ir para un rincón a desahogarte porque estás agobiada, te estás oprimiendo las ganas de gritar o de llorar. (P24. EEMI. 19:19)*

- *Hombre, te lo aguantas ahí, te lo tragas otra vez. Risas. Sales, clareas un poquito y ya está. (P37. EMD. 15:15)*

Los distintos informantes coinciden nuevamente en sus ideas sobre el uso de recursos puntuales, cuando relatan que realizan un ejercicio activo que pretende *desconectar entre una habitación y otra o entre pacientes*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- *El cambiar el chip, significa para que no me afecte. Sí, porque yo pienso, yo digo: yo tengo que seguir cuidando a más pacientes, no me puede afectar una persona. (...) ¿Si no cambia el chip?, pues lloraría, me afectaría, sería como un recurso. (P6. EAP. 26:26)*

- *(...) entonces pues, el chip (...) sales, y tienes que tener el chip de luchar con otros pacientes. (P27. EEMI. 21:21)*

- *Trato de cortar, ¿sabes? pasa en tu mente: tengo que seguir, yo tengo que seguir trabajando. (P49. EMO. 19:19)*

Algunos de los diferentes entrevistados señalan que en momentos puntuales se sienten de algún modo afectados emocionalmente y hacen un esfuerzo por *ignorar la parte emocional*, tal y como se refleja en las expresiones recogidas a continuación:

- *Pero, tienes que un poco ignorar. (P3. EAD. 17:17)*

- *No me paro, las ignoro y sigo. (P21. EED. 27:27)*

- *Yo he salido muy mal de una habitación y entrado sonriente en la siguiente. (P40. EMMI. 19:19)*

Algunos auxiliares de enfermería parecen opinar de forma similar, cuando relatan que al tratar con pacientes en proceso de morir, prefieren *pensar que tratan con pacientes normales*, que no se encuentran en situación terminal.

- *Nunca pienso que voy a un paciente terminal. Yo sé que es terminal, pero a la hora de estar con él, lo trato como un paciente normal. Yo creo que eso me ayuda un poquito algún lado. (P6. EAP. 21:21)*

- *(...) entramos con ese aire de que aquí no pasa nada, de tranquilo, riéndote muchas veces, ponerse una broma. (P11. EAO. 11:11)*

En esta categoría, dos auxiliares de enfermería, uno de oncología y el otro de medicina interna, manifiestan una opinión similar, en relación a los familiares de los pacientes, al señalar que, en ocasiones, prefieren *evitar el contacto con el familiar* para no sentirse afectados emocionalmente.

- *(...) tú entras y procuro en ese momento no tener mucho roce con el familiar porque si no es así, me afecta. (P9. EAO. 16:16)*

En la misma línea, dos auxiliares de enfermería y un enfermero señalan que en momentos difíciles, en los que sienten implicación emocional, como es el caso de la muerte de algún paciente a su cuidado, *prefieren no llevar solos* el caso y buscan

la colaboración de otros compañeros, tal y como se aprecia en los fragmentos siguientes:

*- No, porque siempre lo he intentado no llevar sola, siempre he concertado con alguna compañera, siempre he tenido apoyo, siempre sacaba delante. (P4. EAD. 2:2)*

*- Bueno, normalmente llevo a alguien, porque lo prefiero, luego pues sí, en la verdad que te ayuda. (P18. EEP. 15:15)*

Algo similar se aprecia en las respuestas de algunos auxiliares de enfermería y médicos, cuando señalan que ante situaciones difíciles con afectación emocional y ante sentimientos de impotencia, utilizan conductas de evitación y optan por *trasladar el caso* a otro compañero, tal y como se observa en las siguientes citas:

*- Ha habido pacientes que por ejemplo, tú les coge cariño y a lo mejor tú se lo dices a la compañera, que somos muchas: ¡por favor, vete tú! No quiero, ni con los familiares, es que no quiero. Porque sé que si voy, me voy a desmoronar. (P4. EAD. 14:14)*

*- (...) cuando llegó ese momento, yo le dije que lo viera ella, que ella lo siguiera tratando, ¿sabes? no quise verlo, ¿sabes? para evitar tener esa carga emocional. Yo no desligué, lo veía ella y ella me contaba: mira está así, falleció, tal no sé qué. Luego tuve otra paciente (...) pero he evitado, sí, sí, con todos. (P39. EMO. 23:23)*

Dos informantes, uno auxiliar y otro médico, expresan una idea parecida cuando relatan que, puntualmente, cuando se sienten más implicados emocionalmente utilizan estrategias de *distanciamiento de los pacientes*, y establecen contactos que no facilitan la expresión de sentimientos, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

*- Yo ejecuto así mi trabajo, no es la primera vez que hemos ido a una habitación y está el enfermo, pues eso, lloroso porque el médico le acaba de dar la noticia, entonces discretamente cerramos la puerta y nos vamos, no decimos nada. Luego volvemos, ya más tarde, y entonces entramos y: ¿qué*

*tal? ¿ya te bañaste? y ¿cómo estás?, ¿cómo has descansado? (...). (P11. EAO. 13:13)*

Un auxiliar de enfermería y dos médicos manifiestan la misma opinión al señalar que puntualmente prefieren *pensar en cosas agradables, pensar en la vida* y en disfrutarla, fórmula que les ayuda para afrontar situaciones difíciles como la muerte de los pacientes a su cuidado.

*- (...) sólo pienso en lo que me espera fuera, que es muy bonito, y que tengo que hacerlo, tengo que hacerlo así, para poder seguir ayudando y haciendo mi trabajo, porque si no... (P4. EAD. 18:18)*

*- Pienso cosas agradables, cosas que me han pasado. Entonces ya, te despides de los pacientes. (P38. EMD. 18:18)*

Entre algunos enfermeros y médicos parece existir coincidencia cuando señalan como recurso puntual utilizado, el hecho de *continuar con el trabajo*, meterse en la rutina, sin pararse a pensar mucho en lo que les afecta.

*- El trabajo en sí, o sea, el mismo trabajo te hace olvidarte un poco porque después de ese paciente tengo muchos. Entonces el seguir trabajando es lo que más te alivia, a mí por lo menos. (...) que me pille trabajando. (P31. EED. 18:18)*

*- Bueno, pues ya empiezas a ver qué paciente necesita que haga algo por él. (P38. EMD. 18:18)*

En líneas parecidas, algunos médicos relatan que puntualmente no hay mucho qué hacer, sino *apechugar y aguantar como uno pueda*. Tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

*- (...) un poco lo aguantas así como puedas y tal. Y si tienes un mal día, intento quedar al final del día como puedas. (P46. EMD. 21:21)*

*- Muchas veces no tengo ni tiempo ni para hacerlo, tengo que apechugar, que aguantar. (P48. EMO. 19:19)*

Para finalizar, algunos médicos en relación a los recursos utilizados para afrontar la muerte de sus pacientes, señalan que, puntualmente, suelen *trabajar la respiración, hacer ejercicios de relajación y meditación*, tal y como manifiestan en las siguientes citas:

- *Mi recurso, aparte de ejercicio de relajaciones instantáneas que hago, al final ni sé qué hago, con psicólogo, y aparte de esos ejercicios de relajación instantáneos, de visualización. (P35. EMP. 17:17)*

- *Normalmente relajación y meditación, o sea, un poco de interiorizarme, ¿sabes? (P38. EMD. 18:18)*

- *Bueno, hago ejercicios de respiración, muchas veces, y puedo parecer tonto pero lo hago. (P49. EMO. 19:19)*

### **3) Tiempo de práctica profesional**

Con respecto a esta categoría las respuestas de los entrevistados arrojan diversas opiniones sobre la influencia del tiempo de práctica profesional en el modo de afrontar y atender a los pacientes en proceso de morir.

Se inicia la presentación de los resultados con la exposición de las respuestas relativas al factor escaso tiempo de práctica y a los inicios de su práctica profesional.

Gran parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, en todos los servicios, relatan que *al empezar la labor con estos pacientes tenían grandes dificultades*, les impactaba más, había mayor sufrimiento emocional, se frustraban más, y algunos manifiestan que no querían acudir al trabajo. En las citas siguientes se ilustran estos aspectos:

- *En un principio, cuando empecé, el primer año, segundo año por ahí, llegó un momento en que sí te notas tú más afectado, te ibas más cargado. (P1. EAO. 25:25)*

- *(...) cuando yo empecé, súper asustada. Uno se me ponía malito y yo estaba súper asustada, tenía miedo que se me muriese. (P26. EEO. 21:21)*

- *Cuando empecé me afectaba más que ahora. (...) qué hacer con un enfermo incurable, cómo hablar con él, cómo comunicarle una mala noticia, yo no sabía nada. (P42. EMP. 21:21)*

Distintos informantes coinciden al señalar que al principio, *no tenían escudo*, ninguna protección, por lo que se llevaban más cosas a casa y sentían que les afectaba más.

- *(...) la coraza se va haciendo con el tiempo, con el callo del trabajo, que es aquí dentro, de ese sufrimiento. (P8. EAMI. 24:24)*

- *Yo cuando estoy con compañeras que están recién acabadas, sí que lo, como todas lo hemos pasado, te da más, te pones a pensar o más no sé, te afecta más. (P32. EED. 16:16)*

- *Hombre, dificultad al principio sí, pero ya estás aquí ya, ¿sabes? (...) ya también tienes tus propias tácticas, ya sabes más o menos como entrar. (P37. EMD. 2:2)*

Un auxiliar de enfermería y un enfermero, del servicio medicina interna, coinciden al señalar que al principio *comentaban más las dificultades* del trabajo con otras personas cercanas, pero ahora intentan dejarlo todo, en el marco del trabajo, tal y como se ilustra en el pasaje siguiente:

- *Al principio cuando estás empezando cuentas las cosas y dices, yo no cuento, yo cuento muy poquitas cosas de mi trabajo. (...) Yo lo dejo aquí. (P28. EEMI. 23:23)*

Un auxiliar de oncología y un médico de paliativos señalan que llevan poco tiempo de práctica profesional, como forma de justificar que *no cuentan con nada*

*para afrontar* las dificultades que proceden del trabajo con pacientes en proceso de morir.

- (...) *el tiempo también te va torneando cosa y ya vas actuando de otras maneras, pero ahora mismo no tengo nada. Yo trato lo mejor que pueda pero tampoco yo llevo demasiado tiempo para afrontar.* (P2. EAO. 17:17)

A su vez, dos enfermeros y un médico, en relación al poco tiempo de práctica, señalan que parecen *sufrir menos* que otros profesionales que llevan más tiempo trabajando.

- *El tiempo que llevo trabajando, en la verdad, que es poco tiempo. Me afecta menos, porque yo he visto compañeras porque (...) conocen más a los pacientes, se los conocen más y yo creo, pues, que les afecta más.* (P19. EEO. 20:20)

Un número mayor de enfermeros y médicos expresan distinta opinión a los anteriores, cuando señalan que al principio de su actividad se *implicaban más con los pacientes*, por lo que parece que les afectaba más.

- (...) *al principio estar aquí trabajando me enganchaba mucho con la gente. Claro, ingresaba, pues yo iba a visitarlo, hasta que aprendí que no, porque eso me hacía mucho daño, pues pasaba muy mal.* (P29. EEP. 4:4)

- (...) *me implicaba más, de la manera, pero sabía menos cómo manipular una situación de ese tipo ¿no?* (P49. EMO. 20:20)

Dos médicos opinan de forma similar cuando relatan que al principio de su práctica profesional solían tener *más miedo a la temática del morir y a la muerte*, tal y como se ilustra en la cita siguiente:

- *Ha cambiado bastante, es decir, que yo ahora no le tengo el miedo a la muerte que le tenía antes.* (P43. EMP. 8.8)

A partir de este momento se expondrán los resultados relacionados con la percepción que genera en los profesionales el hecho de contar con un mayor tiempo

de práctica profesional y de experiencia profesional. De tal modo, gran parte de los informantes identifican que el tiempo de práctica profesional *influye mejorando* el trato con pacientes en proceso de morir, como ejemplos, lo asocian con sensaciones de tranquilidad, serenidad y madurez a la hora de afrontar las dificultades.

- *Es duro. Luego pasa que, cuando ya lo hace repetitivamente (...) pues ya yo creo que los años de trabajo alivian el tema. (P12. EAMI. 26:26)*

- *Sí, yo creo que sí. Yo creo que influye a mejor. Influye mejor a la hora de actuar y de enfrentarte a las situaciones. (P28. EEMI. 22:22)*

- *Al principio llegas un poco en blanco, intentas fijarte en lo que hacen los demás, y un poco copiarlos, y luego conforme vas tú trabajando, pues te vas haciendo tú esquema o tú protocolo de trabajo, te va costando menos ya la gente. (P34. EMP. 16:16)*

De manera similar, otros informantes señalan que pasados los años, suelen *afrontar mejor* el trabajo con pacientes en proceso de morir, de forma que les procura menor sufrimiento. Tal y como ilustran los pasajes siguientes:

- *El tiempo te ayuda a afrontar, y a ver también las cosas con más claridad, la vida también. (P10. EAMI. 24:24)*

- *Ahora mismo realmente, me afecta menos. Entre otras cosa yo supongo porque lo controlas mejor y ya lo ves de otra manera. (P18. EEP. 16:16)*

- *Entonces a lo largo del tiempo pues vas desarrollando una serie de mecanismos íntimos que te hacen afrontar las cosas de mejor manera. (P42. EMP. 18:18)*

Gran parte de los entrevistados coinciden en señalar que el tiempo de práctica profesional, favorece que se *adaptan, acostumbren, acomoden* o, incluso, *ignoren* la situación problema.

- *(...) ahora, con la práctica he aprendido a llevarlo mejor. (...) ignoro. (P1. EAO. 27:27)*

- *Claro el tiempo hace que te vayas acostumbrando a todo y que veas las cosas con más normalidad. (P29. EEP. 24:24)*

- *Yo creo que nos acostumbramos al sufrimiento. (P40. EMMI. 21:21)*

Distintos entrevistados manifiestan opiniones similares al asociar que con el tiempo y la experiencia profesional, normalmente conocen el pronóstico del paciente y saben que ante ciertas situaciones *ya no hay mucho qué hacer*. Tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Yo creo que con los años, que tomas el tema de la muerte de otra manera, (...) que ya cuando te viene un terminal que sabes que por lo mucho que le haga no le vas a aliviar nada. (P3. EAD. 4:4)*

- *(...) cada día te va enseñando, sabes lo que, al final, lo que va a pasar, ¿no? Y bueno, como que te acostumbras. (P29. EEP. 16:16)*

- *(...) se hace lo que puede y si ves que ya, normalmente ves con antelación que las cosas van a ir mal. (P33. EMO. 12:12)*

Algunos de los informantes relatan que con el tiempo *se endurecen* y normalmente *ven el proceso de morir y la muerte de manera más fría*. Tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *Ahora me veo más, no insensible, como más dura quizás, ¿puede ser? (...) No quiero hacerme ni, pero, tampoco quiero hacerme mucho. (P5. EAP. 13:13)*

- *Hay determinadas cosas que uno se acostumbra, pero no a mal, quizás a verlos de una manera más fría con lo cual lo puedas ayudar mejor. (P25. EEO. 4:4)*

- *(...) ya somos duros en eso, ya nos endurecemos de una forma que parece, no es que queramos ser así, pero es que es el día a día que nos hace ser así. (P48. EMO. 19:19)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros describen que con el tiempo *aprenden a separar y a poner una barrera* en la relación y atención, con la finalidad de que no les afecte a nivel emocional, tal y como se ilustra a continuación:

- *Pero que, ya lleva uno un tiempo y separo, yo sé más o menos separar lo que hay aquí a cuando me marchó. (P9. EAO. 3:3)*

- *(...) pero eso ahora, cuando empecé no tanto, quizás se aprende a poner un poco la barrera, ¿no? porque si no te lo llevas a casa. (P25. EEO. 3:3)*

A su vez, un auxiliar y un enfermero señalan que llevan mucho tiempo atendiendo a pacientes en proceso de morir y *se ven agotadas emocionalmente*, tal y como se puede observar en el siguiente pasaje:

- *(...) la gente se va quemando. Están en un mismo sitio, se van quemando (...) yo creo que va dando la paliza, año tras año es más joven, lamentablemente opino así. (P8. EAMI. 5:5)*

En relación a los enfermeros, tres entrevistados señalan que con el paso del tiempo aprendieron a *no vincularse emocionalmente* con el propósito de protegerse, tal y como expresa la siguiente cita:

- *Te tienes que relacionar. Lo que pasa es que últimamente me relaciono lo justo. Risas. Intento no ir mucho más. (P30. EEP. 15:15)*

Dos enfermeros, en concreto de medicina interna y digestivo, relatan que con el paso del tiempo aprendieron a *tolerar menos y a imponerse más* ciertas dificultades, como se refleja en la siguiente cita:

- *Pero también te influye más a la hora de tolerar, toleras menos. Al principio toleras más (...). (P28. EEMI. 22:22)*

Entre algunos enfermeros y médicos parece existir coincidencia cuando relatan que con el tiempo, normalmente, el profesional *aprende hasta dónde se puede llegar*, o sea, que no siempre se puede curar y salvar un paciente, tal y como se ilustra en los pasajes presentados a continuación:

- *Con el tiempo he aprendido a saber cuando no se puede hacer algo más, pues, me siento bien, satisfecho, ¿no? pero no puedo hacer nada más porque hasta aquí hemos llegado. (P31. EED. 22:22)*

- *Poco a poco con el tiempo lo vas aprendiendo. Pero yo creo que es una decisión de las más difíciles, ¿no? saber decir cuando parar y dejar a las personas que se mueran. (P40. EMMI. 4:4)*

En relación a los médicos, gran parte de ellos señalan, que el tiempo influye en el modo de comunicarse con el paciente, o sea, *con el tiempo se comunica mejor*, tal y como se ilustra en las citas siguientes:

- *(...) raramente he aprendido antes, pero que a la hora de eso, de dar información al paciente. (P41. EMMI. 26:26)*

- *(...) para mejorar la relación, la empatía u otras circunstancias, yo creo que se han modificado. (P45. EMMI. 17:17)*

Resulta de interés exponer la opinión en relación con el tiempo de práctica profesional de diferentes entrevistados, cuando describen que a pesar de llevar bastante tiempo de actuación, ante la realidad laboral de atender enfermos en proceso de morir, *hay momentos en que se ven bloqueados emocionalmente*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos de su relato:

- *(...) ya tienes la costumbre y crees que no te afecta, pero a lo mejor, yo creo que a cada cierto tiempo sí, que eso quieras o no te va minando, ¿no? siempre te va quedando algo. (P15. EAD. 20:20)*

- *Al llevar tanto tiempo hay algunas veces en la cuales te bloqueas, ¿no? Y dices tú: concha, si llevo montón de tiempo aquí yo no debería poder actuar de esa forma, ¿no? (P30. EEP. 8:8)*

- *(...) probablemente nos faltan a pesar de los años trabajados, nos faltan herramientas, que bueno, que probablemente es autocrítica, tendríamos que mejorarlo. (P35. EMP. 2:2)*

De manera similar, algunos auxiliares y enfermeros describen que con el tiempo de práctica profesional *sufren y les afecta emocionalmente, pero de otra*

*manera*, o sea, ven el proceso de morir de forma más natural, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- (...) *que sufres, pero de otra manera, no te amarga tanto ya, sino ya lo ves cosas como que ya son naturales, que tienes que pasar, más resignada.* (P3. EAD. 21:21)

- *Yo también lo paso mal hasta ahora, pero ya te acostumbras a trabajar con pacientes que van a morir y con las familias.* (P30. EEP. 9:9)

Algo similar se percibe en los relatos de algunos enfermeros y médicos cuando señalan que con el tiempo de práctica profesional *se trabaja mejor, pero que de algún modo sufren* y les afecta emocionalmente:

- *Pero sí, me afecta. Y aprendes, bueno, con el tiempo, yo creo que me encuentro mucho mejor trabajando ahora que antes, con menos miedo, con menos todo.* (P28. EEMI. 22:22)

- *O sea, no quiero decir eso que no aceptas afrontarlo, lo afrontas mejor pero nunca te acostumbrarás a que se muera.* (P38. EMD. 9:9)

Por último, resaltar la opinión de cuatro informantes de diferentes grupos, que manifiestan que con el paso del tiempo de práctica profesional, acaban por *valorar más la vida personal*. Se puede decir que representa un aspecto positivo de la influencia del tiempo de práctica y experiencia laboral, algo que se puede visualizar mejor en la siguiente dimensión analizada. A modo de ejemplo, se presentan a continuación algunos pasajes:

- *Sí te cambia, a mí personalmente me ha cambiado la forma de ver las cosas.* (P5. EAP. 6:6)

- *Yo creo que influye un poco en tu vida normal. En ver la vida de otra manera, no sé, la ves de otra manera pero después la vives como todo el mundo.* (P25. EEO. 6:6)

- *Yo siempre tengo que agradecer mucho (...) me han hecho cambiar la escala de valores que a lo mejor podía tener al principio, de empezar a trabajar aquí. (P42. EMP. 21:21)*

## **DIMENSIÓN 8: INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN**

Esta dimensión describe la valoración de los entrevistados sobre el trabajo desarrollado directamente con pacientes en proceso de morir y por lo tanto, sobre la temática de esta investigación.

Las respuestas recogidas han sido ordenadas según las siguientes categorías:

1) Propuestas de mejora; 2) Acciones y apoyo; 3) Puntos positivos y 4) Valoración del tema.

### **1) Propuestas de mejora**

En esta categoría los entrevistados describen diferentes propuestas y acciones de mejora para desarrollar y fomentar el trabajo con pacientes en proceso de morir.

En primer lugar, se describen las propuestas de mejora relacionadas con la formación y enseñanza de habilidades que faciliten el trabajo con pacientes en proceso de morir y la muerte.

Un gran número de auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos ponen el acento en la necesidad de desarrollar algún tipo de acción de mejora en relación a la formación, y citan como ejemplo, una *mejor preparación en la graduación* para mejorar el afrontamiento del trabajo con pacientes en proceso de morir.

- *Yo pienso que cuando estudias FP un poco deberías tener una preparación de esto, de los enfermos que están terminales y de lo que son las fases de la muerte, y de cómo afrontarlo, de todo sí, antes de empezar aquí. (P3. EAD. 22:22)*

- *Yo creo que es formarnos, sobretodo eso, de estar a lo mejor con formación. (P22. EEP. 24:24)*

- *Es interesante que se tenga un concepto en la universidad, en la carrera, de lo que es realmente un paciente con estas características diferentes de los demás. (P48. EMO. 9:9)*

Algunos médicos señalan como propuesta de mejora la implantación de la *asignatura obligatoria de cuidados paliativos* para médicos y enfermeros, tal y como se expresa en la siguiente cita.

- *(...) que es necesario, absolutamente necesario, tanto en enfermería como en las facultades de medicina que se implanten la asignatura oficialmente y obligatoria, ni siquiera optativa, en mi opinión. (P42. EMP. 9:9)*

Un médico, en concreto de medicina interna, señala como propuesta de mejora que los *residentes roten por la unidad de cuidados paliativos*, tal y como se ejemplifica en la siguiente cita:

- *(...) mis residentes rotan por paliativos. Y para mí, y por algunas experiencias de residentes que ya han rotado, es una forma de ver otras formas de enfrentarse a la muerte de las personas, ¿vale? (...) creo que les viene bien. (P40. EMMI. 24:24)*

Dos médicos, ambos del servicio de paliativos, manifiestan opiniones parecidas al señalar la necesidad de *formación continuada en cuidados paliativos* y *desarrollar investigaciones* en el mismo área.

- *Formación continuada en paliativos, porque bueno, van apareciendo medicamentos nuevos, van cambiando cosas. (P42. EMP. 22:22)*

- *(...) hacer investigación en paliativos (...) también investigar a ver cómo podemos ayudarle mejor en el aspecto psíquico, en el aspecto biológico, en el aspecto fisiológico (...). (P43. EMP. 24:24)*

En la misma línea, distintos informantes proponen la realización de cursos con más frecuencia e inmediatamente tras la formación académica, o sea, *antes de que el profesional adquiriera su propia forma de actuar*, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

- (...) *a lo mejor sería todo mucho más fácil si a la gente que está empezando se les enseña, digamos, ¿no? (...) que quitaría a lo mejor muchas cargas, ¿no? (P15. EAD. 21:21)*

- (...) *antes de iniciar una profesión como ésta, sanitarios, debería haber una preparación a los profesionales (...) porque estamos tratando con personas. (P17. EED. 24:24)*

- (...) *te pueden hacer algún tipo de taller para ensayar (...) pero sobre todo cuando empiezas, ¿sabes? porque cuando ya adquieres tú tu forma de decir las cosas y tal, al principio sí. (P37. EMD. 19:19)*

Algo similar se percibe en las respuestas de gran parte de los diferentes entrevistados cuando señalan como propuesta de mejora, una *preparación añadida a la recibida en la graduación*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- (...) *tener otra visión sobre la muerte, que a veces se nos olvida o se nos escapa. Pues, tener algún curso que de vez en cuando nos recuerden que la muerte forma parte de la vida. (P16. EAD. 26:26)*

- *Quizás lo que estaría en falta son cursos, talleres para reciclar (...) para llevar y poder llevarlo como se pueda el sufrimiento del paciente y de la familia. (P24. EEMI. 26:26)*

- (...) *de vez en cuando nos den un cursillo, algo que te enseñe a relajarte, a buscar mis mecanismos de defensa, de relajación, a meditar. (P33. EMO. 22:22)*

Algunos de los entrevistados relatan como propuesta de mejora una *formación más subjetiva y emocional* para los sanitarios que trabajen con pacientes en proceso de morir y la muerte.

- *Una formación más bien de relación humana, pienso yo. (...) un poquito más en el tema humano. Ahí falla mucha gente. (P12. EAMI. 10:10)*

- *(...) una preparación en ese sentido para trabajar con las emociones y sentimientos para que sepas afrontarlas (...) una preparación dedicada a esa relación que tú tienes con lo que es un enfermo, y todo lo que conlleva, familiares y todos los procesos y todas las edades (...). (P17. EED. 24:24)*

- *(...) de forma formativo en general en sanitarios (...) a nivel del manejo de la relación médico-paciente con la familia (...). (P45. EMMI. 19:19)*

De modo más singular, algunos auxiliares de enfermería relatan la necesidad de desarrollar un curso que permita *formar profesionales especializados* para actuar en servicios con pacientes en proceso de morir, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Antiguamente, a lo mejor si tú ya habías estado en ese servicio, se procuraría más a gente que conocía de este servicio. Así como que la cosa, para mí, funcionaba mejor. (P9. EAO. 25:25)*

- *Yo creo que deberían mirar la calidad de pacientes de cada planta y poner el personal adecuado. (P10. EAMI. 25:25)*

Además de la formación, los entrevistados describen propuestas de mejora relacionadas con la formación en relación de ayuda y preparación profesional a un nivel más subjetivo y emocional, para que puedan desempeñar la labor con pacientes en proceso de morir.

Gran parte de los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos identifican la necesidad de recibir *ayuda psicológica por los profesionales sanitarios*, de forma que se encuentre a su alcance, con cierta frecuencia. Tal y como reflejan las siguientes expresiones:

- *(...) deberían estar más al alcance, pasar a la planta de vez en cuando, preguntar cómo están, eso para nosotros mismo. (P3. EAD. 26:26)*

- *La psicóloga dio una charla y estuvo bien. Creo que debería ser más frecuente. Creo que a lo mejor no sé si es por culpa nuestra porque no la demandamos o si porque no se pueden hacer, no lo sé. (P22. EEP. 24:24)*

- *(...) la institución pues debía de poner mecanismos como tener psicólogo, debía de haber gente dedicada a esto (...). Porque no sabemos reconocer muchas veces que vamos muy acelerado. (P33. EMO. 22:22)*

De manera similar, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros acentúan la necesidad de disponer de *alguien para trabajar el aspecto emocional* de los profesionales, tal y como se ilustra en las siguientes citas:

- *A mí me gustaría la ayuda de algún profesional dentro del hospital para ayudar a trabajar con eso. (P2. EAO. 16:16)*

- *Yo pienso que de vez en cuando que alguien te, igual que tú ahora lo has hecho, ¿no? pues que te preguntara, que te dijera, que te ayude a expresarte y a decir, todo lo que tú sientas lo puedas decir. (P29. EEP. 25:25)*

Distintos entrevistados señalan como propuesta de mejora, la necesidad de disponer de *psicólogos para pacientes y familiares*, con la idea de que la implementación de un trabajo con los mismos ayudaría y fomentaría, de algún modo, el desarrollo de la labor de profesional sanitario. En los fragmentos siguientes se ilustran estas opiniones:

- *Quizás que haya un equipo de profesionales cualificado que tenga más contacto con el enfermo y la familia (...). Y ayudando a ellos acaba que nos ayuda también, porque de alguna manera es una cadena. Si ellos están bien, nosotros también vamos a estar bien. Entonces habiendo así como un apoyo psicológico para ellos. (P11. EAO. 25:25)*

- *Yo creo que la única mejora que yo vería en ellos es buscar ayuda psicológica para esto, porque a todos nos queda siempre la ayuda que les falta al paciente y a la familia a la hora final, la muerte. (P24. EEMI. 26:26)*

- *Estar en el momento en el que se da la mala noticia y quizás nos ayudaría a manejar de otra manera (...). (P47. EMD. 21:21)*

En la misma línea, algunos enfermeros relatan como propuesta de mejora la inclusión de profesionales *psicólogos para trabajar con pacientes, familiares y, además, con los propios profesionales sanitarios*, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

- *Sería mejor un psicólogo (...) para ayudar a enfrentar al paciente, a nosotros, incluso a los familiares, y que haga terapia de grupo en familia. (P21. EED. 32:32)*

Otros auxiliares de enfermería centran la propuesta de mejora en aspectos más específicos, relacionados a los familiares de los pacientes, cuando ven la necesidad de disponer de algún tipo de *ayuda para que los profesionales actuaran con los familiares de pacientes terminales*, tal y como se refleja en el pasaje siguiente:

- *Y como yo te decía, en ese sentido, debería tener una preparación para ellos a veces también, y no sabemos cómo (...). (P2. EAO. 15:15)*

Entre algunos enfermeros y médicos, en concreto del servicio de paliativos y oncología, parece existir coincidencia cuando identifican la necesidad de desarrollar un *trabajo en grupo* entre los propios profesionales, con el objetivo de aliviar tensiones y exponer los sentimientos que proceden de la práctica profesional con pacientes en proceso de morir.

- *Entre nosotros hacer sesiones y cosas de trabajar lo que nos preocupa, y de desconectar, aprender desconectar sobretudo. (P26. EEO. 24:24)*

- *Yo creo que tiene que sentar el médico, el enfermero, el celador y todos los que estamos en esa historia, y hablar así, así como yo estoy hablando, sin miedo, en un grupo pequeño, que no fuese demasiado grande, porque te quita tensión. (P33. EMO. 20:20)*

Una cuestión, dentro de esta categoría, citada como propuesta de mejora por dos informantes, un enfermero y un médico, se refiere a la necesidad de implantar en el contexto hospitalario un *trabajo multidisciplinario*, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

- *Yo creo que esas terminaciones sería lo ideal para completar el trabajo asistencial y demás siempre dicen que el trabajo en hospitalización es un trabajo conjunto, multifactorial (...). Pero ahí faltaría el psicólogo. Eso es lo que echaría yo en falta, no sólo aquí sino en todo. (P24. EEMI. 26:26)*

- *(...) me parece que tiene que ser un equipo multidisciplinar, y que estemos todos muy unidos para poder llevar bien al paciente, porque son situaciones que no son agradables. (P34. EMP. 21:21)*

Para finalizar se exponen brevemente, algunas opiniones de entrevistados referidas a propuestas de mejora realizadas en relación a la disponibilidad de recursos asistenciales.

Algunos de los informantes expresan opiniones parecidas al identificar como propuesta de mejora la necesidad de *contratar más profesional sanitario* para poder desarrollar su labor con pacientes en proceso de morir.

- *(...) la cantidad de personal que debería haber. (P10. EAMI. 25:25)*

- *(...) más personal tanto sanitario, tanto enfermero para poder atenderlo bien, estar más tiempo con ellos, ayudarles y demás. (P21. EED. 32:32)*

- *(...) contratar personas nuevas, tenemos becarios, gente que te pueden también ayudar, que es necesario para organizarte y tú puedes hacer otras cosas también que no sólo sea aquí el asistencial. (P49. EMO. 22:22)*

A su vez, algunos auxiliares de enfermería y enfermeros, señalan la necesidad de que existan *habitaciones individuales* para los pacientes en proceso de morir, como también, la necesidad de disponer de un *espacio físico para la despedida*. Tal y como se deja entrever en las siguientes citas:

- *Otra cosa que yo veo mal, que son pacientes terminales, que están en una habitación con otro paciente más, con dos pacientes y con dos familias. (P5. EAP. 15:15)*

- *Sugeriría eso y el tema del espacio para la despedida, me parece muy importante. Un proceso de despedida en condiciones, y aquí no se da. (P23. EEMI. 21:21)*

Tres profesionales de distintas áreas, pero todos del servicio de oncología, expresan opiniones similares al señalar la necesidad de disponer de *más tiempo* para atender al paciente en proceso de morir con más tranquilidad.

- *A veces necesitaría un poquito más de tiempo, trabajar más relajadamente. (P1. EAO. 26:26)*

- *Disponer de un poco más de tiempo para no ir corre, corre. (...) hay días que no paras, y a lo mejor es cuando más te necesita un determinado paciente, y no te das ni cuenta porque pasas volando. (P26. EEO. 24:24)*

- *(...) hay que intentar y tener más tiempo para cada paciente de ese tipo. (P49. EMO. 22:22)*

Por último, dos enfermeros citan como propuesta de mejora, la necesidad de disponer de *más días libres* para poder desconectar del trabajo en la vida personal, tal y como se expone en el pasaje siguiente:

- *(...) un poquito más de días libres. Para desconectarte. (P27. EEMI. 29:29)*

## **2) Acciones y apoyos**

Esta categoría aborda las respuestas de los entrevistados en relación con la presencia o no de acciones de ayuda desarrolladas como fórmula para satisfacer las demandas identificadas por los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en proceso de morir.

Gran parte de los entrevistados, en distintos servicios y hospitales, expresan opiniones parecidas cuando relatan que en sus centros *no hay ningún tipo de ayuda para el personal*, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

- *Que yo sepa no, no hay nadie aquí en el servicio que ofrece charlas. (P13. EAP. 26:26)*

- *Nosotros realmente, no tenemos a nadie. (P18. EEP. 18:18)*

- *En el momento no hay nada para el personal, absolutamente nada. (P35. EMP. 19:19)*

Diferentes entrevistados confirman la opinión anterior y además destacan que *no hay psicólogo para atender al profesional*, tal y como se puede observar en las citas siguientes:

- *Las psicólogas aquí no trabajan con el personal sanitario. (P14. EAP. 23:23)*

- *Eso no hay aquí. Que yo sepa en ninguno. Como para a nivel personal y tal, que yo sepa no. (P25. EEO. 29:29)*

- *Quizás el problema nuestro, y yo lo he comentado muchas veces, es que no tenemos apoyo psicológico (...). (P48. EMO. 3:3)*

A su vez, diferentes entrevistados de los servicios de cuidados paliativos y médicos de oncología, señalan que en sus servicios *hay psicólogo para el paciente y el familiar*, pero no hay un trabajo que se realice con el personal.

- *Pero, ellos también hablan con psicólogos, la unidad tiene psicólogos que puede hablar con ellos. (P18. EEP. 18:18)*

- *Para los pacientes sí, (...) aquí hay una psicooncóloga. (P39. EMO. 24:24)*

En la misma línea, los entrevistados del servicio de paliativos de uno de los hospitales (A) relatan que en el equipo disponen de *tres psicólogos*, pero que hasta el

momento desarrollan acciones exclusivamente con los pacientes y familiares, sin ampliar la atención a los profesionales.

- *Que creo que es la única planta que hay. En oncología, no lo sé. Pero aquí hay tres psicólogas. Me parece muy bien. (P14. EAP. 28:28)*

- *(...) hay tres psicólogas. Bueno hoy día a día, desde hace un mes, una ya está contratada por el servicio. Ahora mismo trabajan las tres en el servicio. Dos con becas y una contratada. (P29. EEP. 19:19)*

- *Digamos que no está protocolizado pero afortunadamente ahora tenemos tres psicólogas que no solamente están para los pacientes y sus familiares sino que ellas siempre nos están diciendo que cuando necesitemos de su ayuda. (P42. EMP. 17:17)*

En relación a la necesidad de recibir apoyo psicológico, cuatro profesionales diferentes de un hospital (A), relatan que en la institución, y no en el servicio, existe la figura del *psicooncólogo* para pacientes, tal y como se puede observar en las citas siguientes:

- *Ahora mismo aquí hay psicólogos pero van a determinados pacientes, no a todos, y muchas veces la familia nos pregunta: ¿pero aquí no hay psicólogo? (P11. EAO. 25:25)*

- *Hay psicooncólogo para los pacientes, en un momento dado pues si se le pide. El médico habla en interconsulta y lo ve y le hace un seguimiento. (P26. EEO. 10:10)*

- *La psicooncóloga trabaja en general en el hospital ¿sabes? pero sí que más o menos, es de fácil acceso si tú le consultas algo (...). (P46. EMD. 24:24)*

Dos informantes, auxiliar de enfermería y enfermero de paliativos, del mismo hospital (B), relatan que en el servicio *hubo reunión con el psicólogo*, tal y como se ilustra a continuación:

- *La reunión que hicimos con esta chica, la psicóloga del hospital, nos fue también bien. (P5. EAP. 24:24)*

- *Hubo un par de charlas por parte de X, que es psicóloga. (P18. EEP. 18:18)*

En la misma línea, un auxiliar de enfermería (hospital A) relata que en el hospital se planificaron *sesiones de relajación*, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

- *Antes, estuvimos un tiempo que venían, los viernes hacíamos relajación, (...) estuvimos un mes así haciendo relajación (...). (P13. EAP. 26:26)*

Tres médicos del servicio de cuidados paliativos de ambos hospitales, ponen de manifiesto que el servicio suelen desarrollar de forma planificada *reuniones multidisciplinares*, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Y aquí de hecho lo llevamos a cabo, siempre dos veces en semana, tenemos reuniones con psicólogos, con trabajadores sociales, con enfermería, para comentar los pacientes que creemos que debemos llevar todos juntos. (P34. EMP. 21:21)*

- *Por eso el trabajo en paliativos es un trabajo multidisciplinar. (P43. EMP. 5:5)*

Por último, un médico de la unidad de paliativos (hospital A) expresa que ante las necesidades para trabajar con pacientes en proceso de morir, están buscando la manera de *incorporar más profesionales* para atender la demanda existente.

- *(...) incorporando médicos de la asociación al Servicio Canario de Salud, eso quieras que no pues alienta mucho a los compañeros (...) las cosas han mejorado mucho desde que yo empecé hasta ahora. (P42. EMP. 22:22)*

### **3) Puntos positivos**

En esta categoría se pueden encontrar las respuestas de los entrevistados relacionadas con los aspectos positivos de la labor hospitalaria que consideran que de algún modo influyen en la forma de actuar de los profesionales.

Gran parte de los distintos informantes parecen estar en acuerdo cuando afirman que *les gusta el trabajo* que desarrollan en la práctica hospitalaria, aunque en ocasiones les afecte a nivel emocional, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *No me gustaría irme de aquí, aunque se pasa mal a veces por esas cosas, pero que no, que me gusta a donde estoy ahora mismo. Me gusta estos pacientes, estar con ellos. (P9. EAO. 4:4)*

- *Pero a mí me gusta el trato con el paciente, el trabajo de poder ayudar, me siento a gusto. (P20. EEO. 11:11)*

- *Aquí pues, que me place, que me gusta. (P49. EMO. 22:22)*

Diferentes entrevistados evalúan positivamente el trabajo que realizan al señalar que debido a la labor con pacientes en proceso de morir *se valora más la vida personal*, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *(...) es aquí donde se valora más las cosas (...) por lo que se ve aquí, se ve a la gente ¿sabes? por lo que pasa, y que luego se termina muriendo (...). (P2. EAO. 5:5)*

- *Aquí me permitió valorar la vida de otra manera, como diciendo: lo mío no es nada. Comparado con ellos que les queda poco. (P26. EEO. 23:23)*

- *(...) pienso en los pacientes y en los procesos que son problemas de verdad, entonces me relaja y me sirve de ver la vida mejor, la disfruto más. (P33. EMO. 19:19)*

Algunos auxiliares de enfermería y enfermeros manifiestan opiniones similares cuando identifican como aspecto positivo el *reconocimiento profesional* por parte de los pacientes y familiares, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

- *(...) el otro día mismo que vino una señora que vino a ver un paciente y ella se le murió el marido aquí, los saludos, ¿sabes? (P13. EAP. 7:7)*

- *Me siento a gusto porque la gente te enseña todos los días, vamos, te dan muchísimo las gracias, te reconocen muchísimo, a tu trabajo (...). (P29. EEP. 21:21)*

Otra cuestión en común entre los diferentes entrevistados se refiere al equipo de trabajo. Algunos informantes, casi todos del servicio de paliativos, señalan como aspecto positivo a valorar de la labor hospitalaria, el hecho de encontrarse en un *buen equipo* de trabajo, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- *(...) hay un buen ambiente, hay buenas compañeras, una jefa estupenda, en la verdad que sí, y se trabaja muy bien en la planta. (P3. EAD. 2:2)*

- *(...) el trabajo en equipo es fundamental aquí, para que no decaigas, para que tú no entres en una crisis interna, ¿me entiendes? (P43. EMP. 17:17)*

- *Esto yo creo que es distinto al resto del hospital. Pero tú te vas a otro servicio y el médico es el médico y tú eres el enfermero, auxiliar, lo que sea. Aquí hay un trato igual. (P29. EEP. 21:21)*

En la misma línea, un auxiliar de enfermería valora de forma positiva el trabajo desarrollado en la unidad de cuidados paliativos, cuando describe que los *médicos del servicio tienen gran calidad humana*, como se aprecia en la siguiente cita:

- *Los médicos yo veo que tienen una calidad humana, fantástica, yo veo los médicos de paliativos cómo hablan con la familia, el apoyo que les dan, el cariño como los tratan, todo. (P5. EAP. 24:24)*

Un enfermero expresa que en la unidad de *cuidados paliativos están bien organizados* en la atención a los pacientes, con habitaciones individuales y un equipo más flexible.

- *Aquí somos más flexibles en ese sentido. Las habitaciones son individuales, y eso ayuda mucho. (P30. EEP. 2:2)*

Por último, un médico de oncología demuestra satisfacción en el trabajo que realiza y lo relaciona con las *enseñanzas y apoyo recibido de la unidad de paliativos*, como se percibe en la siguiente cita:

- *Y en ese sentido estoy contento que en ese hospital eso se hace bastante bien y somos pioneros en esto, por la unidad de cuidados paliativos que nos ha enseñado muchísimo en estos años. (P33. EMO. 4:4)*

#### 4) Valoración del tema

Esta categoría recoge las opiniones de los entrevistados sobre la temática del morir y la muerte y la experiencia de hablar de este tema.

Gran cantidad de informantes señala que *no es común hablar del tema*, tal y como se ilustra a seguir:

- *(...) que hay muchos, muchos temas tan bonitos y viniste a coger uno más lúgubre, es un tema feo, que nadie quiere, van dejando de lado, de lado. (P4. EAD. 26:26)*

- *(...) no se habla de eso, nadie quiere hablar. (P31. EED. 28:28)*

- *¡Ui! me preguntas algo complejo. (P47. EMD. 5:5)*

De forma similar, algunos de los entrevistados relatan que *dentro del hospital no se reflexiona sobre la temática del morir y la muerte*, tal y como se refleja en las expresiones recogidas en el párrafo siguiente:

- *Hablar sobre eso no es nada común. (P7. EAMI. 25:25)*

- *Nadie se para a preguntarte tampoco qué piensas tú o cómo te sientes tú o lo que sea, no sé. Es que la vida es, ¿sabes? corre, corre, corre y ya está. (P32. EED. 25:25)*

- *No es común hablar sobre eso, para nada, aquí los sentimientos fuera. Risas. El estrés sí, todo entra. Pero sentimientos no. (P37. EMD. 22:22)*

En la misma línea, algunos médicos expresan que en la sociedad, en general, no es común hablar y reflexionar sobre el morir y la muerte, es algo que *no se acepta*.

- *Lo que me gustaría es que la sociedad fuese más receptiva, en la sociedad actual no se acepta la muerte (...). (P33. EMO. 5:5)*

- *Que sí es verdad que son temas en los cuales deberíamos de tocarlos con más frecuencia y hablarlos con más frecuencia. (P43. EMP. 8:8)*

Entre algunos auxiliares de enfermería y enfermeros parece haber coincidencia al señalar que hablar del morir y la muerte es un *tema difícil*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- *En la verdad que te tocó un tema chungo, ¿hein? Es un tema chunguísimo. Risas. ¿O tú que elegiste? Chacha te puedes amargar. (P8. EAMI. 22:22)*

- *(...) siempre lo he evitado, en todos los servicios. (P31. EED. 27:27)*

En líneas parecidas, algunos enfermeros y médicos expresan que hablar del tema es *hablar de sentimientos*, y *eso les cuesta*, es difícil.

- *Hombre, hablar cuesta, sacar sentimientos cuesta. (P27. EEMI. 30:30)*

- *(...) esas cosas que normalmente no piensas, no tal, no sé, haces un montón de cosas automáticas y tal, y entonces te ponen a preguntar así tan personal, da un poquillo de apuros, pero bien, bien, me parece muy interesante. (P37. EMD. 22:22)*

Algunos informantes señalan que les *parece bien hablar del tema*, puesto que es algo que consideran parte del día a día en la práctica laboral y es necesario hablar de ello como lo reflejan las siguientes citas:

- *Es bueno hablarlo porque es un tema que está ahí, es una cosa de la vida, entonces hay que hablarla. No se habla, pero hay que hablarla (...). (P12. EAMI. 29:29)*

- *(...) a mí no me importa hablar sobre eso. Más bien, porque hablas de algo que es verdad está pasando y que te afecta y que te duele. (P29. EEP. 26:26)*

Algo similar se percibe en las respuestas de un enfermero y un médico, cuando relatan que *se debería hablar más sobre el tema*, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Hace falta pues hablar más de ese tema. (P29. EEP. 26:26)*

- *Pero está bien de vez en cuando hablar de eso, pero es verdad que debería hablar más y menos tal. (P37. EMD. 22:22)*

Por último, exponemos dentro de esta categoría la opinión de dos médicos, uno del servicio de paliativos y el otro de oncología, que valoran la *importancia de desarrollar investigación en este tema*, tal y como se puede apreciar en el pasaje siguiente:

- *Me parece muy bien tu trabajo. Me alegra mucho de lo que se está haciendo ¿no? (P49. EMO. 25:25)*

#### **4. 1. 3 Matriz inferencial: entrevistas**

Tras el análisis por medio de la matriz descriptiva y el discurso narrativo se dispone de una riqueza de informaciones distintas que permite establecer relaciones, interpretaciones e inferencias entre las mismas. De tal manera, en la *Tabla 4.2* se presentan las principales observaciones de la investigadora sobre la gran cantidad de informaciones analizadas.

En concreto, se realiza una matriz inferencial en la que se expone una síntesis de las principales interpretaciones subyacentes y se relacionan con las dimensiones y categorías encontradas en las entrevistas, se construye ese momento del análisis que García (1999) identifica como una “fase inferencial e interpretativa”, la cual demanda “una mayor interpretación y explicación por parte del investigador” (García, 1999, p.14).

Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SÍNTESIS	TEMAS ASOCIADOS A LAS DIMENSIONES
PROBLEMAS	PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	- Problemas centrados en la gran carga de trabajo lo que justifican la poca atención al paciente y el desarrollo de un cuidado integral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominancia problemas emocionales.</li> <li>- La alta carga de trabajo es identificada como el principal problema, de modo que afecta a nivel asistencial y emocional.</li> </ul>
	PROBLEMAS EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gira en torno a problemas relacionados con el proceso de morir y la muerte.</li> <li>- Alta carga de trabajo afecta mentalmente.</li> <li>- Problemas de comunicación: interpersonal, con familiares y pacientes.</li> </ul>	
CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	FUNDAMENTO PERSONAL	- Visiones contradictorias entre la posibilidad de haber algún tipo de vida después de la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad en la distinción y definición entre un fundamento personal o técnico.</li> <li>- Predominan concepciones basadas en fundamentos técnicos, provenientes de la formación académica y de la práctica laboral.</li> <li>- Recurren a pensamientos y reflexiones sobre la propia muerte, pero es algo que no les gusta pensar.</li> <li>- Gran dificultad en expresarse sobre cuestiones relacionadas a esta dimensión.</li> </ul>
	FUNDAMENTO TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepción de la muerte relacionada con el dolor y sufrimiento.</li> <li>- Laboralmente es sinónimo de fracaso, principalmente para los médicos.</li> </ul>	
	LA PROPIA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al proceso de morir, más que a la muerte en sí misma.</li> <li>- Presencia de sentimientos explícitos al reflexionar sobre la muerte.</li> <li>- No les gusta pensar y hablar sobre la muerte.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

FORMACIÓN	FORMACIÓN ACADÉMICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinión unánime entre los informantes sobre la falta de formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Puede ser descrita como: técnica, general y objetiva.</li> <li>- Ausencia de preparación sobre el proceso de morir, la muerte y la atención al final de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación centrada en el modelo biomédico de salud.</li> <li>- Sin preparación y formación adecuada, aprenden con la práctica hospitalaria que es biomédica, centrada en el técnico.</li> <li>- Gran demanda de reestructurar la formación académica actual, principalmente al que se refiere a la atención al final de la vida y relación humana con los pacientes y familiares.</li> </ul>
	DIFICULTADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La ausencia de formación más subjetiva dificulta la atención y el contacto con los pacientes y familiares. Principalmente al principio de la práctica profesional.</li> </ul>	
	NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de enseñanza más subjetiva: relación humana, faceta humana del paciente, proceso final de la vida.</li> </ul>	
RELACIÓN CON EL PACIENTE	RELACIÓN EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de una relación más estrecha con algunos pacientes. Pero, marcando los límites.</li> <li>- Presencia de una atención más humana, aunque en cierto modo se presenta como un cuidado técnico, sin establecer contactos.</li> <li>- Tentativas de desarrollar una atención más estrecha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominio de una relación profesional, educada, cordial y con cierto distanciamiento afectivo.</li> <li>- La carencia de contacto con el paciente es justificada por el papel profesional centrado en procedimientos técnicos, alta carga de trabajo y la falta de tiempo.</li> </ul>
	RELACIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversos ejemplos del desarrollo de una relación profesional.</li> <li>- Marcada por el no involucramiento afectivo.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE (Cont.)</b>	<b>RELACIÓN CON PACIENTES TERMINALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se relacionan del mismo modo que a un paciente general, o sea, marcando los límites a nivel de sentimientos.</li> <li>- Aunque señalan una relación igual, reconocen diversas dificultades en la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque predomine la relación profesional, la presencia de una relación más cercana y humana también se destaca, pero no atiende a la mayoría de los casos. Son casos que dependen de ciertas características de los pacientes.</li> </ul>
	<b>PAPEL PROFESIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de una mayor relación con el paciente en el papel profesional del médico.</li> <li>- Papel de cuidador: llevan los auxiliares de enfermería.</li> <li>- El papel de técnico es definido por los enfermeros, aunque también lo describen como multifuncional.</li> <li>- Profesionales del servicio de paliativos son más abiertos y flexibles en la relación y atención al paciente.</li> <li>- Reconocimiento de la parte médica del papel de ayudar al bien morir.</li> <li>- Recurren a la idea de que el papel técnico y cuidador está enlazado, pero en la práctica acuden y priorizan a lo técnico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de la importancia de establecer una buena relación y comunicación con el paciente, aunque ni siempre se lleve a cabo en la práctica laboral.</li> <li>- Reconocen la atención a pacientes terminales como algo que hace parte de la labor profesional.</li> <li>- La relación con pacientes terminales supone mayor carga emocional.</li> <li>- Atención a pacientes jóvenes es marcada a nivel de sentimientos.</li> <li>- Muchas veces el papel de cuidador está vinculado y es confundido con la función de técnico, no es una atención integral y humanizada.</li> </ul>
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de aceptar la enfermedad de un paciente joven en relación a pacientes mayores.</li> <li>- Los pacientes de los servicios de cuidados paliativos y oncología suponen desde el principio del ingreso una mayor carga emocional para el profesional,</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

		<p>debido a la gravedad de la enfermedad y el alto índice de mortalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de autoidentificación y asociaciones con características de los pacientes.</li> </ul>	
RELACIÓN CON LA FAMILIA	LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominan ideas de que la atención a la familia también hace parte de la labor, aunque identifiquen dificultades.</li> <li>- Centrada en una relación profesional y cordial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La relación con familiares está bastante asociada a dificultades.</li> <li>- Prefieren la relación con el paciente.</li> <li>- La relación con familiares de pacientes terminales es ambigua, pero también supone dificultades.</li> </ul>
	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es general, pero casi todos ya tuvieron relaciones bastante dificultosas con los familiares.</li> <li>- La principal dificultad está en la comunicación, principalmente cuando se informa el diagnóstico y el pronóstico.</li> </ul>	
	RELACIÓN CON FAMILIARES DE PACIENTE TERMINAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones ambiguas con los familiares de pacientes terminales: señales de una mejor atención y relación, relación igualitaria, o relación más distante.</li> </ul>	
CONTACTO ANTE LA MUERTE	PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo a la familia, aunque sea técnico, y principalmente por parte de auxiliares y enfermeros.</li> <li>- Escasa presencia de los profesionales de medicina.</li> <li>- Ausencia de remisión a la unidad de cuidados paliativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remite a asociaciones y pensamientos sobre la propia muerte o la de alguien cercano.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

<b>CONTACTO ANTE LA MUERTE (Cont.)</b>	<b>REACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se autoidentifican con los pacientes sin curación.</li> <li>- Omisión del real estado del paciente.</li> <li>- Intentan desarrollar el buen morir, aunque sea de forma técnica.</li> <li>- Prefieren no estar presente en el último momento de vida del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supone dificultades y sufrimiento a nivel emocional.</li> <li>- Predominio de mecanismos automáticos de afrontamiento.</li> <li>- Presencia de diversas características de la muerte que supone mayor dificultad en afrontarla.</li> </ul>
	<b>EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversos tipos de sentimientos expresos.</li> <li>- Se sienten afectados emocionalmente.</li> <li>- Interrogantes de culpabilidad y remordimiento.</li> </ul>	
	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gira en torno a diversos ejemplos de tipos de muerte que supone mayor dificultad en afrontarla.</li> </ul>	
<b>EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR</b>	<b>RECURSOS Y ESTRATEGIAS GENERALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de la necesidad de vías de escapatoria y de autoprotección.</li> <li>- La negación, el compartir con compañeros y el autoconvencimiento, son los recursos más citados.</li> <li>- Recurren a ideas de que los recursos y estrategias son reacciones naturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de diversos tipos de recursos y estrategias de afrontamientos, aunque suelen afirmar que no las tienen. No las reconocen.</li> <li>- Predominio de recursos y estrategias automáticas.</li> <li>- Presencia de impacto emocional en todo el discurrir de tiempo de práctica profesional.</li> <li>- En el discurrir del tiempo de práctica profesional se forman los recursos y estrategias de afrontamiento.</li> </ul>
	<b>RECURSOS PUNTUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación de la presencia de situaciones que afectan puntualmente a nivel emocional en el discurrir de la labor hospitalaria.</li> <li>- Recursos puntuales más citados: la negación y el distanciamiento.</li> <li>- Presencia de recursos de meditación y relajación solamente de la parte médica.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.2. Matriz inferencial: entrevistas

<p style="text-align: center;"><b>EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR (Cont.)</b></p>	<p>TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más tiempo de práctica profesional significa que están más quemados sentimentalmente que los principiantes, pero a la vez, tienen más recursos para afrontar.</li> <li>- Poco tiempo de práctica profesional significa que no han vivido muchos casos de muerte, pero cuando lo viven no tienen recursos para afrontar.</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN</b></p>	<p>PROPUESTAS DE MEJORA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centradas en la formación del profesional anteriormente y durante la actuación, ayuda emocional para profesionales, pacientes y familiares, además de recursos asistenciales.</li> <li>- Recurren a acciones multidisciplinaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y reconocimiento de necesidades para cubrir lagunas en la labor con pacientes en proceso de morir.</li> <li>- Ausencia de acciones direccionadas a los profesionales sanitarios.</li> </ul>
	<p>ACCIONES Y APOYO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimientos de la presencia de algún tipo de acción direccionada al profesional.</li> <li>- Presencia del profesional de psicología en determinados servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa presencia de psicólogos en los servicios de hospitalización investigados. No hay la implantación de un servicio de Psicología.</li> <li>- Actuación psicológica escasa y reciente. Desconocimiento del papel del profesional de Psicología.</li> </ul>
	<p>PUNTOS POSITIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivaciones personales.</li> <li>- Un buen ambiente y equipo de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hablar de la muerte remite reflexión sobre sentimientos propios y genera sensaciones extrañas en los profesionales, aunque reconocen la importancia de exponer tales sentimientos.</li> </ul>
	<p>VALORACIÓN DEL TEMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es común hablar del tema aunque se reconoce que es algo que hace parte del trabajo diario.</li> <li>- Tema oculto desde la sociedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia única por parte de todos los profesionales entrevistados.</li> <li>- Omisión de la palabra muerte y morir.</li> </ul>

## **4.2 Análisis de los grupos de discusión**

Este apartado comprende el análisis de los resultados de los grupos de discusión. En un primer momento, se presenta una tabla que representa la matriz descriptiva, seguida por el discurso narrativo, y se finaliza, con una tabla que incorpora las matrices inferenciales.

### **4. 2. 1 Matriz descriptiva: grupos de discusión**

Se expone en este apartado una tabla representativa de la matriz descriptiva, atendiendo las informaciones procedentes de los grupos de discusión generados a partir de los supervisores de enfermería de los distintos servicios (Cuidados Paliativos, Oncología, Medicina Interna y Digestivo).

En la *Tabla 4.3*, de manera resumida, se presentan en las *columnas* las categorías con informaciones manifestadas por los informantes, y en las *filas*, los supervisores de enfermería de los distintos servicios.

Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	PROBLEMAS EMOCIONALES	FUNDAMENTO PERSONAL	FUNDAMENTO TÉCNICO	LA PROPIA MUERTE
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos: baja de personal.</li> <li>- Trabajo multifuncional.</li> <li>- Las habitaciones no son individuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Conflictos con el personal.</li> <li>- Pacientes con mucho tiempo de ingreso.</li> <li>- Morirse uno delante del otro: les cuesta más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es el final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descanso: dejar de sufrir.</li> <li>- Antes era del otro, ahora es de todos.</li> <li>- El bien morir y la interconsulta: es impensable.</li> <li>- Médicos jóvenes: piden más la interconsulta.</li> <li>- Es un proceso natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No le gusta pensar: no quiere morir.</li> <li>- Reflexión sobre la propia vida.</li> <li>- La muerte de alguien cercano: les cuesta pensar.</li> <li>- Con la edad: uno se plantea más.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos: baja de personal.</li> <li>- Trabajo multifuncional.</li> <li>- Las habitaciones no son individuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Conflictos con el personal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descanso: dejar de sufrir.</li> <li>- Es un fracaso.</li> <li>- El bien morir y la interconsulta: es impensable.</li> <li>- Médicos jóvenes: piden más la interconsulta.</li> <li>- Es un proceso natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le asusta: miedo, tristeza.</li> <li>- No le gusta pensar: no quiere morir.</li> <li>- Reflexión sobre la propia vida.</li> <li>- Con la edad: uno se plantea más.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos: baja de personal.</li> <li>- Trabajo multifuncional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes jóvenes.</li> <li>- Conflictos con el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es el final.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descanso: dejar de sufrir.</li> <li>- Antes era del otro, ahora es de todos.</li> <li>- Es un fracaso.</li> <li>- El bien morir y la interconsulta: es</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que sea sin dolor, sin sufrimiento.</li> <li>- Le asusta: miedo, tristeza.</li> <li>- No le gusta pensar: no quiere morir.</li> <li>- Reflexión sobre la propia vida.</li> <li>- La muerte de alguien cercano: les cuesta pensar.</li> <li>- Con la edad: uno se plantea más.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

					impensable. - Médicos jóvenes: piden más la interconsulta.	- Quieren creer que hay algo más: el trabajo no les deja.
<b>Digestivo</b>	- Recursos humanos: baja de personal. - Trabajo multifuncional.	- Pacientes jóvenes. - Conflictos con el personal.			- Es un fracaso. - El bien morir y la interconsulta: es impensable. - Médicos jóvenes: piden más la interconsulta.	- Que sea sin dolor, sin sufrimiento. - Le asusta: miedo, tristeza. - No le gusta pensar: no quiere morir. - Reflexión sobre la propia vida. - La muerte de alguien cercano: les cuesta pensar. - Quieren creer que hay algo más: el trabajo no les deja.

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		FORMACIÓN ACADÉMICA	DIFICULTADES	NECESIDADES	RELACIÓN PROFESIONAL
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada sobre el proceso de morir.</li> <li>- No hay nada sobre relación humana.</li> <li>- La formación es teórica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formación actual sigue igual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de formación en la facultad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco contacto.</li> <li>- Relación empática pero profesional.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: hace parte del trabajo.</li> <li>- Están poco a pie de cama: necesitarían estar más con los pacientes.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: no ven dificultades.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada sobre el proceso de morir.</li> <li>- No hay nada sobre relación humana.</li> <li>- La formación es teórica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formación actual sigue igual.</li> <li>- Te quedas asombrado cuando llegas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de formación en la facultad.</li> <li>- Ven necesidad: pero ¿cómo lo hacen?</li> <li>- Que enseñen que es un proceso natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco contacto.</li> <li>- Relación empática pero profesional.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: hace parte del trabajo.</li> <li>- Relación emocional: no llegan a establecer.</li> <li>- Están poco a pie de cama: necesitarían estar más con los pacientes.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: no ven dificultades.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada sobre el proceso de morir.</li> <li>- La formación es teórica.</li> <li>- Hay preparación para la salud, y no para la muerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formación actual sigue igual.</li> <li>- No sabe cómo acudir un familiar delante de la muerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de formación en la facultad.</li> <li>- Ven necesidad: pero ¿cómo lo hacen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco contacto.</li> <li>- Relación empática pero profesional.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: hace parte del trabajo.</li> <li>- Están poco a pie de cama: necesitarían estar más con los pacientes.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: no ven dificultades.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada sobre el proceso de morir.</li> <li>- La formación es teórica.</li> <li>- Hay preparación para la salud, y no para la muerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formación actual sigue igual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de formación en la facultad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco contacto.</li> <li>- Relación empática pero profesional.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: hace parte del trabajo.</li> <li>- Relación emocional: no llegan a establecer.</li> <li>- Están poco a pie de cama: necesitarían estar más con los pacientes.</li> <li>- Relación con pacientes terminales: no ven dificultades.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		PAPEL PROFESIONAL	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	LA RELACIÓN	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tenemos tiempo para relacionarnos.</li> <li>- No somos como las enfermeras: ellas paran más.</li> <li>- Mucha carga de trabajo: poca relación.</li> <li>- Cuando queda tiempo, no hacen la ronda: temor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con más tiempo de ingreso: relación más especial.</li> <li>- Paciente joven: cuesta más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es escaza: pasan más tiempo en el despacho.</li> <li>- Son más las enfermeras.</li> <li>- Es más con familiares de pacientes que reingresan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los familiares se los ven como culpables.</li> <li>- Familiar que difícilmente aparece.</li> <li>- Hay de todo.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tenemos tiempo para relacionarnos.</li> <li>- No somos como las enfermeras: ellas paran más.</li> <li>- Mucha carga de trabajo: poca relación.</li> <li>- Cuando queda tiempo, no hacen la ronda: temor.</li> <li>- En el turno de la noche hay más relación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con más tiempo de ingreso: relación más especial.</li> <li>- Paciente joven: cuesta más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es escaza: pasan más tiempo en el despacho.</li> <li>- Son más las enfermeras.</li> <li>- Es más con familiares de pacientes que reingresan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar que difícilmente aparece.</li> <li>- Hay de todo.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tenemos tiempo para relacionarnos.</li> <li>- No somos como las enfermeras: ellas paran más.</li> <li>- Mucha carga de trabajo: poca relación.</li> <li>- Cuando queda tiempo, no hacen la ronda: temor.</li> <li>- En el turno de la noche hay más relación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con más tiempo de ingreso: relación más especial.</li> <li>- Paciente joven: cuesta más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es escaza: pasan más tiempo en el despacho.</li> <li>- Es más con familiares de pacientes que reingresan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar que difícilmente aparece.</li> <li>- Hay de todo.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tenemos tiempo para relacionarnos.</li> <li>- No somos como las enfermeras: ellas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con más tiempo de ingreso: relación más especial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es escaza: pasan más tiempo en el despacho.</li> <li>- Es más con familiares de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los familiares se los ven como culpables.</li> <li>- Familiar que difícilmente</li> </ul>

**(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>paran más.</li> <li>- Mucha carga de trabajo: poca relación.</li> <li>- Cuando queda tiempo, no hacen la ronda: temor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente joven: cuesta más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientes que reingresan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aparece.</li> <li>- Hay de todo.</li> </ul>
--	--	---	---	--

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	REACCIONES	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes se mueren estando ellos o no.</li> <li>- El enfermero es lo que lleva todo.</li> <li>- El amortajar es papel de los auxiliares.</li> <li>- Tienen la función de asesorar.</li> <li>- Ofrecen ayuda y dan el pésame: cuando están presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponerse en el lugar del paciente.</li> <li>- Es un momento difícil: muchos médicos informan a bocajarro.</li> <li>- Intentar que sea de la mejor manera posible.</li> <li>- Dificultad en la actuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es duro: tragas nudos.</li> <li>- Ganas de llorar y lloro.</li> <li>- Expresión de sentimiento explícito: al asociar paciente con familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte esperada, con sufrimiento: produce alivio.</li> <li>- Muerte no esperada: fracaso.</li> <li>- Muerte de paciente joven: peor.</li> <li>- Muerte de paciente que llevan mucho tiempo de ingreso.</li> <li>- Muerte de paciente mayor y muchas patologías: ya lo asumes como normal.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes se mueren estando ellos o no.</li> <li>- El enfermero es lo que lleva todo.</li> <li>- El amortajar es papel de los auxiliares.</li> <li>- Tienen la función de asesorar.</li> <li>- Ofrecen ayuda y dan el pésame: cuando están presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con pena momentánea.</li> <li>- Ponerse en el lugar del paciente.</li> <li>- Es un momento difícil: muchos médicos informan a bocajarro.</li> <li>- Intentar que sea de la mejor manera posible.</li> <li>- Dificultad en la actuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es duro: tragas nudos.</li> <li>- Pena.</li> <li>- Ganas de llorar y lloro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte esperada, con sufrimiento: produce alivio.</li> <li>- Muerte no esperada: fracaso.</li> <li>- Muerte de paciente joven: peor.</li> <li>- Muerte de paciente que llevan mucho tiempo de ingreso.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes se mueren estando ellos o no.</li> <li>- El enfermero es lo que lleva todo.</li> <li>- El amortajar es papel de los auxiliares.</li> <li>- Tienen la función de asesorar.</li> <li>- Ofrecen ayuda y dan el pésame: cuando están presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponerse en el lugar del paciente.</li> <li>- Es un momento difícil: muchos médicos informan a bocajarro.</li> <li>- Intentar que sea de la mejor manera posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sufre: también es persona.</li> <li>- Fracaso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El encarnizamiento terapéutico le cuesta.</li> <li>- Muerte esperada, con sufrimiento: produce alivio.</li> <li>- Muerte no esperada: fracaso.</li> <li>- Muerte de paciente joven: peor.</li> <li>- Muerte de paciente que llevan mucho tiempo de ingreso.</li> <li>- Muerte de paciente mayor y muchas patologías: ya lo asumes como normal.</li> <li>- Paciente mayor que sólo viene a morir: debería morir en casa.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes se mueren estando ellos o no.</li> <li>- El enfermero es lo que lleva todo.</li> <li>- El amortajar es papel de los auxiliares.</li> <li>- Tienen la función de asesorar.</li> <li>- Ofrecen ayuda y dan el pésame: cuando están presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con pena momentánea.</li> <li>- Ponerse en el lugar del paciente.</li> <li>- Es un momento difícil: muchos médicos informan a bocajarro.</li> <li>- Intentar que sea de la mejor manera posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es duro: tragas nudos.</li> <li>- Pena.</li> <li>- Tristeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte esperada, con sufrimiento: produce alivio.</li> <li>- Muerte no esperada: fracaso.</li> <li>- Muerte de paciente joven: peor.</li> <li>- Muerte de paciente que llevan mucho tiempo de ingreso.</li> <li>- Paciente mayor que sólo viene a morir: debería morir en casa.</li> </ul>
--	------------------	---	--	--	---

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		RECURSOS Y ESTRATEGIAS GENERALES	RECURSOS PUNTUALES	TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No implicarse mucho emocionalmente.</li> <li>- Poner barreras: separar los sentimientos.</li> <li>- Autoconvencimiento.</li> <li>- Pensamiento positivo.</li> <li>- Tener clara la profesión.</li> <li>- Reírte.</li> <li>- Desconectar.</li> <li>- Son reacciones naturales, automáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar entre pacientes.</li> <li>- Proporcionar un buen ambiente para morir.</li> <li>- Pedir a otros que vayan a acudir.</li> <li>- Compartir entre compañeros.</li> <li>- Salir para desahogar y llorar.</li> <li>- Adoptar el papel del más fuerte.</li> <li>- Si tiene ganas de llorar, llora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucho tiempo: pero asimismo hay casos que afecta.</li> <li>- Al principio llevaba peor.</li> <li>- Con el tiempo: más experiencia, te ayuda a afrontar.</li> <li>- Con los años aprendes a separar: poner barreras.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No implicarse mucho emocionalmente.</li> <li>- Poner barreras: separar los sentimientos.</li> <li>- Prefiere que se lo lleve paliativos.</li> <li>- Tener clara la profesión.</li> <li>- Desconectar.</li> <li>- Son reacciones naturales, automáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar entre pacientes.</li> <li>- Proporcionar un buen ambiente para morir.</li> <li>- Pedir a otros que vayan a acudir.</li> <li>- Compartir entre compañeros.</li> <li>- Salir para desahogar y llorar.</li> <li>- Si tiene ganas de llorar, llora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucho tiempo: ya no afecta mucho.</li> <li>- Al principio llevaba peor.</li> <li>- Con el tiempo: más experiencia, te ayuda a afrontar.</li> <li>- Con los años aprendes a separar: poner barreras.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No implicarse mucho emocionalmente.</li> <li>- Poner barreras: separar los sentimientos.</li> <li>- Tener clara la profesión.</li> <li>- Desconectar.</li> <li>- Son reacciones naturales, automáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar entre pacientes.</li> <li>- Proporcionar un buen ambiente para morir.</li> <li>- Pedir a otros que vayan a acudir.</li> <li>- Compartir entre compañeros.</li> <li>- Si tiene ganas de llorar, llora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucho tiempo: pero asimismo hay casos que afecta.</li> <li>- Al principio te implicas más.</li> <li>- Al principio llevaba peor.</li> <li>- Con el tiempo: más experiencia, te ayuda a afrontar.</li> <li>- Con los años aprendes a separar.</li> </ul>
	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No implicarse mucho emocionalmente.</li> <li>- Poner barreras: separar los sentimientos.</li> <li>- Tener clara la profesión.</li> <li>- Desconectar.</li> <li>- Son reacciones naturales, automáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconectar entre pacientes.</li> <li>- Proporcionar un buen ambiente para morir.</li> <li>- Pedir a otros que vayan a acudir.</li> <li>- Compartir entre compañeros.</li> <li>- Si tiene ganas de llorar, llora.</li> <li>- Adoptar el papel del más fuerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucho tiempo: ya no afecta mucho.</li> <li>- Al principio te implicas más.</li> <li>- Al principio llevaba peor.</li> <li>- Con el tiempo: más experiencia, te ayuda a afrontar.</li> <li>- Con los años aprendes a separar: poner barreras.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

		PROPUESTAS DE MEJORA	ACCIONES Y APOYO	PUNTOS POSITIVOS	VALORACIÓN DEL TEMA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	<b>C. Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quitar la parte de recursos humanos.</li> <li>- Asignatura de paliativos obligatoria para médicos y enfermeros.</li> <li>- Más acciones para enfermeras y auxiliares.</li> <li>- Mayor implicación de la parte médica.</li> <li>- Unidades a domicilio para que el paciente se muera en casa.</li> <li>- Psicólogo para familiar y pacientes: les ayudaría mucho.</li> <li>- Formación.</li> <li>- Unidad de Psicología: focalizada al profesional también.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen psicólogo, pero nada programado para el profesional.</li> <li>- Tienen psicólogo en la planta: pero no suelen acudir.</li> <li>- El psicólogo es una ayuda: tienen más tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En paliativos hay buen ambiente.</li> <li>- En la planta se hace un buen trabajo con la familia.</li> <li>- Reconocimiento por parte del familiar.</li> <li>- Les gusta su profesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobre eso no hablan nunca.</li> <li>- No se habla porque nos da miedo.</li> </ul>
	<b>Oncología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quitar la parte de recursos humanos.</li> <li>- Más acciones para enfermeras y auxiliares.</li> <li>- Mayor implicación de la parte médica.</li> <li>- Unidades a domicilio para que el paciente se muera en casa.</li> <li>- Psicólogo para familiar y pacientes: les ayudaría mucho.</li> <li>- Formación.</li> <li>- Unidad de Psicología: focalizada al profesional también.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen psicólogo, pero nada programado para el profesional (Hospital B).</li> <li>- Tienen psicólogo en la planta: pero no suelen acudir (Hospital B).</li> <li>- No hay psicólogo (Hospital A).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les gusta su profesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es hablar de un fracaso.</li> </ul>
	<b>M. Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quitar la parte de recursos humanos.</li> <li>- Asignatura de paliativos obligatoria para médicos y enfermeros.</li> <li>- Más acciones para enfermeras y auxiliares.</li> <li>- Mayor implicación de la parte médica.</li> <li>- Unidades a domicilio para que el paciente se muera en casa.</li> <li>- Psicólogo para familiar y pacientes: les ayudaría mucho.</li> <li>- Formación.</li> <li>- Unidad de Psicología: focalizada al profesional también.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les gusta su profesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se deberían hacer más reuniones como esta: hablar cómo están, qué piensan.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.3. Matriz descriptiva de los grupos de discusión

	<b>Digestivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quitar la parte de recursos humanos.</li> <li>- Asignatura de paliativos obligatoria para médicos y enfermeros.</li> <li>- Más acciones para enfermeras y auxiliares.</li> <li>- Mayor implicación de la parte médica.</li> <li>- Unidades a domicilio para que el paciente se muera en casa.</li> <li>- Psicólogo para familiar y pacientes: les ayudaría mucho.</li> <li>- Formación.</li> <li>- Unidad de Psicología: focalizada al profesional también.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay psicólogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En paliativos hay buen ambiente.</li> <li>- Les gusta su profesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobre eso no hablan nunca.</li> <li>- Es hablar de un fracaso.</li> </ul>
--	------------------	---	---	---	--

#### 4. 2. 2 Discurso narrativo: grupos de discusión

Este apartado describe las opiniones más destacadas de los informantes que participaron de los dos grupos de discusión realizados.

La exposición está construida a partir de las ocho dimensiones identificadas y sus respectivas categorías. Además, se incluyen algunos fragmentos de las transcripciones de los grupos de discusión a modo de ejemplo destacando el discurso de los protagonistas del estudio.

Se realiza una narración descriptiva con los fragmentos extraídos de las transcripciones originales asignadas en el programa *Atlas.ti* en la unidad hermenéutica de los grupos de discusión. Para acceder a la localización de estos fragmentos en el programa, se utilizan los mismos criterios expuestos con anterioridad para las entrevistas, (**P. GD<sub>X</sub>. I:T**), de tal modo que:

- **P**, indica el número de *documento primario*;

- **GD**, se refiere a grupo de discusión; **X**, indica el tipo de *participante* (GDP = grupo de discusión paliativos, GDO = grupo de discusión oncología, GDMI = grupo de discusión medicina interna, GDD = grupo de discusión digestivo);

- **I:T**, se refiere a las líneas que ocupa el *párrafo* ( I = inicio del párrafo; T = término del párrafo).

## **DIMENSIÓN 1: PROBLEMAS**

Esta dimensión recoge las opiniones de los supervisores de enfermería relacionadas con las principales dificultades encontradas diariamente en la labor hospitalaria, aspecto que se plantea de forma introductoria a la temática de esta investigación.

Los resultados en torno a esta dimensión se han organizado a partir de las siguientes categorías: 1) Problemas organizacionales y 2) Problemas emocionales.

### **1) Problemas organizacionales**

Los supervisores de enfermería de diferentes servicios participan de la misma opinión en relación a los *recursos humanos* como ejemplo de problema organizacional, tal y como se puede apreciar en los fragmentos siguientes:

- *A mí me irrita, como a mis compañeras, el exceso de bajas...risas. (P2. GDD. 4:6)*

- *(...) son los recursos humanos, a ti lo que te agobia es que alguien se te ponga de baja y no sabes con quien cubrirla (...). (P2. GDMI. 16:18)*

En cuanto a los problemas organizacionales, los informantes de todos los servicios parecen coincidir, nuevamente en sus respuestas, cuando señalan que poseen un *trabajo multifuncional*, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- *Da igual lo que sea, informática, para todo. (P1. GDMI. 220:221)*

- *Todo el mundo recurre a ti para solucionarlo todo, o tú lo soluciones, claro, como eres la supervisora pues todos van a ti (...). (P2. GDO. 7:15)*

En concreto, los supervisores del servicio de paliativos y oncología de uno de los hospitales (B) añaden, dentro de esta categoría, que las *habitaciones no son individuales*, luego, emerge para ellos como una fuente de dificultad.

- *El problema asistencial, sería las circunstancia en que el paciente fallece que no son las ideales a lo mejor en muchas ocasiones. Que lo ideal sería que estuviera solo, rodeado con su familia y todo eso, ¿no? (P1. GDP. 24:24)*

- *Y que ni siquiera en paliativos, que se supone que los que van son porque van a morir, y ni siquiera lo tienen, ¡ufffff! Que no es pensado en eso ahí, vamos (...). (P1. GDO. 35:35)*

## 2) Problemas emocionales

En relación a los problemas que interfieren a nivel emocional de los informantes, aparecen respuestas comunes en cuanto a las dificultades de trato con *pacientes jóvenes*, tal y como se deja entrever en estas citas:

- *(...) dependiendo de la edad que tenga te va a afectar más o menos. (P1. GDMI. 14:14)*

- *(...) cuando es alguien muy joven, la planta se reciente muchísimo, la gente llama por teléfono por las tardes a ver cómo está al paciente (...). (P2. GDP. 39:39)*

Otra cuestión citada por algunos supervisores de enfermería se refiere a los *conflictos con el personal*, algo que les afecta a nivel emocional, tal y como se ilustra en las siguientes expresiones:

- *Sí, el tratar de convivir con tanta gente. (P2. GDD. 39:43)*

- *Sí, y emocionalmente también te llevas los problemas de cada uno de ellos, porque muchas veces tú eres el confidente del problema gordo que tienen en ese momento. (P2. GDMI. 39:43)*

En concreto, algunos supervisores de enfermería del servicio de paliativos señalan como fuente de problemas emocionales el trato con *pacientes que llevan mucho tiempo de ingreso*.

- (...) *lleva ya mucho tiempo contigo, y es más complicado. (P1. GDP. 5:5)*

Por último, algunos informantes de paliativos identifican como dificultad emocional, el hecho de que las *habitaciones son compartidas*, que genera situaciones en las que, muchas veces, los pacientes se mueran uno delante del otro, tal y como se deja entrever en el siguiente fragmento:

- *Y al revés, cuando el paciente que está al lado o cerca es joven y ve morirse a otro cerca, es también difícil de llevar. Intentas siempre alejarlo lo más posible (...). (P1. GDP. 9:11)*

## **DIMENSIÓN 2: CONCEPCIÓN DE LA MUERTE**

Esta dimensión comprende la concepción de los supervisores de enfermería sobre la muerte además de una concepción de la propia muerte.

Las respuestas a esta dimensión están organizadas según las siguientes categorías: 1) Fundamento personal; 2) Fundamento técnico y 3) La propia muerte.

### **1) Fundamento personal**

En esta categoría sólo se han localizado respuestas en dos de los informantes, pero se considera importante destacarlas. Los mismos señalan, como concepción personal, que *la muerte es el final*.

- (...) la muerte era el final de algo, entre más tarde llegara mejor, porque se acaba todo. (P2. GDMI. 115:115)

- (...) porque siempre que pensaba en la muerte antes de entrar en todo eso, decía: ¿la muerte? La muerte es lo último... es el final. (P2. GDP. 115:115)

## 2) Fundamento técnico

En esta categoría se puede observar una parte importante de las opiniones de los informantes relacionadas con esta dimensión.

Entre los supervisores de enfermería de distintos servicios parece existir coincidencia en cuando conciben que *el bien morir y la interconsulta* en la práctica hospitalaria es, en general, impensable para muchos de los profesionales, principalmente la parte médica.

- Lo de ayudar a “bien morir” eso no, sigue sin contemplarse. (P1. GDMI. 67:67)

- Y después, es, cuando pasa a UCP, deprisa corriendo, te lo digo hoy y hoy mismo pasas a UCP, y te dicen que te vas a morir (...) no se les pasa por la cabeza que, bueno, que tú puedes hacer tu trabajo bien y no por eso vas a tener un éxito al cien por cien (...). (P1. GDO. 67:67)

- le falta el punto de llamar al de paliativos para que lo sede. Y no lo hacen. (...)Y entonces el paciente no muere en condiciones. (P1. GDP. 125:125)

En la misma línea, los informantes relatan que los *médicos más jóvenes son los que suelen solicitar la interconsulta*, tal y como se ejemplifica en las siguientes citas.

- Lo que sí está claro, es que, la gente que son más nuevos en los servicios, ves como utilizan cada vez más el servicio de paliativos. (...) Pero eso lo vas viendo ahora, porque la otra parte, los facultativos (...) era muy difícil, porque ¡vamos!, era matar al paciente, o sea, la eutanasia. (P1. GDD. 126:130)

- *Sí, van viniendo a lo mejor con más, con las ideas... (P1. GDP. 126:130)*

Algunos supervisores de enfermería relatan como fundamento técnico de la muerte, proveniente de la formación y experiencia profesional, que la muerte significa un descanso, el *dejar de sufrir*, tal y como se ilustra en los pasajes siguientes:

- *Ahora hay momentos que dices tú: pues es bueno que en un determinado momento llegue la muerte ¿sabes? (P2. GDMI. 115:115)*

- *La muerte en muchos momentos es un descanso. (P2. GDP. 116:117)*

- *(...) que deja de sufrir y todo eso... (P2. GDO. 116:117)*

Informantes de distintos servicios, con excepción de paliativos, señalan que la muerte, muchas veces, es concebida como *un fracaso* en la práctica hospitalaria.

- *Yo creo que se sigue viendo la muerte como un fracaso. (P1. GDMI. 65:67)*

- *Porque igual nosotros decimos, que a lo mejor para nosotros es un fracaso la muerte, pero eso también está inculcado en lo que es la sanidad, porque para los médicos también es un fracaso que alguien se muera y claro, batallan ahí hasta el último momento (...). (P1. GDO. 71:71)*

A su vez, dos supervisores, uno del servicio de paliativos y el otro de oncología, citan que la muerte es un *proceso natural*, tal y como se expresa en las siguientes citas.

- *(...) proceso natural. (P1. GDP. 140:140)*

- *Yo creo que profesionalmente dices eso, ¿no?: la muerte un proceso natural de la vida, pero cuando te toca a ti, como que...es más complejo. (P1. GDO. 157:159)*

Por último, algunos supervisores complementan que con la experiencia laboral hubo un cambio en la concepción de la muerte, identificando que *antes era*

*algo del otro, y ahora es de todos*, o sea, que todos algún día van a morir, incluso los propios profesionales.

- *Para mí la muerte era algo de otro (...) que no tenía nada que ver conmigo. (P2. GDMI. 123:125)*

### 3) La propia muerte

En relación a la concepción y reflexión sobre la propia muerte, los supervisores señalan que es algo en lo que *no les gusta pensar*, tal y como se puede observar en las siguientes expresiones:

- *Yo quiero no pensar en mi muerte porque no quiero que me toque ya. (P1. GDP. 155:156)*

- *Yo no soy capaz ni siquiera plantearme que yo me puedo morir (...) o sea, lo veo a los demás, pero yo, risas (...). (P2. GDMI. 164:166)*

En la misma línea, los informantes de diferentes servicios también manifiestan su dificultad en reflexionar sobre *la muerte de alguien cercano* al profesional, es algo que les cuesta a nivel emocional.

- *Ni yo a morirme y ni que nadie se muriera de los míos. (P1. GDD. 152:152)*

- *(...) yo sufro mucho más viendo que se me pone malo mi hijo que yo. (P2. GDMI. 147:150)*

Gran parte de los supervisores de enfermería expresan una opinión similar cuando relatan que el reflexionar sobre la propia muerte o de alguien cercano es algo que, generalmente, *les asusta, genera miedo y tristeza*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *Pero yo personalmente el concepto de la muerte yo tengo un “cague del carajo”. Risas. (P1. GDMI. 146:146)*

- *Yo más que el miedo es tristeza, o sea, no sé, igual miedo, tristeza. (P1. GDD. 149:149)*

- *Yo no me planteo en el momento, pero cuando pienso que me puedo morir, imagínate aquí dentro de un rato a mí me asusta la idea. (P2. GDD. 154:154)*

A su vez, algunos supervisores de enfermería señalan que con el *avance de la edad* acaban, generalmente, por reflexionar más sobre la propia muerte:

- *Pero el planteamiento sería: nos planteamos eso porque vamos creciendo, vamos haciéndonos mayores o porque cuando eres joven eso no... (P2. GDMI. 128:132)*

- *Yo creo que la edad influye también... (P2. GDP. 128:132)*

Algunos informantes relatan que al reflexionar sobre la propia muerte, prefieren pensar que será *sin dolor y sin sufrimiento*, debido a lo que ven en la actividad diaria con sus pacientes, tal y como se ilustra con estos pasajes:

- *(...) que yo hasta ese momento, que sea una persona autónoma y que pueda tal, no con cuatro, dos años, tres años me quede en una cama con rollo (...). (P2. GDMI. 121:121)*

- *(...) eso debe de ser muy desagradable, ojalá me muera viejecita y durmiendo... (P2. GDD. 157:157)*

Los supervisores de diferentes servicios expresan una opinión común, cuando relatan que reflexionar sobre la propia muerte es *pensar sobre la vida*, como una forma de valorarla, vivirla y disfrutarla, tal y como se puede observar en las siguientes citas:

- *Te aferras muchísimo a la vida, ¿hein? Y disfrutas cada momento. (P1. GDP. 168:171)*

- *Y cuanto más mayor y vas cumpliendo años, más lo tienes, dices tú: ¿mañana? No, no. Hoy. Risas. Mañana no sé si estoy. (P1. GDD. 168:171)*

- *Yo creo que más que sobre mi propia muerte, es sobre mi propia vida. (...) valorar cosas que en el día a día no valoro. (P2. GDMI. 144:146)*

Por último, presentamos la opinión de dos informantes que señalan que al reflexionar sobre la propia muerte *prefieren creer que hay algo más en la vida*, o sea, que la vida no se termina con la muerte, pero resaltan que la práctica profesional, muchas veces, no les deja ver esta concepción personal.

- *(...) yo quiero creer que después de aquí hay otra cosa (...) pero ahí yo tengo mis dudas que haya y quizás sea una autodefensa para... (P2. GDMI. 160:163)*

- *Yo quiero creerlo pero no hay forma, ahí me viene la banda científica y no hay manera de que me entre, entonces...no. (P2. GDD. 160:163)*

### **DIMENSIÓN 3: FORMACIÓN**

Esta dimensión engloba las respuestas de los supervisores de enfermería relacionadas con la formación académica, las cuales, están expuestas según las siguientes categorías: 1) Formación académica; 2) Dificultades y 3) Necesidades.

#### **1) Formación académica**

Sobre la formación académica gran parte de los informantes parecen estar de acuerdo al referir que no tuvieron *ninguna preparación sobre el proceso de morir y la muerte*, tal y como se puede observar en las siguientes citas:

- *En la universidad ahora mismo, nada... con la licenciatura, yo no recuerdo de ninguna parte de esa. (P1. GDD. 70:70)*

- *En la mía por lo menos nada...de la muerte no nos enseñaron nada... (P2. GDD. 86:86)*

En la misma línea, dos supervisores relatan que en la formación *no hay nada sobre la relación humana* con el paciente en proceso de morir y su familia, tal y como se deja entrever en el fragmento:

- (...) *no te prepara para tu enfrentar, el después es presentarte ante a un familiar, su dolor y ante un paciente que ya han dado un diagnóstico que se va a morir inmediatamente. Para eso no te preparan en la universidad. (P1. GDP. 54:54)*

Otra cuestión citada por gran parte de los informantes, dentro de esta categoría, se refiere a la definición de la formación recibida, que definen como *teórica*.

- *Hay sobre el dolor, lo que es la sedación, pero lo demás, nada. (P1. GDD. 55:56)*

- *En la práctica ya empezamos a vivir alguna historia de este tipo, pero (...) pero teoría (...). (P2. GDD. 95:95)*

Por último, algunos supervisores de enfermería, ponen de manifiesto que en la formación hay una *preparación para la salud y no para el morir y la muerte*, tal y como se expresa en el siguiente pasaje:

- (...) *parece que esa asignatura o faltamos todos ese día a clase, risas, o es que no está. Pero nos preparan pues eso, para la salud, pero para la muerte, no. (P1. GDD. 64:64)*

## **2) Dificultades**

En esta categoría se pueden observar las opiniones de los informantes sobre las dificultades expresas por el tipo de formación académica recibida en relación con la muerte.

En las discusiones en grupo, gran parte de los supervisores señalan que la *formación actual sigue igual* que la recibida por ellos en su momento:

- *Yo creo que sigue igual. (P1. GDP. 58:61)*

Otro ejemplo de dificultad expresa en relación con la falta de formación se refiere al hecho de *empezar a trabajar sin tener formación* suficiente para tratar a pacientes en proceso de morir, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

- *No, no hay ninguna, vamos, yo cuando estudié, no había ninguna asignatura que.... Es la práctica, los primeros muertos te quedas asombrado (...). (P2. GDO. 94:94)*

Por último, se ejemplifica en un fragmento, relatado por un supervisor de enfermería, la dificultad expresa por la falta de *formación para actuar con familiares de pacientes en proceso de morir* que expresan sus sentimientos.

- *Bueno, y luego, las connotaciones de los familiares son totalmente distintas ¿sabes? a la hora del fallecimiento (...) que no sabes ni cómo manejarla ¿sabes? o la persona que te abraza y te abraza y te abraza y tú dices: dios mío y cómo me la separo, que te contagia. (P2. GDMI. 96:96)*

### 3) Necesidades

En relación con esta categoría, se pueden apreciar respuestas de los supervisores de enfermería relacionadas con aspectos que consideran importantes para cubrir lagunas existentes en la formación en relación al cuidado del paciente en proceso de morir y su familia.

Gran parte de los informantes señalan la necesidad de una *formación en la universidad*, previa a la práctica profesional, tal y como se ilustra en las siguientes citas:

- *Que la universidad estaría bien que tuviera también la visión de que existe la muerte, que es un proceso natural de la vida, y cómo tiene que ser tu actitud ante eso (...). (P1. GDO. 71:71)*

- *Hombre, yo diría la formación, y en todo caso la universidad (...). (P2. GDMI. 378:379)*

A su vez, algunos informantes reconocen la necesidad de una formación, pero desconocen *cómo es que se puede preparar* para el afrontamiento de situaciones del morir y muerte en el entorno hospitalario, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos.

- *¿Cómo lo hacen? ¿Cómo lo hacen? (P1. GDMI. 63:63)*

- *(...) y cómo tiene que ser tu actitud ante eso? (...). (P1. GDO. 71:71)*

Por último, relatamos la respuesta de un supervisor de enfermería que expresa la necesidad de que se enseñe a nivel académico que *la muerte es algo natural*, un proceso vital.

- *Que la universidad estaría bien que tuviera también la visión de que existe la muerte, que es un proceso natural de la vida. (P1. GDO. 71:71)*

#### **DIMENSIÓN 4: RELACIÓN CON EL PACIENTE**

En esta dimensión se pueden encontrar las respuestas de los supervisores de enfermería referidas a la relación que establecen con los pacientes en proceso de

morir, cómo es esa relación, cómo se desarrolla y los factores que pueden influir en la misma.

Las respuestas recogidas están organizadas atendiendo las siguientes categorías: 1) Relación profesional; 2) Papel profesional y 3) Características del paciente.

### 1) Relación profesional

Entre los supervisores de enfermería parece existir coincidencia en cuanto a que por el trabajo que desarrollan, *no suelen estar mucho tiempo con los pacientes*, pero algunos reconocen que deberían dedicar más tiempo, tal y como se expresa en los siguientes pasajes.

- *¿Sabes? dejas al paciente con la palabra en la boca prácticamente. (...) no te da tiempo. (P1. GDMI. 205:205)*

- *(...) el supervisor en cuanto a labor asistencial de cara al paciente a pie de cama, muchísimo menos tiempo, mucho menos. (P1. GDD. 216:221)*

- *(...) es que cada vez, nos estamos alejando del pie de la cama y nos estamos yendo a los ordenadores (...). (P2. GDMI. 390:402)*

En la misma línea, los supervisores de enfermería relatan que suelen establecer *poco contacto* con el paciente, o sea, la relación no supone un contacto, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *Vives menos el contacto con el paciente. (P1. GDO. 191:195)*

- *(...) estás como una abeja saltando de flor en flor. (P2. GDMI. 168:170)*

- *(...) con algunos en particulares tienes un contacto un poquito más directo pero en realidad estás en todos y en ninguno, es decir. (P2. GDP. 168:170)*

Algo similar ocurre en la respuesta de algunos informantes al expresar que suelen desarrollar una *relación empática pero profesional*, o sea, no se vinculan demasiado con los pacientes, tal y como se ilustra en la siguiente cita:

- *Por eso que te digo que a veces no. ¡Hombre! lo que traspasa es el límite y te vaya a abrazar y a llorar ahí con el hombre, pero sí que lo trata a lo mejor con, no sé (...). (P1. GDD. 237:237)*

Entre los auxiliares de enfermería, en relación al desarrollo de una *relación más emocional y cercana* al paciente, algunos de ellos, en concreto del servicio de oncología y digestivo, resaltan que *no llegan a establecer* ese tipo de relación, tal y como se refleja en las expresiones recogidas en el párrafo siguiente:

- *Bueno eso pasa, pero hacer así una relación más personal, implicarte más en sus problemas, ¡no! (P2. GDO. 209:214)*

Sobre el establecer una relación cercana con pacientes, la opinión de los supervisores no cambia mucho ni establecen grandes diferencias entre relación con pacientes terminales y la relación con el resto de pacientes, o sea, se relacionan del mismo modo, asumiendo que es *parte del trabajo atender pacientes terminales* y no suelen tener dificultades para ello.

- *(...) te tienes que preocupar por todos ¿no?, tanto el que se está muriendo como el que todavía sigue. (P1. GDP. 12:12)*

- *Forma parte de tu labor asistencial. (P1. GDMI. 43:45)*

- *(...) yo pienso que también tenemos que ser profesionales de lo que somos, y si somos profesionales de la salud, de lo qué es salud, entendiendo como la muerte el estadio final de la salud, somos profesionales de eso. (P1. GDMI. 253:253)*

## 2) Papel profesional

Esta categoría se recogen características del papel profesional del supervisor de enfermería que según ellos, de alguna manera, interfiere en la relación con los pacientes.

De tal modo, los informantes de distintos servicios relatan que tienen *mucha carga de trabajo asistencial*, identificándola como una dificultad para establecer relación con los pacientes, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Pero vamos, no siempre puedo bajar, o la labor asistencial te lo prohíbe. (P1. GDP. 206:206)*

- *(...) la demanda asistencial es tan grande que tú no tienes media hora para sentarte con un paciente o un familiar a ver cómo se siente delante de su proceso. (P1. GDMI. 207:208)*

- *A la carga de trabajo, porque en teoría debería de haber tiempo suficiente para entrar todos los días en todas las habitaciones. (P2. GDD. 175: 178)*

En la misma línea, los supervisores de enfermería confirman la idea anterior, cuando relatan que *no tienen tiempo* para relacionarse con los pacientes. En las citas siguientes se ilustra mejor esta opinión:

- *Pero a veces con la labor asistencial te quedas corto también por falta de tiempo. (P1. GDMI. 203:204)*

- *(...) ni el supervisor tiene tiempo para hacer eso, ni el enfermero tiene tiempo para hacer eso. El auxiliar igual. Risas. (P1. GDMI. 210:213)*

- *No puedes, es que no podemos pararnos mucho, no tenemos tiempo... (P2. GDO. 171:171)*

Los supervisores de enfermería parecen expresar una opinión común al relatar que es el *profesional de enfermería que suele estar más tiempo* con el paciente y no el supervisor, tal y como se ilustra a continuación:

- *Sí, pero si comparamos tiempo, está la enfermera que lleva pacientes, más tiempo con el paciente que nosotros. (P1. GDD. 214:216)*

- *No es como la enfermera que viene a hacer el turno de mañana todos los días y está todos los días (...) tú puedes estar un día que vas a estar llevando un paciente pero puedes estar pues una semana que estás en una reunión, otra reunión (...). (P2. GDP. 172:172)*

Algunos supervisores de enfermería ponen de manifiesto que no están acostumbrados a establecer vínculos con los pacientes, *aunque a veces les quede tiempo para estar con el paciente, no suelen relacionarse con ellos*, tal y como se deja entrever en los siguientes fragmentos:

- *Y a lo mejor lo hay, pero por la historia que tienes metida en tu cabeza de otras prioridades y otras angustias y otras necesidades del despacho, resulta que tú estés un ratito para hacer una ronda y no se te pasó ni por la cabeza... (P2. GDD. 179:182)*

- *Yo creo que en el fondo empiezas a no ir a las habitaciones porque como estás agobiado por otras cosas y si me meto en una habitación, a lo mejor no salgo o lo que sea. (...) yo creo que en fondo lo que tiene es temor al que, temor al que, entre comillas, que pase eso (...). (P2. GDMI. 184: 195)*

Por último, algunos supervisores de enfermería señalan que el *turno de la noche es el mejor horario para relacionarse con los pacientes*, debido a que la planta está más tranquila, sin mucho movimiento de personas, no hay que pasar la medicación, ni atender el baño, ni atender otras actividades que ocupan el turno de día:

- *(...) yo estando de noche también he acompañado más a la familia y acompañado más al paciente que en el turno de ahora (mañana). En el turno de ahora realmente estoy menos y hay mucho personal alrededor (...). (P2. GDMI. 70:75)*

### 3) Características del paciente

En esta categoría se puede encontrar opiniones de los informantes en torno a características de los pacientes que, de alguna manera influyen en la relación y atención que prestan los propios supervisores.

De esta manera, los supervisores de enfermería citan que con *pacientes con más tiempo de ingreso* suelen tener una relación más especial, con más cuidado y atención, tal y como se expresa en los siguientes pasajes:

- *Depende del tiempo, de enfermos que te repiten, que no sólo vienen una vez ¿sabes? que vienen, vuelven, te encariñas. (P1. GDD. 247:250)*

- *(...) hay pacientes que están muchísimo tiempo, o hay pacientes que los familiares han venido a hablar conmigo, que han tenido problemas, que no sé qué, entonces, siempre en la planta estableces una relación más con unos que con otros (...). (P2. GDMI. 210:210)*

Otra característica del paciente, citada por los supervisores de enfermería, se refiere a los *pacientes jóvenes*, identificando que la atención a este tipo de enfermo es algo que, habitualmente les afecta más a nivel emocional.

- *Los padres no debemos de llorar a un hijo. Sino todo lo contrario, la ley natural es al contrario, que nuestros hijos nos lloren a nosotros. (P1. GDD. 16:16)*

### DIMENSIÓN 5: RELACIÓN CON LA FAMILIA

Esta dimensión contempla las respuestas en torno a las relaciones que establecen los supervisores de enfermería con los familiares de pacientes hospitalizados.

Las informaciones recogidas están organizadas según las siguientes categorías: 1) La relación y 2) Dificultades en la relación.

### 1) La relación

Los supervisores de enfermería manifiestan en sus relatos que no suelen establecer mucha relación con los familiares de pacientes, de forma que, describen como *escasa y efímera la relación* con los mismos, tal y como se ilustra en las siguientes citas:

- *Yo, escasa, desde que estoy como supervisora. Volvemos a lo mismo, pasamos demasiado tiempo en el despacho. (P2. GDD. 285:286)*

- *Nuestra relación es efímera. (P2. GDMI. 285:286)*

Algunos informantes en esta categoría, igual que respondieron en la categoría relación con los pacientes, también manifiestan en sus relatos que no suelen relacionarse mucho con los familiares, asumiendo que esto es *papel más del enfermero*, que de ellos mismos.

- *Más las enfermeras, tienen mucho más. (...) están todo el día con ellos. (P2. GDO. 287:290)*

A su vez, los supervisores de enfermería de distintos servicios destacan que cuando se relacionan con los familiares, normalmente, suele ser con *familiares de pacientes que reingresan*, o sea, que llevan más tiempo de contactos con el hospital, tal y como se ilustra a continuación:

- *(...) claro, que vienen a menudo, pues los conoces un poquito ahora, el próximo ingreso pues ya los conoces. (P2. GDO. 292:302)*

- *A veces nos pasa con los familiares de los pacientes cirróticos que también vienen y vienen y vienen (...). (P2. GDD. 292:302)*

## 2) Dificultades en la relación

En esta categoría se presentan las respuestas señaladas por los informantes, como ejemplo de dificultades presentes en la relación con el familiar del paciente.

Aunque se verifica en la categoría anterior que los supervisores de enfermería prácticamente no establecen relación con el familiar, al mismo tiempo señalan la presencia de algunas dificultades en las ocasiones en que si se establece esta relación. Como por ejemplo, se identifica por todos los informantes, la dificultad existente con *familiares que difícilmente aparecen* en el hospital, tal y como se ilustra a continuación:

- *Porque a veces los que más gritan, los que más duelos aparatosos hacen son precisamente los que peor se llevan con ese enfermo ¿no? (P1. GDMI. 296: 300)*

- *Sí, es el que más atención te reclama y el que más problema tiene con el personal de enfermería. (P1. GDP. 296: 300)*

En la misma línea, algunos informantes señalan ciertas dificultades con los familiares cuando manifiestan que *siempre hay familiares que generan problemas*, aunque no sean la mayoría:

- *Hay familiares que por ser como son, pues sí que te generan problemas y otros que no (...). (P1. GDO. 290:292)*

Por último, algunos supervisores de enfermería señalan dificultades en relacionarse con los familiares por el hecho, de que en ocasiones, suelen *culpabilizar de la enfermedad de su familiar al propio personal*, como ilustra la siguiente cita:

- *Yo creo que es difícil porque nos ven como culpables de la enfermedad de su familiar ¿no? (P1. GDD. 267:267)*

## **DIMENSIÓN 6: CONTACTO ANTE LA MUERTE**

Esta dimensión recoge las opiniones de los supervisores de enfermería sobre las experiencias vividas con pacientes sin curación, en proceso de morir y con la muerte, así como los sentimientos generados por el contacto establecido.

Las respuestas dentro de esta dimensión están organizadas según las siguientes categorías: 1) Procedimientos ante la muerte; 2) Reacciones; 3) Expresión de sentimientos y 4) Características de la muerte.

### **1) Procedimientos ante la muerte**

Dentro de esta categoría se pueden encontrar las respuestas de los informantes relacionadas a los procedimientos que se despliegan, técnicos o humanos, ante la muerte de los pacientes.

Algunos supervisores de enfermería, en concreto de apenas un hospital (A), coinciden en sus opiniones cuando relatan que *cuando se muere un paciente los supervisores no siempre están presentes*, tal y como se ilustra a seguir en las citas:

- *Es que los pacientes se mueren estando nosotros o no (...) muchas veces depende. Nosotros como supervisores no tenemos que firmar nada, es la enfermera y del médico quienes certifican... (P2. GDP. 250:256)*

- *Es eso, a veces ni voy, pues si esta la enfermera... (P2. GDO. 250:256)*

En la misma línea, los mismos informantes relatan que ante los casos de muerte, *es el profesional de enfermería quién lleva casi todos los procedimientos*, por lo que los supervisores no necesitan estar presentes.

- *Depende, algunas veces, pues también me imagino pues te acercas por ahí, no siempre, es más la enfermera la que lleva todo el proceso. (P2. GDMI. 257:257)*

- *Yo si estoy bien enterado, yo me encargo de los trámites de los papeles y la enfermera va haciendo otra cosa (...). (P2. GDMI. 258:259)*

A su vez, todos los informantes, de ambos hospitales, relatan que normalmente es el auxiliar de enfermería quién actúa en el momento de tener que *amortajar el paciente*, y raramente, en algunos casos solicitan la ayuda del celador, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- *Lo hacen los auxiliares, es una función delegada por los enfermeros. (P1. GDP. 232:233)*

- *(...) si están los auxiliares ocupadas en ese momento, algunas veces se lo pongo al celador sin ningún problema. (P2. GDD. 261:263)*

Los informantes de otro hospital (B), señalan que normalmente en caso de muerte de pacientes, prevalece la *función de asesorar al familiar* sobre los procedimientos técnicos a seguir, aunque dan a entender que no siempre están presentes en este momento, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *Informamos al familiar. (...) les informamos un poco de lo que vamos hacer, qué es lo que tienen que hacer ellos, y qué lo vamos hacer nosotros con el cuerpo: que lo vamos a preparar, vamos a bajar. (P1. GDP. 225:226)*

- *Nuestra función es de asesoramiento también. (P1. GDMI. 225:226)*

Los mismos informantes relatan que cuando están presentes en el momento del fallecimiento suelen dar el pésame, ofrecer una tila, resolver dudas si les preguntan, o sea, desarrollan *procedimientos más humanos* en este momento; tal y como se ejemplifica en las citas siguientes:

- *Sí, yo también, por supuesto. Me presento y les doy el pésame y tal... (P1. GDP. 226:228)*

- Después les ofrezco una tila, si necesitan ayuda, si tienen dudas que me digan, y eso es lo que suelo hacer cuando se me muere alguien. (P1. GDP. 229:230)

## 2) Reacciones

En esta categoría se recogen las manifestaciones de las respuestas de los informantes cuando reciben el informe de no curación de los pacientes ingresados.

Los distintos informantes coinciden en señalar que en estos momentos suelen *identificarse con el paciente o su familia*, y tienden a ponerse en el lugar del mismo, tal y como se ilustra en estos fragmentos:

- (...) tienes a alguien con X enfermedad y luego tienes a un paciente que también tiene lo mismo, a mí me resulta muy difícil relacionarme con esa persona porque veo reflejado a mi familiares, entonces, lo asocias, entonces ahí se me hace más cuesta arriba. (P1. GDO. 254:254)

- (...) y un poco el sentimiento de decir: por dios, ojalá no me pase a mí. (P2. GDD. 269:270)

- Eso, casi poniéndome en su lugar ¿no? y diciendo: hay gente muy joven. De repente la vida te puede cambiar. (P2. GDO. 269:270)

Gran parte de los supervisores de enfermería señalan que en estos momentos intentan que el tratamiento y el proceso de atención final al paciente sin curación, sea *de la mejor manera posible*.

- Sí, para esos pacientes que ya son terminales (...) que los días que le queden pues que lo haga pues lo mejor posible. (P1. GDD. 34:34)

- Profesionalmente, intentar ayudar lo más que se pueda los pacientes que ya les toca. (P1. GDP. 153:153)

Algunos informantes relatan que es un momento difícil, debido a *la manera que los médicos, en muchas ocasiones, informan del diagnóstico al paciente o su familia*, tal y como se refleja en estos pasajes:

- *Sí, sí, pero al momento del impacto del diagnóstico, según como sea puede ser tremendo, porque los chicos los cuentan a veces a bocajarro ¿hein? (P2. GDD. 276:283)*

- *(...) dicen clarito: tú tienes esto. Y la reacción es, cuando oyes, yo generalmente intento quedar ahí al lado ¿sabes? (...). Porque muchas veces miran para ti y te dicen: ¿qué fue lo que me dijo? ¿Sabes? (P2. GDMI. 276:283)*

En los discursos de algunos supervisores de enfermería, en concreto del servicio de paliativos y oncología, se puede identificar cierta *dificultad en la forma de actuación* en el momento que reciben el informe de no curación del paciente, tal y como se ilustra en las citas siguientes:

- *(...) hombre, hasta piensas: tengo que entrar en la habitación y te lo piensas un rato: qué le digo, qué cara pongo, qué me preguntará y... ¿sabes? es complicado. (P1. GDO. 240:241)*

Por último, se expresa la opinión de algunos informantes que relatan que en estos momentos acaban por reaccionar con el sentimiento de pena, una *pena momentánea*, tal y como se describe a continuación:

- *Con pena, con pena. (P2. GDO. 265:267)*

- *Con pena. Pero es lo que decimos, con pena momentánea. (P2. GDD. 265:267)*

### 3) Expresión de sentimientos

En esta categoría se pueden encontrar ejemplos de sentimientos expresados ante situaciones del morir y de la muerte en la labor hospitalaria de los supervisores de enfermería.

Algunos supervisores relatan que en esos momentos lo que sienten es, muchas veces, *pena*, tal y como se ilustra en las citas siguientes:

- *Muchas veces te da una pena terrible, ¿sabes? (P1. GDD. 152:152)*  
- *Pero, vamos, te afecta, te da mucha pena, piensas en la madre, lo mal que se lo ha tomado, que está pasando fatal (...). (P2. GDO. 38:38)*

Otra gran parte de informantes relatan que es un momento difícil, que se *tragan nudos*, tal y como se ejemplifica en este pasaje:

- *Tragando nudos, porque te mira si te conoce, y al ver tu cara (...) y tragas nudos. (P1. GDD. 241:245)*

Algunos supervisores, en concreto del servicio de paliativos y oncología, señalan que sienten *ganas de llorar* y que, en ciertas ocasiones, lloran.

- *Llegó un momento que yo salí de la habitación y me tuve que poner a llorar. Y yo no sé porque lloré ese momento, no sé por qué me afectó tanto (...). (P1. GDP. 19:19)*  
- *Me fui a llorar al baño, claro, y decía: cómo voy a preguntarle, y me fui... (P1. GDP. 255:255)*  
- *Pero, si lo conoces desde hace mucho tiempo y tal, pues hombre, a veces se te sueltan hasta las lágrimas (...). (P1. GDO. 305:305)*

Dos supervisores de enfermería señalan que generalmente sufren ante estos *momentos del morir y muerte* de los pacientes ya que señalan que también son personas y tienen sentimientos, tal y como se expresa en la siguiente cita.

- *Lo raro es no sentir lo que sentimos porque somos personas y tenemos sentimientos (...). (P1. GDMI. 253:253)*

Un supervisor de enfermería relata como ejemplo de sentimiento vivido en situaciones de muerte y del morir de los pacientes, *la tristeza*, tal y como se ilustra en estos fragmentos:

- *Tu profesión te lleva a sentirte triste, ¿hein?, porque muchas veces te da una pena terrible, ¿sabes? Es tristeza, vamos. (P1. GDD. 152:152)*

- *Hombre, a lo mejor te invade un poco la pena y la tristeza y a lo mejor, aquello que tú quieres mantener pues emocionalmente a raya, no puedes ¿sabes? (P1. GDD. 235:235)*

A su vez, otro informante expresa haber pasado por la experiencia vivida con un paciente con enfermedad avanzada e identifica el sentimiento vivido de *fracaso*, tal y como se deja entrever en esta cita:

- *Yo hoy no levanto cabeza porque se ha ido una paciente que lleva noventa y siete días en mi planta a UMI de vuelta. Y yo hoy estoy como que si el fracaso hubiera sido mío. (P2. GDMI. 36:36)*

Por último, se aprecia que durante el desarrollo de la dinámica del grupo de discusión, se puso de manifiesto un *sentimiento explícito* por un informante supervisor, a través de ojos lagrimosos, cuando asoció la vivencia con los pacientes hospitalizados, con sus propias vivencias con un familiar.

#### **4) Características de la muerte**

Esta categoría recoge las respuestas de los informantes sobre algunas características de la muerte del paciente que de alguna manera interfieren en la

respuesta del profesional, ante situaciones del morir y muerte vividas en el entorno laboral hospitalario.

Los supervisores de enfermería parecen expresar opiniones comunes en relación a las generadas por el tipo de *muerte que ya es esperada y que se aprecia el sufrimiento* del paciente, así que, en estos casos, normalmente, la muerte del paciente, les genera alivio, tal y como se puede apreciar en las siguientes citas.

- *El pobrecito ya no va a sufrir más, ya no tal, y el alivio de que ya por una vez lo vas a dejar tranquilo ya. ¿Sabes? (P1. GDMI. 314:316)*

- *(...) hay gente que realmente lo pasa tan mal en la enfermedad que creo que, que incluso te alegra de que ha tenido una muerte digna, que se ha muerto, porque no ves solución (...). (P2. GDMI. 114:114)*

Algo similar ocurre en las respuestas de algunos informantes, en concreto del servicio de paliativos y medicina interna, al relatar que cuando se produce la *muerte de un paciente mayor con muchas patologías*, normalmente, ya se asume como algo normal, tal y como se deja entrever en este fragmento:

- *Claro, que tiene un montón de patologías, que está muy deteriorado, a lo mejor encamado, de montón de tiempo, y al médico le dice: mira, vamos hasta aquí, ya no vamos a tomar ninguna medida más. Entonces yo creo que lo asumes como normal también ¿no? (P1. GDP. 321:322)*

Sobre los tipos de muerte que son valorados por los supervisores de enfermería como algo difícil de llevar y afrontar, citan por ejemplo, la *muerte de un paciente joven*, tal y como se expresa en la siguiente cita:

- *A mí me afectó mucho por ejemplo cuando yo trabajaba en el materno con lactantes, yo realmente me tuve que ir porque yo no lo soporté, no soportaba ver un niño enfermo. (P2. GDMI. 52:54)*

Otra característica citada por algunos informantes se refiere a la *muerte de pacientes que llevan mucho tiempo de ingreso* que han luchado más tiempo con la enfermedad, tal y como ejemplifican las citas siguientes:

- *Sí, si es un paciente que lleva tiempo luchando y dices: cónchale, con el tiempo que lleva luchando y ahora ya no le van a hacer más nada. (P1. GDP. 307:307)*

- *Igual que tú los ves luchando, y tirando para adelante, pero hasta aquí llegamos (...) eso te cuesta más, porque tú has visto la lucha, día a día del tiempo, a lo mejor, de los pacientes. (P1. GDP. 320:320)*

Algunos de los participantes de un grupo de discusión citan que la *muerte que no es esperada*, suele ser más difícil de afrontar y, normalmente, es valorada como un fracaso profesional, tal y como se ilustra en los siguientes pasajes:

- *Es mucho más traumático cuando es una parada que no se espera y todo se descontrola. (P2. GDMI. 50:51)*

- *Porque no es lo mismo cuando tú no te lo esperas y entras en una habitación y te encuentras al paciente muerto. No te quedas de la misma manera. Indistintamente de que lo veas mayor, de que sepa que se iba a morir (...) te quedas fatal (...). (P2. GDMI. 59:69)*

Una cuestión identificada en un grupo de discusión se refiere al *encarnizamiento terapéutico* que se despliega ante pacientes en situación terminal, tal y como se expresa en este fragmento:

- *A mí lo que me cuesta es seguir machacándolos, entre comillas, hasta el último momento, ¿sabes? no tirar la toalla cuando es una persona que ya no es viable, que no hay salida (...) o sea, haciéndolos sufrir, ¿sabes? (P1. GDMI. 15:15)*

Por último, dentro de esta categoría, algunos informantes coinciden en sus opiniones al relatar la preferencia de una *muerte en casa que en el contexto*

*hospitalario*, como por ejemplo, en el caso de pacientes mayores que sólo van al hospital para morir, tal y como se deja entrever en el pasaje siguiente:

*- A mí también lo que me da pena muchas veces es ver el paciente de avanzada edad, los ingresan, y a mí me da pena, ¿sabes? podrían morir en su casa, sin machacarse (...) en vez de haberse muerto en su cama, en su casa, con sus cosas y su familia, que termine los tres días que le quedaban en una sala del hospital. (P1. GDD. 325:329)*

## **DIMENSIÓN 7: EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR**

En esta dimensión se pueden encontrar las respuestas de los supervisores de enfermería en cuanto a los diferentes recursos y estrategias que desarrollan para poder lidiar y afrontar la labor con pacientes en situación terminal, en proceso de morir y la muerte. Así como la influencia en esta labor de la característica tiempo de práctica profesional.

Las respuestas recogidas en esta dimensión están organizadas atendiendo a las siguientes categorías: 1) Recursos y estrategias generales; 2) Recursos puntuales y 3) Tiempo de práctica profesional.

### **1) Recursos y estrategias generales**

En esta categoría se recoge las respuestas de los informantes sobre los recursos y estrategias que generalmente utilizan como fórmula facilitadora para la atención a pacientes en proceso de morir.

Los supervisores de enfermería expresan opiniones parecidas cuando señalan como recurso para poder desarrollar la labor con pacientes en proceso de morir, la

capacidad de cada uno para *desconectar* y *olvidarse del trabajo* fuera de él, aunque algunas veces les resulte difícil, tal y como se ejemplifica a continuación:

- *Pero cuando salgo intento olvidarme de lo que es el hospital porque si no tampoco podrías seguir viviendo tus cosas y tener tu vida. (P1. GDO. 254:254)*

- *Yo intento, pero aún así me conecto muchas veces... (P1. GDD. 408:416)*

- *Claro. Ya dices: yo no puedo adaptarlo a todo, y empiezas a desconectar, es decir: no es que no te preocupe sino que cuando sales de aquí, desconectas, porque si no. (P2. GDMI. 229:231)*

En la misma línea, los informantes señalan como recurso, la capacidad para *poner barreras* para separar los sentimientos, tal y como expresan en las siguientes citas:

- *La familia se involucra, ¿sabes? que quieras o no.... tienes que a veces separar los sentimientos. (P1. GDD. 252:252)*

- *Es que, yo no sé, de forma natural es eso, es que el cuerpo y la mente, la mente sobretodo, imagino que crea una barrera para que no te dañe esa agresividad que tiene el estar conviviendo con la enfermedad a diario. (P2. GDD. 236:238)*

- *Es decir, es como que llega un momento que tú mismo dice: o corto esto o quién me corta soy yo. Y más que una estrategia, es un sistema de autodefensa. (P2. GDMI. 243:247)*

Otro tipo de estrategia citada por los diferentes supervisores se refiere al hecho de *tener clara la profesión escogida*, o sea, saber cuál es el papel profesional asignado a cada uno.

- *Tienes que saber qué es lo que estás haciendo (...). (P1. GDD. 461:462)*

Algunos supervisores citan, como ejemplo de estrategia, el intento que realizan para *no implicarse mucho con el paciente a nivel emocional*, tal y como se ejemplifica a continuación:

- (...) porque seguramente vas con una idea y con unos valores X, que cuando va pasando el tiempo, porque además te das cuentas que empiezas a pasarlo mal y empiezas a joderte (...). (P2. GDMI. 226:228)

Entre los recursos y estrategias citadas, algunos informantes, en concreto del servicio de paliativos, señalan algo que impresiona de realizar un esfuerzo para el *autoconvencimiento*, es decir pensar de un modo, o en una dirección, que no les afecte tanto a nivel emocional, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- (...) alguien me dice: es que esta planta es muy dura, y tal. Entonces yo le digo: mírala desde un otro punto de vista. O sea, tenemos unos pacientes que tienen un diagnóstico que ¿tú se lo pusiste? En la verdad que no. Le ha tocado por lo que sea vivirlo ¿no?, tiene una enfermedad que le toca y tal, y ahora lo único que nosotros podemos hacer es ayudarlo a que ese proceso, el tiempo que le quede, pues, sea de la mejor manera posible. Entonces sí, si se lo contempla desde ese punto de vista (...). (P1. GDP. 68:68)

- (...) un poco quitarle el hierro, en el sentido de: chacho, tampoco fue culpa mía, él se tiró porque quiso. (P1. GDP. 404:404)

Algo similar ocurre en las respuestas de un informante, también de paliativos, cuando señala como recurso el hecho de *pensar en positivo*, tal y como ejemplifica la siguiente cita:

- (...) tú siempre vienes con las ganas de que algo mejore, de que algo cambie, de que se mejore las circunstancias y todo. (P1. GDP. 467:467)

Un informante señala como recurso, la capacidad de utilizar el sentido del humor para afrontar situaciones difíciles a nivel emocional, o sea, *reírse* un poco.

- (...) y también el sentido de humor ayuda, ¿sabes? reírte también de las cosas. (P1. GDP. 404:404)

En la opinión de un supervisor de enfermería, en concreto de oncología, emerge como estrategia para afrontar la labor con pacientes en proceso de morir, *el*

*deseo de que otro servicio del hospital atienda al paciente como fórmula de evitación del contacto personal con el momento final, la muerte.*

- *Entonces, claro, a veces deseamos que se lo lleve paliativos cuando ya no hay, que ya no se va a poner más tratamiento y tal, para que no se mueran en la planta, porque claro la gente ha establecido una relación con la familia, con el paciente y sabe que se va a morir, pero que no quieres que se muere ahí (...). (P1. GDO. 17:17)*

Por último dentro de esta categoría, señalar la opinión de diversos informantes, que describen los recursos como *reacciones naturales*, o sea, automatismos que desarrollan para afrontar las situaciones difíciles del morir y la muerte en la labor hospitalaria, tal y como podemos observar a continuación:

- *Es lo que te sale naturalmente como persona. (P1. GDD. 376:378)*

- *Yo creo que vemos ya como algo natural, ¿sabes? (...) te surge en ese momento. (P1. GDO. 382:396)*

- *Es algo automático. (P1. GDMI. 382:396)*

## **2) Recursos puntuales**

Esta categoría recoge las respuestas de los supervisores de enfermería sobre los recursos utilizados en momentos de dificultad en la actuación con pacientes en proceso de morir, con el propósito de satisfacer las necesidades puntuales y poder cumplir con la labor diaria.

Entre los diferentes recursos puntuales citados por los informantes, parece existir coincidencia en cuanto a que tienden a *compartir información entre compañeros* con el fin de aliviar las tensiones emocionales procedentes de la labor hospitalaria, tal y como se ilustra a continuación:

- *Lo expresas con tus compañeros, dices: fíjate, que pena (...). (P1. GDD. 308:310)*

- *Sí, intentas desahogar con la gente. (P1. GDO. 308:310)*

- *Compartimos todo. (...) y las enfermeras también te pasa lo mismo. La enfermera dice: supervisora, yo no puedo, vete tú. (P2. GDMI. 336:341)*

Los diferentes informantes coinciden en sus opiniones cuando identifican como ejemplo de recurso puntual, que suelen *solicitar a otros compañeros que acudan en su lugar*, a atender a algún paciente, tal y como se puede apreciar a continuación:

- *Cuantas veces ha dicho un compañero que te ve afectado: déjalo que yo te lo hago. (P1. GDP. 390:390)*

- *Claro, hay determinados momentos que a lo mejor vuelven a tocar el timbre y tú dices: yo no voy a ir (...) yo no voy a ir porque ya me abrazó, yo no sé, no le puedo decir nada más, ¿sabes? (P2. GDMI. 332:335)*

- *Yo ya no puedo más, por favor, vete tú. (P2. GDD. 332:335)*

Supervisores de diferentes servicios citan que intentan *desconectar en la atención entre pacientes*, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *(...) una vez que lo haces, terminas eso y te vas a tu despacho y de ahí por lo menos desconectas. (P2. GDMI. 318:320)*

- *Sí, ese es el momento puntual de atender esa circunstancia. Desconecto, claro. (P2. GDMI. 318:320)*

Los supervisores de enfermería del servicio de paliativos y oncología coinciden en que suelen adoptar como recurso puntual, el hecho de *salir de la habitación para desahogarse y llorar*, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- *lloro (...) cuando se te pasa, pues, vuelves. (P1. GDO. 375:375)*

- *Claro, de una forma natural, lloras, entras y sigues. (P1. GDO. 382:396)*

En líneas similares las respuestas de algunos informantes señalan que, en ciertas ocasiones, *lloran como un recurso puntual* para desahogarse, sin interrumpir sus sentimientos, tal y como se deja entrever en estos pasajes:

- *(...) pues si estás ahí y estás con los pacientes se te salen las lágrimas ¿por qué no? no intento interrumpir mis emociones, ¿sabes? (P1. GDD. 378:378)*

- *Y cuando no lloras, me da un dolor de garganta, pues creo que si reprimes eso, no te deja ni respirar. (P1. GDD. 382:396)*

A su vez, algunos informantes identifican que ante situaciones que les afectan a nivel emocional, muchas veces tienen que *adoptar el papel del más fuerte*, tal y como se ejemplifica en la cita siguiente:

- *(...) o como a veces tienes que adoptar el papel del más fuerte y llorar para dentro como digo yo. (P1. GDD. 397:399)*

Por último, en lo que se refiere a esta categoría, se expone las respuestas de algunos informantes que identifican el hecho de *proporcionar un ambiente adecuado para el paciente terminal*, como ejemplo de acción utilizada por ellos para poder afrontar mejor las situaciones del morir y muerte en la labor hospitalaria.

- *Generalmente siempre las muertes en mi planta, que van a ser así, intentas proporcionar un ambiente (...). (P2. GDMI. 321:322)*

- *Y tu misión fundamental es buscar la cama individual. (P2. GDMI. 323:327)*

### **3) Tiempo de práctica profesional**

En esta categoría se pueden encontrar las respuestas de los informantes sobre la influencia del tiempo de práctica profesional en la atención prestada a los pacientes en proceso de morir.

Los supervisores de enfermería coinciden en sus opiniones al relatar que *al principio de su práctica profesional llevaban peor* las situaciones del morir y muerte en el entorno hospitalario, tal y como se ejemplifica en las citas expuestas a continuación:

- *A nosotros nos pasa que, los que empiezan nuevos, lo llevan peor que los que ya llevan mucho tiempo. (P1. GDO. 454:454)*

- *(...) cuando te toca a ti, tu responsabilidad es ese paciente que se ha muerto, lo llevas, incluso lo llevas mucho peor que nosotros que llevamos más años. (P1. GDMI. 457:457)*

- *(...) cuando empiezas a trabajar o los primeros años que trabajas, llegas a tu casa y lo único que hablas es de lo que hiciste. (...) y ahora como te des cuenta ¿sabes? te tienes que sacar las cosas con pinza porque si no. (P2. GDP. 232:235)*

Algo similar relatan algunos informantes, en concreto del servicio de medicina interna y digestivo, cuando señalan que *al principio se implican más en las situaciones a nivel emocional*, y luego con los años de práctica ya no se implican tanto:

- *(...) yo creo que al principio, cuando tú empiezas a trabajar, yo creo que te implicas más. (P2. GDMI. 224:225)*

Los diferentes informantes vuelven a expresar una opinión parecida, al relatar que el tiempo de práctica profesional les va a dar *más experiencia y ayuda para afrontar* situaciones del morir y de muerte, tal y como se observa a continuación:

- *A nosotros la experiencia, los años que llevamos trabajando nos ayuda a enfrentar incluso por no tener la preparación que tuvimos al principio, en la carrera, pues nos ayuda a enfrentar las situaciones estas duras de muerte y todo eso. (P1. GDP. 455:456)*

Algunos informantes relatan que con la experiencia profesional *aprenden a separar los sentimientos*, consiguiendo experimentarlo como algo que no les afecte tanto a nivel emocional, tal y como se deja entrever en estos fragmentos:

- (...) *imagino que crea una barrera para que no te dañe esa agresividad que tiene el estar conviviendo con la enfermedad a diario. (P2. GDD. 239:242)*

- *Yo creo que eso lo vas adquiriendo con los años. (P2. GDMI. 239:242)*

Dos informantes consideran que como tienen bastante tiempo de experiencia profesional, *muy puntualmente suelen sentirse afectados* a nivel emocional, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Yo hace tiempo que eso no veo. Muy puntualmente me han afectado unos (...). (P2. GDD. 37:38)*

- *Yo ya llevo muchos años con esto que ya no afecta así. (P2. GDO. 37:38)*

A su vez, los demás informantes describen que aunque tienen experiencia profesional de varios años, *aún hay casos que les afecta a nivel emocional*, tal y como se ilustra en las citas siguientes:

- *A mí sí. Hay muchos que no, pero hay veces es que no sabes cómo que creas un vínculo y ¿sabes? es horrible, si el paciente va mal o fallece, lo que sea, tú estás haciendo un duelo. (P2. GDMI. 33:33)*

- (...) *pero sí es verdad que en la planta todavía, a pesar de que la gente lleve muchos años trabajando, sobre todo cuando es alguien muy joven, la planta se reciente muchísimo. (P2. GDP. 39:39)*

## **DIMENSIÓN 8: INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN**

Esta dimensión gira en torno a las respuestas de los supervisores de enfermería relacionadas con las propuestas y acciones de mejora que se podrían

desarrollar a modo de promover y facilitar la labor de estos profesionales en la atención a pacientes terminales, en proceso de morir y la muerte. Así como, la valoración del trabajo existente y de la temática de esta investigación.

Las respuestas recogidas están ordenadas según las siguientes categorías: 1) Propuestas de mejora; 2) Acciones y apoyo; 3) Puntos positivos y 4) Valoración del tema.

### 1) Propuestas de mejora

En esta categoría se identifican diversos tipos de propuestas de mejora señaladas por los informantes con la finalidad de contribuir en la mejora de la labor desarrollada con pacientes en proceso de morir en el entorno hospitalario.

Diversos informantes relatan como propuesta de mejora, la necesidad de contar con la presencia de *un profesional de psicología para actuar, principalmente, con pacientes y familiares*, con la idea de contribuir con el trabajo del propio profesional.

- *Yo creo que es indispensable, un psicólogo que trate familia y paciente. (P1. GDMI. 436:437)*

- *Bueno, pero por lo menos intervienen con el paciente y la familia. (P1. GDMI. 446:446)*

En la misma línea, algunos supervisores relatan la necesidad de una *unidad de Psicología dentro del hospital*, enfocada también a los profesionales, tal y como podemos apreciar en los fragmentos siguientes:

- *Que haya unidades que se dediquen expresamente. (P1. GDD. 441:443)*

- (...) pero eso enfocada al profesional. (P1. GDO. 441:443)

Algunos supervisores de enfermería relatan la necesidad de desarrollar *algún tipo acción de mejora dirigida principalmente, para auxiliares de enfermería y enfermeros*, ya que son los que más contacto tienen con el proceso de morir y la muerte del paciente:

- *Es que los duelos los vivimos mucho más enfermeras y auxiliares que médicos, el médico entra un ratito al día y viene a firmar el parte de defunción.* (P2. GDD. 383:383)

Los supervisores proponen como propuesta de mejora una *mayor asistencia de la parte médica* en los momentos finales de la vida del paciente, tal y como se puede apreciar en las siguientes citas:

- *Pero como ocurre en interna, el médico da la noticia, el médico ve, informa, vamos a poner sedación, pero verdaderamente quién están son los enfermeros.* (P2. GDMI. 387:389)

- *Eso sí es fuerte, la desasistencia médica.* (P2. GDD. 418:418)

Diferentes supervisores citan como propuesta de mejora, acciones en torno a la *formación académica*, como por ejemplo implantar la asignatura de cuidados paliativos de forma obligatoria, tanto para médicos, como para enfermeros.

- *La asignatura de cuidados paliativos hace un par de años que empezó en la carrera de medicina, un par de años.* (P2. GDP. 380:382)

- (...) *en medicina, pero no estaría mal si existiese en la de enfermería.* (P2. GDD. 380:382)

- *Y es optativa, con lo cual.* (P2. GDMI. 380:382)

Algunos informantes realizan sus propuestas de mejora dirigidas a los recursos asistenciales, como por ejemplo proponen *desvincularlos del papel de recursos humanos* que tienen que desempeñar, como alternativa para centrarse en

aspectos de atención a los pacientes y a la familia, tal y como se expresa en las siguientes citas:

- *Que nos quiten la parte de recursos humanos. (P2. GDP. 370:374)*
- *(...) entonces podemos dedicar mucho más tiempo a lo que realmente debería de ser nuestro trabajo que es supervisar (...). (P2. GDD. 370:374)*
- *Que se dedique a alguien a cuando haya algún turno sin cubrir, a cubrirlo y (...) a cuando haya una baja, a cuando haya un imprevisto familiar, a cuando el otro hace no sé qué, y todas a esas cosas. (P2. GDP. 376:377)*

En la misma línea de recursos asistenciales, señalan como propuesta de mejora, la atención en *unidades a domicilio* para que el proceso de muerte del paciente se desarrolle en su casa, tal y como se ilustra en los relatos siguientes:

- *(...) ojalá sea posible eso pero para todos. (...) y que todos los niveles puedan disfrutar de esa historia. (P1. GDP. 368:372)*
- *Yo creo que sí, que casi todos los pacientes preferirían morir en su casa y los familiares también si tuvieran un apoyo. (P1. GDP. 368:372)*

## **2) Acciones y apoyo**

Dentro de esta categoría se pueden encontrar las respuestas de los informantes sobre la presencia o no de acciones de apoyo desarrolladas con la intención de satisfacer las demandas existentes en la labor profesional.

Los relatos de gran parte de los supervisores de enfermería ponen de manifiesto que hasta el momento no existe ningún tipo de apoyo dirigido específicamente al profesional. En relación a la necesidad de recibir algún tipo de ayuda psicológica, los informantes del servicio de medicina interna, digestivo y

oncología (este último, de un hospital – A), señalan que *no hay psicólogo en el servicio*, tal y como se ilustra en la cita siguiente:

- *Nosotros somos nosotros mismos. Risas. Entre nosotros. (P1. GDMI. 427:427)*

A su vez, los supervisores de enfermería de dos servicios, en concreto de cuidados paliativos y de oncología (este último, de un hospital – B), señalan que *hay psicólogo en la planta*, pero no existe ningún trabajo dirigido al profesional, sino que el trabajo que realiza va dirigido exclusivamente al paciente y su familia.

- *Para el paciente, lo que sí que después ellos tienen la predisposición (...). Pero no es que sea exclusivamente para el personal. (P1. GDO. 432:432)*

- *Hombre, en la planta a veces hablamos con el psicólogo (...) no hay nada programado. (P1. GDP. 69:69)*

Los informantes anteriormente citados, señalan la presencia del profesional de psicología en la planta y la inexistencia de acciones organizadas para ellos, aunque resaltan que se podría, de manera informal, hacer uso del psicólogo ante una necesidad, pero afirman que *no suelen acudir*. En las citas a continuación se refleja con más detalle esta idea:

- *Pues no se suele, el personal no suele ¿hein? (P1. GDP. 429:429)*

- *Lo que pasa es que después los psicólogos, esos recursos, no los utilizamos, nos metemos en el día a día (...). (P1. GDP. 445:445)*

- *En paliativos sí tenemos pero no lo usan, no lo utilizan (...). (P2. GDP. 347:347)*

Por último, un supervisor confirma la existencia del *trabajo del profesional de Psicología como un tipo de acción y apoyo*, aunque sea indirectamente, también para los propios profesionales sanitarios.

- (...) ahora están los psicólogos y verdaderamente ellos tienen más tiempo para otras cosas. (P2. GDP. 386:386)

### 3) Puntos positivos

En esta categoría se recogen las consideraciones positivas de los informantes sobre el trabajo que realizan en la práctica laboral, identificando el trabajo profesional como una fuente de recompensa y satisfacción.

Los informantes de diferentes servicios señalan que *les gusta la profesión*, así como el trabajo que realizan, aspecto que emerge como ejemplo de valoración positiva de la práctica laboral, tal y como se puede apreciar en los siguientes pasajes:

- *Yo creo que la profesión que tenemos nos tiene que gustar mucho para no volverte loco (...). (P1. GDD. 461:461)*

- *Entonces te tiene que gustar mucho lo que haces para, para qué lo haces, y la satisfacción con la que sale uno, aunque sea de la manera que haya sido el final con los pacientes, pero nos tiene que gustar lo que hacemos, vamos. (P1. GDD. 463:464)*

Algunos informantes, en concreto de un hospital (A), relatan que el servicio de *paliativos es una planta distinta al resto de plantas del hospital*, que en ella existe un buen ambiente de trabajo, tal y como se ilustra a continuación:

- *Yo creo que ellos han aprendido, ¿no? con los años. Y luego seguramente contagia a la gente que llega, puede ser que haga (...) se respira alegría en paliativos, es otra planta (...). (P2. GDD. 348:351)*

- *Pero en tu planta siempre se respira buen rollo, yo siempre tuve la sensación ésta, siendo la planta como la que es, que viven con la muerte todo el día o casi todos los días de su vida y se respira buen (...). hay unas vibraciones súper positivas en la planta. (P2. GDD. 354:355)*

En relación al servicio de paliativos, los informantes del hospital B destacan que en este servicio se desarrolla un *buen trabajo con la familia* del paciente, tal y como podemos observar a continuación.

- *Fíjate hasta qué punto es importante la familia en paliativos, que ellos no aceptan un traslado, sobre todo los pacientes de oncología, si no es al lado de una familia. Se puede tardar hasta el día siguiente el traslado si la familia no está. (P1. GDP. 287:287)*

Por último, aparece en el relato de un supervisor de enfermería, del servicio de paliativos, un ejemplo de valoración positiva de la labor hospitalaria, ante el *reconocimiento recibido por parte de los familiares* de los pacientes en proceso de morir, tal y como se expresa en la siguiente cita:

- *Yo he tenido muchos casos (...) que tú ves que están viviendo su momento de dolor y no están bien en ese momento y tal, y al final han pasado en la planta, a pesar de su dolor y de su historia, a veces te paran y hasta te dicen: mira, estamos agradecidísimos (...). (P1. GDP. 294:294)*

#### **4) Valoración del tema**

En esta categoría se pueden observar las respuestas de los participantes de los grupos de discusión relativas al tema de esta investigación, o sea, cómo valoran la temática del morir y muerte y la experiencia de hablar de la misma.

En los relatos de dos informantes aparece una opinión común cuando relatan que *nunca se habla sobre la temática del morir y muerte*, tal y como ilustramos en la cita siguiente:

- *Sí, porque en la verdad que cuando hacemos cualquier reunión, en la realidad estas cosas tampoco las hablamos nunca. (P2. GDP. 410:410)*

Algunos informantes de paliativos confirman que no se habla del tema porque lo identifican como una fuente de *miedo* que les genera temor, tal y como podemos comprobar a continuación:

- *Porque nos da miedo hablar de la muerte, quizás también, siempre nos ha dado miedo hablar de la muerte. (P1. GDP. 75:75)*

- *Mientras menos hables, te va a tocar más lejos, a lo mejor, yo qué sé. Nos da miedo, hay un miedo, a hablar de la muerte. (P1. GDP. 77:77)*

En la misma línea, algunos informantes, en concreto del servicio de oncología y digestivo, señalan que no se habla de la muerte porque ésta se asocia a la idea de fracaso, o sea, de *fracaso laboral*. Aspecto que se puede apreciar en las citas a continuación:

- *Porque es un fracaso. (P1. GDO. 73:74)*

- *Porque la idea es un fracaso. (P1. GDD. 73:74)*

Sin embargo, el relato de un supervisor de enfermería resalta la importancia de hacer reuniones en grupo, para saber cómo están, qué piensan, qué necesitan, o sea, plantea la necesidad de *escuchar las dificultades y demandas* del profesional que trabaja con pacientes en proceso de morir.

- *(...) los mandos, deberían tener estas reuniones con los enfermeros para saber lo que es el día a día, y ver lo que pasa por dentro de nuestra cabecita. Cómo estamos, qué necesitamos, y nuestras demandas (...). (P1. GDMI. 468:468)*

### **4. 2. 3 Matriz inferencial: grupos de discusión**

Posteriormente al análisis por medio de la matriz descriptiva y el discurso narrativo los resultados son presentados mediante una matriz inferencial.

En concreto, en la *Tabla 4.4* se presenta una síntesis de las principales interpretaciones subyacentes y relacionadas a las dimensiones y a todas las categorías encontradas en los grupos de discusión.

Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SÍNTESIS	TEMAS ASOCIADOS A LAS DIMENSIONES
PROBLEMAS	PROBLEMAS ORGANIZACIONALES	- Centrados principalmente en los recursos humanos y en la alta carga de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visiones generales acerca de los problemas presentes en la práctica laboral.</li> <li>- Énfasis, por una parte, en los recursos humanos, por otra, en problemas relacionados con el proceso de morir y la muerte.</li> </ul>
	PROBLEMAS EMOCIONALES	- Recurren a conflictos interpersonales y a la atención a pacientes jóvenes.	
CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	FUNDAMENTO PERSONAL	- Dificultad en definir la muerte desde una perspectiva solamente personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominan concepciones basadas en fundamentos técnicos, provenientes de la formación académica y de la práctica laboral.</li> <li>- Recurren a pensamientos y reflexiones sobre la propia muerte, pero es algo que no les gusta pensar.</li> </ul>
	FUNDAMENTO TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversas visiones fundamentadas en la experiencia profesional y en la formación académica.</li> <li>- Presencia de perspectiva sobre el bien morir.</li> </ul>	
	LA PROPIA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al proceso de morir, más que a la muerte en sí misma.</li> <li>- No les gusta pensar y hablar sobre la muerte: les asusta</li> <li>- Reflexión asociada a la experiencia laboral.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión

<b>FORMACIÓN</b>	<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinión unánime entre los informantes sobre la falta de formación sobre el proceso de morir.</li> <li>- Ausencia de preparación sobre el proceso de morir, la muerte y la atención al final de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación centrada en el modelo biomédico de salud.</li> <li>- Sin perspectiva de mejora en la formación, aunque se reconozca la necesidad. Se observa que la formación académica actual sigue sin abordar el proceso de morir y la muerte.</li> </ul>
	<b>DIFICULTADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades presentadas principalmente al principio de la práctica profesional.</li> <li>- Se percibe la ausencia de formación en la actualidad.</li> </ul>	
	<b>NECESIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de la necesidad de formación aunque no saben cómo desarrollarla.</li> </ul>	
<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	<b>RELACIÓN PROFESIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizada por ser específicamente profesional y técnica.</li> <li>- Ausencia de una relación más emocional y cercana.</li> <li>- Conciben la atención al paciente terminal como parte del trabajo, aunque no suelen establecer relación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominio de una relación escasa con el paciente. Caracterizada por ser profesional y técnica.</li> <li>- Reconocimiento de la necesidad de relacionarse más con el paciente. Las justificativas giran en torno a la alta carga asistencial, los recursos humanos.</li> <li>- Temor al relacionarse con el paciente: presencia de la probabilidad de no cumplir la labor asistencial.</li> </ul>
	<b>PAPEL PROFESIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gira en torno a la presión asistencial.</li> <li>- Usan como justificativa para la ausencia de relación con el paciente.</li> </ul>	
	<b>CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de aceptar la enfermedad de un paciente joven, de modo que dificulta la relación con ese tipo de paciente.</li> <li>- Pacientes con más tiempo de ingreso: puede remitir a una relación.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión

RELACIÓN CON LA FAMILIA	LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa relación con los familiares de pacientes.</li> <li>- Puede haber relación delante de familiares de pacientes que llevan más tiempo ingresados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa relación con los familiares de pacientes y caracterizada por dificultades.</li> </ul>
	DIFICULTADES EN LA RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocen dificultades en establecer relación con familiar de paciente.</li> </ul>	
CONTACTO ANTE LA MUERTE	PROCEDIMIENTOS ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Función de asesoramiento. No implica la presencia del supervisor.</li> <li>- Establecer contacto: predominantemente es de parte del enfermero y del auxiliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mínima presencia ante la muerte. La función de asesorar es desarrollada con cierto distanciamiento.</li> <li>- Remite a asociaciones y pensamientos sobre la propia muerte o la de alguien cercano.</li> <li>- Supone dificultades y sufrimiento a nivel emocional.</li> <li>- Presencia de diversas características de la muerte que supone mayor dificultad en afrontarla.</li> </ul>
	REACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se autoidentifican con los pacientes sin curación.</li> <li>- Presencia de dificultad, principalmente con la actuación de la parte médica.</li> <li>- Intentan que los últimos momentos sean con calidad, aunque normalmente no están presentes.</li> </ul>	
	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversos tipos de sentimientos expresos.</li> <li>- Se sienten afectados emocionalmente.</li> </ul>	
	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gira en torno a diversos ejemplos de muerte que supone mayor dificultad en afrontarla.</li> <li>- Cuestionamientos sobre la muerte hospitalaria: ambiente técnico.</li> </ul>	

(Cont.) Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión

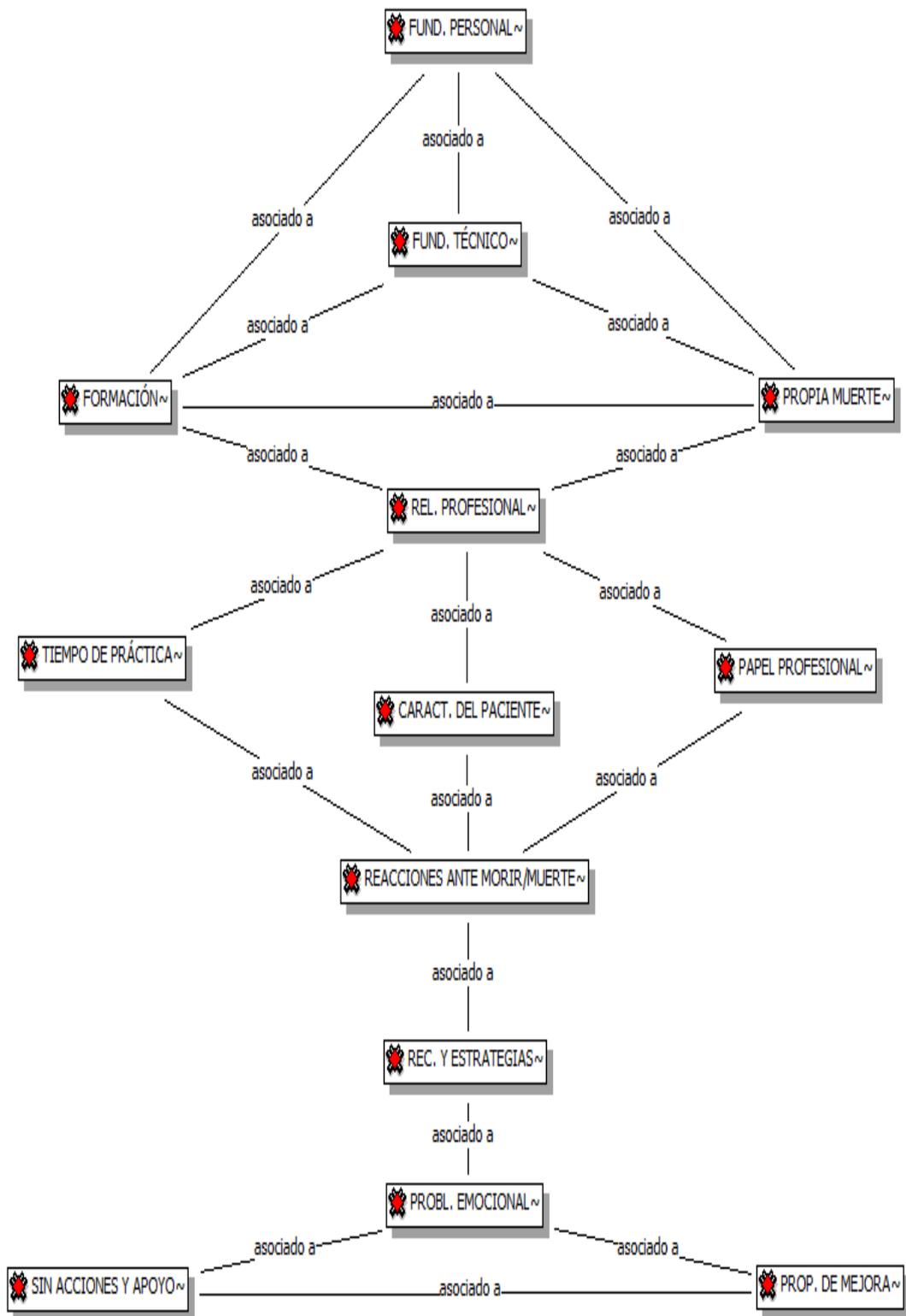
EL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE MORIR	RECURSOS Y ESTRATEGIAS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La negación y el distanciamiento, son los recursos más citados.</li> <li>- Recurren a ideas de que los recursos y estrategias son reacciones naturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de diversos tipos de recursos y estrategias de afrontamientos. Suelen definirlos como automáticas y naturales.</li> <li>- Presencia de impacto emocional en todo el discurrir de tiempo de práctica profesional.</li> <li>- En el discurrir del tiempo de práctica profesional se forman los recursos y estrategias de afrontamiento.</li> </ul>
	RECURSOS PUNTUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación de la presencia de situaciones que afectan puntualmente a nivel emocional en el discurrir de la labor hospitalaria.</li> <li>- La negación, el distanciamiento y el lloro, son los recursos puntuales más citados.</li> </ul>	
	TIEMPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más tiempo de práctica profesional: están más acostumbrados y tienen más recursos, pero aún les afecta emocionalmente.</li> <li>- Al principio: afectaba más, menos recursos y mayor implicación emocional aunque no quieran.</li> </ul>	
INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN	PROPUESTAS DE MEJORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centradas en la formación del profesional anteriormente y durante la actuación, ayuda emocional para profesionales, pacientes y familiares, además de recursos asistenciales.</li> <li>- Reconocimiento de la necesidad de ayuda, en especial para enfermeros y auxiliares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y reconocimiento de necesidades para cubrir lagunas en la labor con pacientes en proceso de morir.</li> <li>- Ausencia de acciones direccionadas a los profesionales sanitarios.</li> <li>- Escasa presencia de psicólogos en los servicios de hospitalización investigados. No hay la implantación de un servicio de Psicología.</li> </ul>

(Cont.) Tabla 4.4. Matriz inferencial: grupos de discusión

<b>INTERVENCIÓN Y VALORACIÓN (Cont.)</b>	<b>ACCIONES Y APOYO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún tipo de acción direccionada al profesional.</li> <li>- Presencia del profesional de psicología en determinados servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuación psicológica escasa y reciente. Desconocimiento del papel del profesional de psicología.</li> <li>- Hablar de la muerte remite reflexión sobre sentimientos propios y genera sensaciones extrañas en los profesionales, aunque reconocen la importancia de exponer tales sentimientos.</li> </ul>
	<b>PUNTOS POSITIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les gusta la profesión, aunque señalan dificultades.</li> <li>- Servicio de paliativos: hay un buen ambiente profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia única por parte de todos los profesionales entrevistados.</li> </ul>
	<b>VALORACIÓN DEL TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es común hablar del tema: remite al fracaso y al miedo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omisión de la palabra muerte y morir.</li> </ul>

### **4.3 Red conceptual: convivir con el morir**

Este apartado expone por medio de una red conceptual (*Figura 4.1*) las conexiones más relevantes entre las categorías presentadas en el proceso de análisis de los resultados de ambas técnicas.



**Figura 4.1. Red conceptual: convivir con el morir**

A través de este modo de representación de los resultados, se observan conexiones establecidas entre diversas categorías, que permiten visualizar y organizar las informaciones más representativas en relación a los objetivos de este estudio.

Emergen relaciones relativas a la percepción de los informantes sobre la muerte y el morir, que a su vez se encuentran estrechamente asociadas a los fundamentos técnicos y personales de los participantes, así como, a la reflexión realizada sobre la propia muerte. Se observa que todas estas relaciones establecen vínculos directos con la percepción de la propia formación académica y profesional recibida por cada uno de ellos.

Impresiona que la concepción sobre la muerte y el morir está relacionada con la propia práctica hospitalaria de los profesionales sanitarios participantes en este estudio, como una fórmula para establecer una relación más profesional tanto con los pacientes, cómo con sus familiares.

A su vez, se aprecia la existencia de determinadas características que se identifican por los protagonistas, como el tiempo de práctica profesional, características de la muerte, o el papel profesional, que en cierto modo están asociadas a la relación que los informantes consiguen establecer con los pacientes a su cargo y sus familias, como también en el reconocimiento de las medidas de afrontamiento puestas en marcha ante situaciones identificadas como difíciles de manejar y generadoras de sufrimiento personal, como son el proceso de morir y la muerte en sí misma.

A través de la red conceptual se aprecia la asociación entre las reacciones generadas ante situaciones del morir y muerte y la necesaria búsqueda de recursos y estrategias para facilitar su afrontamiento. En consecuencia, estas derivaciones se encuentran asociadas a los principales problemas reconocidos, identificados como problemas emocionales.

Para finalizar la red, se destaca la identificación de ausencia de acciones de apoyo directas, dirigidas a facilitar el trabajo de los informantes con pacientes en proceso de morir, lo que se considera está estrechamente relacionado con los diversos tipos de propuestas de mejora sugeridas por los protagonistas de este estudio.

## **5. DISCUSIÓN**





## 5. DISCUSIÓN

En este capítulo se discurre sobre los principales resultados encontrados en el análisis de las informaciones obtenidas mediante las entrevistas y grupos de discusión, presentadas anteriormente, con la intención de integrar ambas técnicas.

Gil (2002) describe este momento de la investigación como un proceso de interpretación de datos en el cual es necesario que el investigador vaya más allá de una sencilla descripción, en la “búsqueda de acrecentar algo al cuestionamiento existente sobre el tema” (p.133). Además resalta que una adecuada categorización y exposición de los datos, en una fase anterior, posibilita su descripción y discusión.

En este sentido, es en este momento, cuando se hacen interpretaciones más amplias en relación a los objetivos del presente estudio. Son interpretaciones que parten de la bibliografía utilizada en la fundamentación teórica, de nuevos estudios y teorías encontrados en el desarrollo de este trabajo, así como, de las inferencias de la investigadora que resultan de los contenidos teóricos, así como de los contenidos procedentes de los discursos de los informantes.

Para una mayor comprensión se organiza y presenta esta discusión a partir de tres grandes temáticas: *Los profesionales sanitarios y la concepción del proceso de morir*; *Convivir con el morir y la muerte: vías de escapatória*; y *El dialogo sobre el morir: cuidando del cuidador*.

## 5.1 Los profesionales sanitarios y la concepción del proceso de morir

Las visiones sobre la muerte y el morir por parte de los informantes han quedado patentes que se corresponden, básicamente, con fundamentos técnicos y personales. Tal realidad parece ser concebida con cierta dificultad en cuanto a una definición entre ambos fundamentos, debido a la amplitud de su significación. El fragmento siguiente muestra esta dificultad y cómo ambos fundamentos en la concepción de la muerte aparecen mezclados: - *No sé como explicártelo, influye, influye tu vida personal, influye tu experiencia, por supuesto la que la gente vive más aquí, como digo yo, siete horas diarias (...)* (P7. EAD. 7:7).

En relación con la construcción de las concepciones en torno a la muerte, es necesario considerar que la persona, en este caso, profesional sanitario, recibe influencias desde diferentes perspectivas, tanto biológicas, como sociales, filosóficas, psicológicas y religiosas, entre otras. A través de los discursos emerge la idea de la muerte concebida como una experiencia universal, que por otro lado y como plantean autores como García Hernández, (2008); Grau Abalo y Chacón, (2002) y Sanz Álvarez y Colomo Gómez, (2002), tal idea se puede decir que es concebida y vivida por cada persona de forma individual, y está basada en aspectos culturales, los propios rasgos de la personalidad, creencias y experiencias vividas.

En este sentido, se puede apreciar en muchos de los relatos de los participantes la presencia de experiencias personales, procedentes de la personalidad particular y de situaciones vividas con anterioridad. - *Yo el año pasado tuve mi padre aquí, casi se muere, y entonces yo pasé por el otro lado, de familiar, entonces yo me di cuenta de lo duro que era y lo mal que lo deben de pasar familiares, pacientes y*

*todo eso (P26. EEO. 11:11); - A mí lo más que me ha podido emocionar, en mi carrera, que yo he notado un cambio en mí, yo desde que fui madre, no sé, parece que tuve una sensibilidad mayor (P17. EED. 7:7).* No obstante, se reconoce que tales características personales se presentan en todas las dimensiones referentes a la temática principal del presente estudio, así que, no ha podido ser inserida en concreto en sólo una de las dimensiones.

Las diferentes concepciones sobre la muerte elaboradas a partir de los fundamentos personales, quedan reflejadas por algunos informantes, ya que unos la definen como la separación del cuerpo y el alma, con creencias manifiestas en la reencarnación, y en la creencia del final de la vida física, pero no de la existencia, otros incorporan la posibilidad de existencia de algún tipo de vida, después de la muerte; para algunos, la muerte es el final de cualquier forma de vida, otros manifiestan dudas de si hay algo más o no, mientras que otros se plantean que no es el final. Esta amplitud en la significación personal sobre la muerte, se corresponde con la idea de Morrison (2004), cuando afirma que siempre se tiene una representación individual de la misma y que tiene lugar en un contexto social y cultural.

Sin embargo, en los discursos se aprecia que en realidad, los informantes en su concepción de la muerte hacen más referencias a los fundamentos técnicos, - *Claro, pero yo no soy católica, yo quiero creerlo pero no hay forma, ahí me viene la banda científica y no hay manera de que me entre (...)* (P2. GDD. 160:163), aspecto que a nuestro parecer, procede sobre todo, de la formación académica y de la propia experiencia profesional, como trabajadores actuantes directos en el contexto

hospitalario con pacientes en proceso de morir. En este sentido, aparecen relatos de una concepción de muerte relacionada al sufrimiento, al dolor y al fracaso profesional, este último más atribuido a los profesionales médicos. Diferentes autores como Gómez Sancho, (1999a); Grau Abalo et al., (2008); Hernández, García, Machín, Pereira y Grau Abalo, (2002), apoyan esta idea en la que para el profesional de la salud, y en particular para el médico, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, ya que fueron y siguen siendo educados para la vida, salvar vidas y curar pacientes, y no para dejarles morir, ni para la muerte.

En este estudio se observa que en relación a las características de la formación académica recibida por los informantes se aprecia que poseen una formación técnica, general y objetiva, sin preparación sobre el proceso de morir, la muerte y la atención al final de vida. - *La formación ha enseñado lo que tiene el paciente, lo que tienes que hacer con ellos, pero realmente el hecho de tú tratar un paciente durante el proceso de morir, cómo se siente, todo eso, eso no, realmente no te han enseñado nada, ni te dicen nada (P1. EAO. 7:7)*. Esta visión es coherente con los planteamientos expuestos por diferentes autores (Carvalho et al., 2006; García-Campayo y Sanz-Carrillo, 2004; Jiménez, 2001; Kovács, 2003) cuando afirman la existencia de una formación biomédica marcada por el desarrollo de la técnica médica, a la prolongación de la vida y del proceso de morir.

Se constata, además, debido a esta ausencia de preparación y formación adecuada sobre la temática del morir, que los profesionales sanitarios acaban por tomar ejemplo e imitar la práctica hospitalaria existente, que no resulta muy distinta de su formación académica, tal como defienden García-Campayo y Sanz-Carrillo

(2004); Jiménez (2001) y Leão (1994), cuando afirman que el modelo biomédico es predominante en el sistema sanitario y que influye en la conducta de los profesionales que lo integran. De esta manera, su pensamiento y sus acciones se inclinan hacia una práctica, que resulta del reflejo de una formación básicamente biomédica, acarreando una postura técnica y objetiva por parte de los profesionales sanitarios.

La muerte demuestra ser una constante en el trabajo de nuestros informantes y resulta curioso como esa problemática, parece excluida de los currículos académicos de medicina y enfermería (Kovács, 2003; Kübler-Ross, 2005; Rio-Valle, 2007). Aunque la atención paliativa ha contribuido para fomentar la humanización hospitalaria (Melo, 2005), en la realidad de las facultades de medicina españolas, es escasa la presencia de la asignatura de cuidados paliativos, tal como se pudo constatar en los datos presentados en el último Congreso Internacional de Cuidados Paliativos realizado en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria en el año de 2009, al destacar que de las veintiocho facultades, sólo cuatro ofertaban la asignatura de cuidados paliativos y sólo una la consideraba obligatoria.

Diversos estudios confirman lo expuesto hasta el momento (Bifulco e Iochida, 2009; Marco, 2006; Oliveira, Quintana, Budó, Bertolino y Kruse, 2011; Quintana et al., 2008), mostrando que la formación de los profesionales sanitarios está básicamente apoyada en el modelo biomédico de salud con referencial técnico-instrumental de las biociencias, excluyendo el contexto psicosocial del paciente. Es clara, la necesidad de una formación con base biopsicosocial puesto que el paciente enfermo precisa de una atención plena y amplia.

Esta situación favorece el fomento de una actitud de escasa consideración de los aspectos psicosociales tanto del propio profesional cuanto del paciente. - (...) *falta un poco de Psicología en ese sentido, de preparación, para uno saber actuar en esos momentos (P2. EAO. 15:15)*. Quintana, Cecim y Henn (2002) apoyan esta idea cuando hacen énfasis en que este tipo de formación acaba por ocasionar un enfoque inadecuado y hace que el tratamiento de los pacientes generales y sin expectativa de cura sea, la mayor parte de las veces, innecesariamente sufrido, tanto para él mismo, como para los profesionales sanitarios.

Todo esto hace comprender mejor la visión que los informantes poseen sobre el morir y la muerte, basada en su gran mayoría en fundamentos técnicos. A la vez, sus relatos demuestran la necesidad de repensar y reestructurar la formación académica actual, resultados que coinciden con los estudios de Gómez Sancho (1999b) quien destaca que existe un déficit en la formación, que sigue sin contemplar los aspectos del morir, necesitando los profesionales que les enseñen a tratar enfermos incurables y a desarrollar el bien morir. Además se comprueba que el modo de percibir y abordar esta temática, es reconocido por los informantes como insuficiente, para la demanda existente.

Resulta interesante destacar la presencia de una perspectiva planteada en los relatos de los informantes, en relación con el bien morir. Según señalan, principalmente los supervisores de enfermería, en la práctica laboral la experiencia del bien morir, sin encarnizamiento terapéutico y con la interconsulta sigue sin contemplarse en muchas ocasiones. Esta visión se corresponde con las ideas planteadas por autores como Chiattonne (2002) y Gómez Sancho (1999b) cuando

afirman que lamentablemente este tipo de acciones no ocurren, aunque las instituciones hospitalarias tengan el papel de responsables para cuidar a los pacientes terminales, no existe una preparación adecuada para ello. En este estudio, se aprecia la posibilidad de contemplar prácticas de ese tipo, para la formación por parte de profesionales médicos más jóvenes, con menor experiencia en la profesión. Cabe plantearse que, aunque en la sociedad hay políticas relacionadas a la práctica del bien morir, campañas de humanización y un creciente desarrollo en los cuidados paliativos (Melo, 2005; OMS, 1997), además de difundirse y reconocer la importancia de buenas prácticas con pacientes en proceso de morir en el entorno hospitalario (Bermejo, 2003), aún en la práctica de los informantes, tales prácticas no se desarrollan verdaderamente. - (...) *siempre decimos: bueno, y ¿por qué no piden interconsulta, UCP, y lo llevan conjuntamente? No porque preveas que se vaya a morir, sino, bueno, está dentro de lo posible, no quiero decir que vayas a tirar la toalla y lo vaya a pasar a UCP, sino que ellos lo vayan conociendo, pero eso es como impensable que el hombre vaya a UCP pues si el hombre tiene salvación (Pl. GDO. 82:85).*

En lo que se refiere a la visión del morir y de muerte, se ha podido percibir que reflexionar sobre la concepción de la muerte remite a pensamientos sobre la propia existencia y por ello, a la idea de la propia muerte de los informantes. Casi todos los participantes de este estudio identifican haber reflexionado sobre la propia muerte, aunque consideren que es algo que no les gusta. Nos encontramos, de este modo, ante a una problemática que parece ser percibida como algo del otro, alejada de uno mismo, aunque sea vivida en la experiencia laboral prácticamente a diario. Estos resultados coinciden con los estudios de diferentes autores (Gómez Sancho,

1999a y Kovács, 2003) que destacan que el frecuente contacto con pacientes terminales provoca cuestionamientos sobre la propia existencia y finitud y genera temores, puesto que el profesional se ve ante la vulnerabilidad de adolecer y morir. - *Yo, en la muerte prefiero no pensar ni reflexionar, como que lo veo todavía muy lejano. Es mejor así, para mí ver es así, porque uno que lo ve todos los días, si no se volvería uno maniática, ¿no? (P13. EAP. 9:9).*

A la vista de los resultados, la idea de la propia muerte está bastante asociada al sentimiento de miedo, diferenciando más que el miedo a la muerte en sí misma, el miedo al proceso que conlleva el morir. - *Tenemos más miedo a sufrir que de la muerte en general. El sufrimiento es terrible (P3. EAD. 7:7); - Me da mucho miedo pero por las cosas que puedo limitarme a hacer o dejar de hacer (P21. EED. 34:34).* Desde nuestra óptica, el temor manifestado al proceso de morir puede ser identificado en los relatos, entre otros como miedo al sufrimiento, al dolor, al ser dependiente de otro y a padecer enfermedades graves. Esta visión se corresponde con las ideas de autores como Bayés et al., (2005); Grau Abalo et al., (2008) y Morrison (2004) cuando afirman que el proceso que conduce a la muerte conlleva a afrontar intensas reacciones psicológicas y puede ser un proceso largo y lleno de sufrimiento, diferentemente de la muerte en sí misma, generalmente no dolorosa.

En relación con los planteamientos realizados por autores como Grau Abalo et al., (2008) la concepción del morir y de la muerte engloba toda una actitud del profesional hacia al paciente, esta concepción con frecuencia se refleja en la escasa atención prestada al enfermo, principalmente a los que se encuentran en proceso de morir. Esto nos dirige a resaltar la importancia de conocer la visión que tienen los

profesionales sanitarios, puesto que comprendemos que la forma de concebir la muerte y el morir influye en su práctica laboral, en la atención dirigida a pacientes en proceso de morir, y desde luego, en el proceso de afrontamiento del morir y de la muerte.

## **5.2 Convivir con el morir y la muerte: vías de escapatoria**

Partiendo de la idea de que la forma de concebir el proceso de morir puede influir en las prácticas que adoptan los profesionales sanitarios en la relación con el paciente, y asumiendo que la visión de los informantes como hemos visto en el apartado anterior, determina la conducta que los sanitarios ponen en marcha frente al proceso de morir, asociado a ello, también podemos relacionar los recursos que los sanitarios ponen en marcha para afrontar el proceso y la idea de muerte, que a su vez están relacionados con la concepción que tienen del proceso de morir.

Resulta interesante que nuestros informantes cuando hablan sobre el afrontamiento del proceso de morir, introducen aspectos de la relación que establecen ellos mismos, con los pacientes y familiares. Desde nuestra óptica, la reflexión sobre esta relación permite a los participantes elucidar con más detalles y con cierta naturalidad, experiencias de la práctica laboral, posibilitando un conocimiento minucioso, rico de detalles y pormenores, presentes en la relación cotidiana con pacientes y familiares, como son ciertas implicaciones sentimentales, temores y amenazas, y también emergen en sus discursos, recursos y estrategias para afrontar situaciones difíciles.

En este sentido, la relación con el paciente y familiar es predominantemente profesional, educada, cordial y con cierto distanciamiento afectivo, con la finalidad de establecer y marcar los límites entre el papel profesional y el personal. - *Intento establecer una relación básicamente profesional, porque hay veces que no quiero que me afecte. Hay veces que lo consigo y hay veces que no (P16. EAD. 10:10).* Evidenciando que los profesionales se sienten afectados emocionalmente en la relación con el paciente. Aspectos ya planteados en los estudios de Grau Abalo et al. (2008) cuando identifican que los propios sanitarios pasan por las mismas fases psicológicas por las que atraviesa un enfermo y sus familiares, cuando afrontan el proceso de morir, lo que favorece la génesis de determinadas actitudes. Esto explicaría que en algunas fases por las que los profesionales sanitarios pasan, “los profesionales cada vez más hablan menos con los enfermos, y también los escuchan menos. Establecen una excesiva distancia emocional con los pacientes y se centran y ocupan exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos” (p.38).

Aunque los supervisores de enfermería también definen de este modo la relación con los pacientes y familiares, revelan como principal característica, la escasez de relación. Resulta llamativo que profesionales que están a diario en las enfermerías de los servicios con pacientes en proceso de morir, normalmente no lleguen a relacionarse con los pacientes y familiares. - *Dejas al paciente con la palabra en la boca prácticamente. ¿Sabes? A lo mejor el paciente lo que necesita en ese momento es más, yo que sé, es más que te sientes ahí y puedas hablar un poco con él, y no te da tiempo (P1. GDMI. 205:205).* Los informantes reconocen la necesidad de acercarse más y justifican su realidad asociada a la alta carga de trabajo asistencial y a los recursos humanos que necesitan gestionar, de forma que esta

realidad se presenta para los supervisores como prioritaria frente a cualquier forma de relación con los enfermos y familiares, y parece ser aceptada por los responsables del servicio y por todo el sistema hospitalario. Esta forma de actuación es coherente con las ideas de autores como Gómez Sancho (1999a) y Grau Abalo et al. (2008) cuando afirman que el alejamiento a los enfermos y familiares tienden a dificultar la relación entre los mismos, el tratamiento del paciente y una práctica humanista en el hospital.

Sin embargo, cabe destacar la presencia de una atención más humana y tentativas de desarrollar una relación más estrecha, pero que a nuestro parecer se caracteriza, en muchas ocasiones, por ser un cuidado técnico, sin llegar a establecer una relación de contacto y una escucha afectiva. En ese sentido, es acorde al planteamiento de los estudios de Kovács (2003), quien destaca en el contexto hospitalario el predominio de un modo de actuación más reservado, con un mínimo de compromiso, aunque parezca un intento del profesional en desarrollar una relación emocional, el mismo se resguarda en los procedimientos técnicos para conseguir desarrollar la labor asistencial - *Según vas haciendo tú trabajo, yo tengo que hacerle la cama, lo vas animando un poco. Yo voy haciendo mis cosas, yo no dejo de hacer mis cosas, lo que no puedo es llegar y sentarme ahí con ellos y hablar así, teniendo cosas que hacer. (...) Yo soy así, hay gente que entra, a lo mejor, y no dicen nada. Adentra y hace sus cosas y por la misma puerta sale (P9. EAO. 13:13).*

Frente a eso, se reconoce la actitud, por parte de algunos informantes, de intentar desarrollar una relación cercana y humana y el reconocimiento de la importancia de establecer una adecuada relación y comunicación con el paciente,

aunque vemos que no siempre emerge esta actitud en la práctica laboral. Diferentes autores como Bermejo (2003); Calil (1995) y Chiattonne (2002), apoyan esta idea en la que enfatiza el establecimiento de una relación más humana y una mirada centrada en la persona enferma y su contexto, más allá de una práctica humanista asistencial y estructural. Este tipo de relación que se consigue establecer con apenas una parte de pacientes, depende de ciertas características de los pacientes, como son, la edad, la empatía con el paciente, el tiempo de ingreso, el hecho de disponer de características similares a alguien cercano al profesional o pacientes sin apoyo socio familiar, entre otras. - (...) *hay gente, como aquí, están seis meses y después se van a la casa, vuelven por otro tratamiento, no sé qué. Ya, quiera que no, con ellos tú acabas estableciendo un medio de amistad (P1. EAO. 22:22); - A no ser que son niños, ¿sabes? son alguien que se acercan un poco afectivamente en ti, y te piden hacerte participe no solamente de su enfermedad, sino de su familia y eso (P39. EMO. 4:4).*

A su vez, entre los informantes aparece la idea de atención al paciente terminal como parte de la labor asistencial, una labor planteada como igualitaria que al resto de pacientes. No obstante, vemos en los discursos de los participantes, principalmente los médicos, la presencia de dificultades en la atención a este tipo de paciente, de modo que hace pensar que la relación igualitaria no se desarrolla plenamente. En concreto, estas dificultades se refieren entre otras, a dar malas noticias, saber cuándo parar el tratamiento, tener que abordar otras facetas del paciente no sólo la orgánica, aceptar la situación de que ya no hay más tratamiento curativo. Esta realidad hace pensar que atender a pacientes terminales o en proceso de morir, supone una mayor carga emocional para el profesional, puesto que remite a cuestiones del morir y hace con que el profesional esté más cerca de la idea de la

propia muerte. - *Me veo en la situación de que eso se puede pasar a mí. Pienso de que yo también me puedo morir, no sé, pienso en mi hija, en mi familia (P2. EAO. 14:14).* Resultados que coinciden con los estudios de Gómez Sancho (1999a, 2006), quien destaca que la confrontación con cuestiones relacionadas con el morir y la muerte del paciente, acaban por generar en los profesionales sanitarios angustia ante la propia muerte. Desde luego, se subraya que estos profesionales son seres humanos, con sus creencias, singularidades, sentimientos, inquietudes y ansiedades que pueden ser repensadas y afloradas delante de situaciones del morir en el entorno hospitalario. Lo que supone, que son raras las ocasiones en que estos profesionales, no recurran de forma inconsciente al uso de mecanismos de defensa, para afrontar todas estas situaciones, con la idea de preservar la propia integridad y poder desempeñar su labor.

En lo relativo a la relación con los familiares, gran parte de los informantes reconocen la atención prestada a la familia como parte de su labor, aunque, se ha podido observar que es una relación marcada por las dificultades, puesto que expresan diversos problemas para relacionarse y establecer contacto con los familiares, y muchos de ellos confirman la existencia de estas dificultades. - *La familia se angustia mucho y sobre todo aquellos que expresan su angustia y entonces eso, eso a nivel emocional te cuesta mucho llevarlo, ¿no? (P34. EMP. 2:2).* En este sentido, acorde al planteamiento de los estudios entre otros, de Giner (2008), que destaca el gran impacto emocional vivido por los familiares de pacientes terminales, impacto que parece estar condicionado por la presencia de diversos temores, como el miedo a enfrentar a la muerte del familiar, el sufrimiento vivido y la duda de si han hecho todo de la mejor manera posible (Giner, 2008; Neimeyer, 2007). Aspectos que

emergen en los discursos de los informantes cuando plantean los problemas de comunicación como principales ejemplos de dificultad que presenta la relación con los familiares, en concreto, por parte de los profesionales médicos, que destacan la dificultad para informar sobre el diagnóstico y el pronóstico al paciente y sus familias.

Al abordar la relación con los pacientes y familiares, se pone de manifiesto la influencia del papel profesional en el modo de relacionarse y, desde luego, en el afrontamiento del proceso de morir. En general, parece que los participantes priorizan el lado técnico y asistencial en contra del despliegue de un papel de cuidador humanizado, utilizando, además, la justificación de aspectos técnicos para dejar de atender de forma cercana e integral al paciente y familiares, distanciándose así, de las cuestiones emocionales procedentes del cuidado con los pacientes en proceso de morir. Comprendemos que cada informante tiene un rol profesional que debe desempeñar y cumplir, pero a la vez, en coherencia con los planteamientos expuestos por Gómez Sancho (1999a); Jiménez (2001) y Kovács (2003), se aprecia que se apoyan en estos papeles como recurso para actuar y afrontar la realidad laboral con pacientes en proceso de morir, lo que realmente conduce a un déficit en la atención a estos enfermos y sus familiares.

Son diversos los ejemplos de la influencia del papel profesional en el modo de relación de los participantes con el paciente y familiares, el auxiliar de enfermería desempeña más el papel de cuidador, lo que parece que aumenta la relación con ellos; el papel del enfermero es multifuncional, aunque parece que en la atención es más responsable de los procedimientos técnicos; el médico puede ser identificado,

como el profesional que establece menos relación con el paciente y familiar, ya que tiene su atención, exclusivamente, focalizada en la parte orgánica del paciente; y, por último, los supervisores se empeñan prácticamente en asesorar y gestionar la parte asistencial y de recursos humanos, así que la relación finalmente establecida, es casi nula.

Siguiendo con la idea anterior, se resalta el reconocimiento de la parte médica del papel de ayudar al bien morir, aunque bajo nuestro punto de vista, en la práctica de estos profesionales, generalmente, no es desarrollada completamente, y esto es acorde a los estudios de García-Campayo y Sanz-Carrilo (2004) y Kóvacs (2003) cuando afirman que el papel de los profesionales sanitarios es de carácter curativo y enfatiza el tratamiento de factores orgánicos, antes de emplear de forma efectiva otro tipo de terapia. Se aprecia, en la misma línea, en los estudios de Gómez Sancho (1999a), cuando plantea que realizar un trabajo reconociendo el bien morir, significa aceptar la ineficacia del tratamiento, el fracaso profesional por la imposibilidad de salvar vidas y la muerte en el entorno hospitalario, principios que destaca. Esto se confirma entre los informantes, puesto que son escasos los relatos de remisión e interconsulta a la unidad de cuidados paliativos, están presentes las quejas verbalizadas sobre la remisión tardía de los pacientes a esta misma unidad, y principalmente debido a la gran dificultad que plantean muchos médicos en aceptar el momento de parar el tratamiento.

Muchos de los informantes reconocen que los profesionales del servicio de paliativos ofrecen una atención distinta al resto, y como resultado se presentan más abiertos y flexibles en su relación con los pacientes y sus familias, lo que dirige a

plantear que son profesionales más sensibilizados con el tema del morir, ya que la unidad ostenta la tasa más alta de mortalidad de todo el hospital (según datos ofrecidos por las gerencias de ambos hospitales estudiados) y también, porque atiende a los principios y fundamentos de una práctica de atención paliativa, dirigida más allá del ámbito curativo, principios que comparten y destacan los diferentes autores que defienden la medicina paliativa, Bayés, (1998 y 2000); Callahan, (2000); Cassell, (1991); Grau Abalo et al., (2008), cuya razón de ser resumen en dos metas de la misma importancia: evitar, cuando se pueda, la muerte de los pacientes, y, en el caso de que no sea posible, permitirles vivir bien el final de su vida y fallecer en paz. Por ello, se entiende, que la intención paliativa tiene que ser considerada desde el primer momento de atención al paciente, y, no simplemente ser admitida cuando fallan por completo los medios para evitar su muerte.

En definitiva, se aprecia entre los informantes una carencia de relación más afectiva y cercana a sus pacientes y familiares frente al establecimiento con los mismos de una relación más técnica y profesional. Realidad que parece ser justificada, por los participantes, por la alta carga laboral, la falta de tiempo y por las exigencias del papel profesional que enfatiza los procedimientos técnicos. Desde nuestra óptica, ese tipo de relación, no parece ser la más idónea en el trato con pacientes, puesto que no está basada en una atención humanizada, esto es, en una relación de contacto cercano, integral y real con el paciente y su familia. La humanización busca elucidar los beneficios resultantes del contacto, la empatía, y la comprensión del ser humano a partir de una dimensión más allá de la dicotomía mente-cuerpo y, de la mejoría existente en el contacto interpersonal, en la exploración del sentimiento humano. En este sentido también se pronuncia

Brüggmann (2003) cuando apunta que la humanización es una “actitud de comprensión de la experiencia del ser humano en el proceso vivido, propiciando, permitiendo y estimulando su participación activa en el *estar con* y *hacer con*. Más allá de eso, proporciona la realización de elecciones conscientes” (Brüggmann, 2003, citado en Oliveira y Brüggmann, 2003, p.48).

No se puede olvidar que los profesionales sanitarios conviven diariamente en el ámbito hospitalario con situaciones de dolor, sufrimiento y muerte, y en virtud de eso, se podría uno inclinar a pensar que muchos de ellos utilizan diversos recursos técnicos para protegerse del propio sufrimiento, lo que les proporcionaría herramientas para no involucrarse con sus pacientes y, consecuentemente, acabar desarrollando una especie de humanización, igualmente técnica. La realidad que se aprecia es que, la humanización no está bien estructurada en el ámbito hospitalario, dado que aparece sustentada en actitudes técnicas y potenciadas por la propia formación durante la graduación y el ejercicio profesional. Diferentes autores como Boemer (1998); Carvalho et al. (2006) y Jiménez (2001) apoyan esta idea en la que los profesionales sanitarios durante la formación fueron estimulados a la imparcialidad en su relación con el paciente, sin demostrar sus fragilidades y temores para no poner a prueba la calidad de la atención y preservar la autonomía del cuidado. En general, se aprecia que las profesiones sanitarias históricamente vienen promoviendo una humanización sustentada en la disciplina y no en la formación de actitudes que garanticen una relación humanizada.

En el transcurso de esta investigación, se constata que la formación del profesional sanitario busca una intervención que posibilite exclusivamente la cura de

la patología orgánica. Esta visión no se corresponde con las ideas de Bermejo (2003) cuando afirma la necesidad de una atención holística, lo que requiere rescatar la visión integral, un camino reverso a la mentalidad contemporánea, que va dirigida a la fragmentación del ser humano. Esto dificulta la realización de una atención determinada, en la que actitudes y comportamientos contribuyan con la minimización de las ansiedades y angustias generadas en el paciente por el proceso de adolecer y de morir.

Todo ello acorde al planteamiento de diversos autores, desencadena que cuando surge algún cuestionamiento o reacción más intensa por parte del paciente, el profesional sanitario entre en contacto con su propia subjetividad, tal y como defienden Gómez Sancho (1999a); Jiménez (2001) y Perazzo (1995), él mismo, se siente profundamente afectado por la difícil situación, lo que le dirige a interpretar que ante la dificultad y la inexistencia de soporte para trabajar estas cuestiones, utilice como recurso la impersonalidad y el distanciamiento emocional de la figura humana del paciente, interactuando de forma breve y puntual.

Se considera que el análisis del contacto de los informantes ante la muerte, configura un tema de gran interés en el camino de elucidar los recursos y estrategias utilizadas en el afrontamiento del morir. Se ve, que el principal procedimiento desarrollado por nuestros participantes ante la muerte del paciente es el apoyo a la familia, presentando a través de diferentes formas, ofrecerles una tila, permitirles el uso del teléfono, darles el pésame, escucharlos, dejar un tiempo para la despedida. Esta idea es coherente con los planteamientos expuestos por diferentes autores como Calil (1995); Chiattonne (2002); García Hernández (2008); Kübler-Ross (2005);

Neimeyer (2007) que defienden que cuando se instala la enfermedad, ocurre un desajuste del grupo familiar, tornándose necesario un apoyo y atención conjunta a los mismos en todos los momentos, aunque culmine con un proceso terminal, el desenlace final y el proceso de duelo. Es preciso destacar que esa forma de actuar procede más de los auxiliares de enfermería y enfermeros puesto que tienen sus papeles profesionales relacionados a este momento de muerte del paciente, mientras que, necesariamente, no implica la presencia de supervisores de enfermería y médicos. Por un lado los supervisores de enfermería asumen la función de asesoramiento, mientras que por otro, los médicos se encargan de comprobar y firmar el óbito. Autores como Díaz (1994); Jiménez (2001); Kovács (2003) apreciaron las similitudes en sus estudios cuando afirman que los profesionales sanitarios siempre que pueden se apoyan en sus papeles profesionales, justificando el hecho de no relacionarse y no establecer contacto con los pacientes y familiares, principalmente ante el proceso de morir, la muerte y en momentos posteriores a ella. Parece que, generalmente, los mismos prefieren no establecer un contacto con la muerte del paciente y, desde luego, con los familiares en ese momento, apoyándose en el recurso de tener que desarrollar el papel profesional con un cierto distanciamiento de la situación. Se resalta que los médicos del servicio de paliativos son una excepción, debido a que son los únicos que relatan su función de apoyo a la familia ante la muerte del paciente.

No obstante, se ha podido observar que los enfermeros y auxiliares son los profesionales que más contacto ante la muerte establecen, tal como defienden Kovács (2003) y Sebastiani (1998), estos profesionales son responsables de proveer cuidados continuos, están desde el ingreso, hasta el alta hospitalaria o situaciones de

muerte, por lo que tienen una actuación más cercana a los pacientes. Aunque, se reconoce que el contacto ocurre de la misma forma que la relación con el paciente terminal, y está caracterizado por ser, en gran medida, un contacto técnico, del mismo modo que se ha ejemplificado anteriormente. Son raros los procedimientos planificados de escucha activa al familiar, el hecho de dejar un tiempo para la despedida, está relacionado con la ausencia del profesional, y las conductas más cercanas, como un beso y un abrazo junto con el dar el pésame, aparecen más frecuentemente por parte de enfermeros y auxiliares del servicio de paliativos.

Entre los informantes son diversas las reacciones ante la información de no curación y muerte del paciente, pero destaca como principal reacción ante los pacientes terminales, intentar evitar que el paciente sufra, aunque se ven por parte de los informantes escasos ejemplos de una actitud humanizada y cercana. En ese sentido, acorde a los planteamientos de Chiattonne (2002) y Gómez Sancho (1999a), se percibe que existe un cambio en la forma de pensar de los informantes en relación al ejercicio de una práctica biomédica fuertemente instaurada en el entorno hospitalario, se piensa de forma más humanizada, pero aún siguen sin contemplarse realmente ese tipo de actuación. La importancia y necesidad de que “se debe atender con calidad y practicar el buen morir” es ampliamente destacada y reconocida por los profesionales sanitarios.

En la misma línea, ante el informe de no curación y muerte del paciente, suponemos la presencia de una gran dificultad y sufrimiento a nivel emocional por parte de los participantes, puesto que demuestran una identificación con pacientes sin curación, remitiéndoles a asociaciones personales y a pensamientos sobre su propia

muerte, o incluso a la de alguien cercano a ellos, tal como defienden Carvalho et al. (2006); Gómez Sancho (1999a) y Perazzo (1995) cuando afirman que los profesionales sanitarios también son parte de lo social y están sometidos a sus propias vivencias y temores ante la muerte de un paciente, reflexionando sobre la muerte en su propia vida. Otros ejemplos son identificados, cuando relatan que prefieren no estar presentes en el último momento de vida del paciente, además de omitir el estado real en el cual se encuentra el paciente. Y, principalmente, por la presencia y constancia de diversos sentimientos y emociones expresadas como tristeza, pena, remordimiento, culpabilidad, malestar, frustración, impotencia, injusticia, nudos en la garganta e incluso ganas de llorar, entre otras.

Otra cuestión que destacamos, relaciona las características de la muerte y ciertas características del paciente, como particularidades que suponen para nuestros informantes, una mayor dificultad a nivel emocional en el contacto y afrontamiento del morir y de la muerte. Entre las características más citadas están entre otras, la relación y muerte de pacientes que llevan más tiempo de ingreso o que reingresan varias veces; pacientes con características similares a la del profesional o con características parecidas a de alguien cercano; muerte traumática o no esperadas (que afectan más); la relación y muerte de pacientes jóvenes. - *Sí, hay algunos casos aquí que me han dado bastante. Sobre todo una chica de 34 años que me afectó muchísimo, con una niña con 4 años, y bueno, sí, es de llegar a la casa y de llorar y eso (P29. EEP. 17:17); - (...) cómo más conocido el paciente, si has estado mucho tiempo, si has llevado durante todo ese tiempo, yo creo que te afecta mucho más emocionalmente, está claro (P19. EEO. 15:15).*

En este sentido, destaca que las dificultades planteadas para la atención a pacientes jóvenes, es la más marcada a nivel de sentimientos generados. Se observa que es más fuerte y difícil aceptar la enfermedad y muerte de pacientes jóvenes que de pacientes mayores. En ese sentido también se pronuncian Lunardi y Lunardi Filho (1997) y Morrison (2004) cuando afirman que la forma de afrontar la muerte depende de la fase del desarrollo humano en que ocurra la misma y, normalmente, cuánto más tarde es este proceso, ésta puede ser vista como algo más natural.

Pensar sobre el tipo de paciente se remite a la esfera cultural de la sociedad, del mismo modo que, pensar en la muerte de una persona, dirige a ser comprendida a partir de una visión establecida como patrón sociológico, de una creencia social, es decir, más allá de una visión subjetiva de cada uno. Según nuestros informantes, el concepto cultural que aparece más enraizado está relacionado a la “ley natural de la vida” en la que uno nace, crece, reproduce y muere; al pensar en la muerte, esta ley está siempre presente ya que el fin de la vida se muestra más aceptable cuando se refiere a una persona mayor ya que se asocia con la existencia de más “posibilidades” de pasar por todas las etapas de la vida y cumplir su papel social.

Como hemos descrito en el marco teórico, según el pensamiento popular, la muerte pasa a ser vista como el momento en que la persona mayor irá a descansar, mientras que el caso de un joven y un adulto aparece como una fatalidad, siendo aún más terrible cuando se trata de un niño, estando asociada a mucho dolor y al sentimiento de impotencia de no disfrutar de la vida. En este sentido se pronuncian Rezende, Santos, Caldeira y Magalhães (1996) cuando apuntan que “dependiendo de la edad del muerto, los individuos dicen que tienen sentimientos diferentes. A la

muerte de un niño es atribuido mayor dolor, mientras que una persona mayor la consideran más cerca de ella” (Rezende et al., 1996, p.47).

En definitiva, hasta aquí se ha podido observar un predominio de mecanismos automáticos de afrontamiento, intrínsecos que emergen de los relatos de nuestros informantes y que se refieren a la relación con el paciente y familiar, y al contacto ante la muerte. Al mismo tiempo, al hablar más directamente sobre el afrontamiento del proceso de morir, se ha podido observar otros recursos y estrategias de afrontamiento, aunque en muchas ocasiones, su existencia no es reconocida por parte del profesional. - *No, nunca me lo había planteado si hago algo, no (P31. EED. 19:19)*. Estos resultados se asemejan a los planteados por Brunet (2005); Kübler-Ross (2005) y Sebastiani (1998) cuando reconocen que los profesionales sanitarios experimentan los mismos procesos psicológicos que el paciente y el familiar ante la muerte, lo que puede generar una necesidad de negación de este proceso, no reconociendo la necesidad y presencia de recursos utilizados para afrontar este momento.

A su vez, aunque algunos informan que no poseen recursos y estrategias de afrontamiento, en el transcurso de los relatos acaban por señalar, indirectamente, la presencia de algunos de ellos. Hace pensar que no siempre hay un reconocimiento por parte de nuestros informantes de la existencia de recursos y estrategias, es decir, parece ser algo natural y ya enraizado. En efecto, aparecen diversos relatos que confirman que sus recursos no son estratégicos, sino reacciones naturales y automáticas, sin pararse a pensar a qué tipo de recurso recurrir o de cuál recurso se está haciendo uso. - *Es lo que te sale naturalmente como persona (P1. GDD.*

376:378); - *Sobre estrategia, ni siquiera me lo he planteado, de pensar en algo como: ¿En qué puedo pensar para que se me vaya eso de la cabeza? Eso no. Ya sobre la marcha, una cosa que hago mecánico (...)* (P4. EAD. 21:21).

Estos resultados coinciden con los hallazgos obtenidos en los estudios de Shimizu (2007) que constatan que la situación de pérdida de pacientes es un proceso penoso para los profesionales puesto que muchas veces acompañan las diversas fases vividas por los pacientes terminales, como la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, y consecuentemente viven estos sentimientos, que algunas veces permanecen en forma inconsciente, profundos y dolorosos (Kovács, 2002; Kübler-Ross, 2000).

No obstante, se ve que hay un reconocimiento, de gran parte de nuestros informantes, de la necesidad de tener vías de escapatorias y de autoprotección para poder afrontar las situaciones del morir en el entorno hospitalario. Estos resultados coinciden con los estudios de Chacón y Grau Abalo (1997); Medland et al. (2004) y Pereira y Bueno (1997) cuando destacan que los profesionales sanitarios que actúan en un ambiente de trabajo bastante peculiar, con alta incidencia de mortalidad, con enfermos graves, sin posibilidad terapéutica o en proceso de morir, puede ocasionarles un alto nivel de ansiedad y estrés, lo que requiere del profesional un mayor autocontrol y ejercicio mental y la necesidad de desarrollar algún tipo de estrategia de afrontamiento para poder desempeñar la labor asistencial diaria y garantizar la propia integridad. Nos encontramos, de este modo, ante la evocación de la existencia de dificultades y, desde luego, de una gran carga emocional. - *Trabajamos a un nivel de estrés muy alto (...) y si no eres capaz de desconectar cuando sales del*

*hospital, lo llevas muy mal. (...) empiezas con problemas mentales, con una ansiedad. Entonces tienes que salir de donde sea y no volver a conectar eso hasta la próxima vez que entres otra vez ahí. Si no vas a acabar mal (P1. GDMI. 465:465).*

En lo que se refiere a los diversos recursos y estrategias de afrontamiento desarrolladas en el entorno hospitalario, reconocidos o no por nuestros informantes, se aprecian numerosas similitudes con los estudios de Fernández-Abascal (1997) y Lazarus y Folkman (1986) cuando clasifican las múltiples formas de afrontar situaciones estresantes. Por lo general, se identifican entre otros, la negación (*olvidar, desconectar, no pensar, suprimir, no tomar tan en serio, reír, ironizar, pensar que está aislado*); la revaluación positiva (*autoconvencimiento, autoconsuelo, ser optimista*); la planificación (*meterse en la rutina, tener un esquema, tener clara la profesión, comunicar el diagnóstico y pronóstico, tomar decisiones colegiadas*); el distanciamiento (*poner barreras, escudo, coraza, separar el lado profesional del personal, no implicarse demasiado, hacerse frío en el trabajo, despersonalizar*); el apoyo social al problema (*pedir ayuda a superiores que contraten personal*); el apoyo social emocional (*compartir con compañeros, amigos cercanos, familiares*); el desarrollo personal (*se valora la vida, se aprende mucho con los terminales*); el control emocional (*no expresa y comparte los sentimientos, controlar el emocional, no vivir todo como si fuera suyo*); resolver el problema (*formación, búsqueda de ayuda psicológica*); la desconexión mental (*quedarse con lo positivo*); y salir para *coger aire, llorar, respirar con tranquilidad*, entre otros.

Entre los recursos y estrategias de afrontamiento citadas por los informantes, reconocemos la presencia de recursos definidos como puntuales. Son recursos

señalados como forma de afrontar situaciones presentes puntual y momentáneamente, con el propósito de que los profesionales puedan continuar cumpliendo con su labor, sin que ello les implique demasiada carga emocional. Estos recursos son similares a los citados anteriormente y son principios que comparten y destacan los estudios de autores (Fernández-Abascal, 1997; Lazarus y Folkman, 1986), en los que llama la atención, nuevamente, que en general no existe un reconocimiento del uso de estos recursos, aunque indirectamente si los mencionan en sus discursos.

En este sentido, entre los recursos puntuales más identificados se encuentran: la negación (*desconectar entre habitaciones y pacientes; pensar que se trata a un paciente normal y no terminal, seguir con el trabajo, pensar en cosas agradables*); el distanciamiento (*salir de la habitación y intentar mantenerse, no tener roce con el paciente y sus familiares, distanciamiento afectivo, evitar a algún familiar alterado, salir para desahogar y llorar*); la planificación (*compartir responsabilidades, no llevar solo al paciente, pedir que se lo lleve un compañero, proporcionar un buen ambiente para la muerte*); el control emocional (*ignorar lo emocional y seguir trabajando, apechugar y aguantar como se pueda*); el desarrollo personal (*pensar en la vida, valorar la vida*); el apoyo social-emocional (*compartir entre compañeros*); y *llorar, ejercicios de respiración, meditación y/o relajación, adoptar el papel del más fuerte*, entre otros.

Ciertamente, se podría pensar que los recursos (puntuales, o no) ayudan a los profesionales a minimizar el grado de sufrimiento ante el morir y la muerte de sus pacientes. Sin embargo, parece que gran parte de estos recursos son formas de

afrontamiento pasivo y de evitación, hechos compartidos también por los diferentes autores (Fernández-Abascal, 1997; Törestad et al., 1990) y mencionados en el marco teórico como recursos menos exitosos, ya que, al no implicar el contacto con el estímulo aversivo, no minimiza el dolor y el sufrimiento generado por el contacto con la muerte, sino que puede incluso dificultar la aceptación de la pérdida.

Un hecho que sobresale constantemente al hablar sobre el afrontamiento del morir, es el tiempo de práctica profesional. En los discursos de los informantes se ha podido observar diversos ejemplos de la influencia del tiempo de la práctica profesional en este afrontamiento.

En realidad, se aprecia que en el inicio de la experiencia profesional existe, en general, una mayor implicación emocional con el paciente y, se utilizan menos recursos para afrontar la muerte, este proceso afecta mucho a nivel emocional y más cuando no se han afrontado muchos casos de muerte.

Sin embargo, más tiempo de experiencia profesional significa, en general, una menor implicación emocional con el paciente, hay más recursos para afrontar el morir, y están más acostumbrados por haber vivido diversas situaciones de muerte, aunque se reconoce que son situaciones difíciles a nivel emocional, se sienten quemados sentimentalmente y, todavía afectados.

En definitiva, parece que es en el discurrir del tiempo de práctica que se construyen los recursos y estrategias de afrontamiento y se relaciona con el impacto emocional de este hecho en todo el discurrir de tiempo de práctica y experiencia laboral. En relación con este tema asociados al tiempo de práctica profesional, no se

encuentran referencias en la literatura científica, aspecto que también recoge el estudio de Bellato Araújo, Ferreira y Rodríguez (2007), realizado con enfermeros, y que manifiesta no haber encontrado referencias en la literatura sobre la influencia de la experiencia profesional, aunque a Bellato y colaboradores, les parece legítimo presuponer que una larga experiencia profesional pudiera proporcionar una mejor preparación para el afrontamiento de situaciones relacionadas al cuidado de personas en proceso de finitud.

La gran variabilidad de respuestas emitidas ante la visión del morir y de la muerte, así como la construcción de medidas de afrontamiento ante estos procesos necesita ser analizado considerando la individualidad de cada profesional, cada uno los vive de una forma única y original, y los manifiesta a través de sentimientos, valores y significados personales y socioculturales. Esta visión resulta acorde con las ideas planteadas por diferentes autores como Bellato et al., (2007); Limonero, Bayés, Piriz y Fisman, (2003) y Neimeyer, (1997) cuando afirman que no existe una única concepción de lo que significa el morir y la muerte o cómo se afrontan. La diversidad de respuestas citadas por nuestros informantes, demuestra la necesidad de individualizar la atención en el proceso de morir, tanto del paciente y su familia, como la atención a profesionales sanitarios que los atienden constantemente.

### **5.3 El dialogo sobre el morir: cuidando del cuidador**

Se considera que este tema es importante en el presente estudio, puesto que parece un modo de elucidar y reafirmar los hallazgos encontrados. Concretamente, se plantea la valoración general de los informantes sobre la labor hospitalaria y el

significado del contacto diario con enfermedad con los pacientes en proceso de morir y con la muerte. Además, emprende también, la valoración de la temática de este estudio realizada por parte de ellos mismos.

Con todo lo expuesto anteriormente uno se podría inclinar a pensar que muchos de nuestros informantes no sólo poseen una visión ante el morir y la muerte, basada en su gran mayoría en procedimientos técnicos como consecuencia de la formación recibida, sino que actúan en esa misma línea como fórmula de reforzamiento en su práctica laboral del modelo biomédico de actuación (Carvalho et al., 2006; García-Campayo y Sanz-Carrillo, 2004; Gómez Sancho, 1999a; Grau Abalo et al., 2008; Hernández et al., 2002; Jiménez, 2001; Kovács, 2003; Leño 1994). Esta concepción en la práctica hospitalaria, no es la más idónea, ya que no atiende las facetas diferentes del paciente, sino que adicionalmente dificulta al profesional y a los propios pacientes y familiares la comprensión y aceptación de la enfermedad y de la experiencia del morir y muerte (Bifulco e Iochida, 2009; Gómez Sancho 1999a; Marco, 2006; Oliveira et al., 2011; Quintana et al., 2008; Quintana et al., 2002).

Dollar (2008) confirma este planteamiento cuando cita que el énfasis en los procedimientos biomédicos en la práctica sanitaria ha alcanzado un desarrollo sorprendente, pero insiste que es indispensable una atención que considere la presencia de lo humano, con respecto a los aspectos psicológicos y sociales, de forma eficaz e integral de salud. En este sentido, diversos relatos han manifestado dificultades en la práctica laboral de los informantes, y la mayoría coinciden cuando identifican como relevantes los problemas emocionales, principalmente relacionados

los asociados con el proceso de morir y la muerte. En la realidad, hace pensar que estas dificultades identificadas son reflejo y consecuencia de la actitud adoptada por nuestros informantes, resultados que coinciden con los estudios de Chacón y Grau Abalo (1997); Gómez Sancho (1999a); Jiménez (2001); Medland et al. (2004); Perazzo (1995); y Pereira y Bueno (1997) quienes comparten que los profesionales sanitarios pasan por las mismas etapas psicológicas por las cuales pasa un enfermo y su familia al enfrentar el proceso de muerte, y al no estar preparado y formado para afrontar este tipo de situación acaba por conducirles a una carga de estrés laboral y a presentar problemas emocionales. - *De alguna manera al tratar de forma integral al enfermo y a su familia, te ves en muchas ocasiones estresada emocionalmente pues por los problemas que esa familia y ese enfermo puedan presentar aunque no te impliquen en el asunto pero sí al intentar ayudarles de alguna manera te afecta emocionalmente (...)* (P42. EMP. 2:2).

No obstante, nos encontramos frente a la ausencia de acciones dirigidas a proteger a los profesionales sanitarios, aspectos que resultan acordes al planteamiento de los estudios de Chiattonne (2002) y Rodríguez-Marín (1999), los cuales destacan que compete al psicólogo trabajar las alteraciones de estabilidad psicológica de los profesionales sanitarios frente al proceso de la muerte, práctica actualmente casi inexistente en los hospitales generales, ligada en exclusividad a los servicios de psiquiatría. Gran parte de nuestros informantes señalan que desconocen la presencia de cualquier tipo de apoyo específico para ellos. - *No, un soporte dirigido hacia nosotros o de, sea en aspectos teóricos o personales de ayuda y asesoramiento, específicamente diseñado para eso, yo creo que no hay o no lo conozco* (P45. EMMI. 18:18).

Sin embargo, informantes de los servicios de paliativos y oncología señalan la actuación reciente de psicólogo para pacientes y familiares, actividad que no incluye a los profesionales sanitarios. Todo ello lleva a interpretar que los profesionales sanitarios carecen de apoyo a nivel emocional. Además, la escasez de profesionales de Psicología en los servicios analizados, la no existencia de un servicio de Psicología y el escaso establecimiento de estos profesionales en este entorno revela, a nuestro parecer, el desconocimiento del papel del profesional de Psicología hospitalaria, y hace difícil el establecimiento de una práctica multi e interdisciplinaria en salud con otros profesionales. Estos resultados están en la misma línea que los estudios de Brunet (2005); Calil (1995) y Chiattonne (2002) cuando relatan que la ausencia del psicólogo hospitalario en este contexto dificulta el desarrollo de una asistencia integral al paciente y familiares y a los propios profesionales que a diario los atienden, dificulta el desenlace final del moribundo, además interfiere en la implantación de un servicio psicológico en este contexto. Es casi nula la presencia de este profesional que posee una formación con énfasis en aspectos subjetivos, diferenciado de los demás profesionales que actúan en el contexto hospitalario (Cunha, 2006). - *Aquí también hay un psicólogo en psiquiatría (...) y quizás podríamos utilizarlo. (...) Pero probablemente porque no se nos han enseñado a generar esa actividad o tenemos dudas incluso, algunos especialistas, sobre si va a ser útil o no. Entonces hasta que no se le descubre el fundamento y la utilidad uno no aprecia, ¿no? (P45. EMMI. 19:19).*

Los participantes describen diferentes tipos de propuestas de mejora, dando a entender que hay un reconocimiento por su parte de las necesidades de cubrir lagunas en la labor con pacientes en proceso de morir, confirmándose una vez más, la

identificación de dificultades en la práctica hospitalaria. Las propuestas de mejora están centradas, en general, en la formación previa del profesional, así como durante su actuación; en ayudas a nivel emocional para los profesionales, pacientes y familiares; además de la puesta en marcha de acciones multidisciplinarias. - *Tener un apoyo, ¿sabes? deberíamos tener alguien que nos echara una mano a nivel emocional. Hay situaciones en las cuales no sabemos afrontar (P30. EEP. 31:31).*

Como referencia de propuesta de intervención emocional en el ámbito hospitalario acorde a las necesidades de los informantes, está la práctica del *counselling*. En España se han desarrollado con gran eficacia instrumental de *counselling* en la forma de protocolos de intervención focalizados en los profesionales sanitarios (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003). Estos protocolos, que tienen como elemento fundamental, *la empatía*, van al encuentro de nuestros planteamientos y propuesta de intervención, ya que se trata de una importante herramienta de comunicación del profesional sanitario con el enfermo, la familia y el cuidador. Trata de ayudarles (profesional, paciente, familiar, cuidador) en un sentido en que *el ayudar* “es afirmar que la fragilidad no le priva de dignidad” (Arranz et al., 2003, p.35).

Es de destacar que ante las diversas señales de dificultades presentes en la práctica laboral de nuestros informantes, se aprecia también que reconocen la existencia de aspectos positivos. Entre las diferentes cuestiones señaladas como positivas en la labor hospitalaria, destacan el hecho de que les gusta la profesión y el trabajo de poder ayudar a los enfermos; el tener un buen equipo y compañerismo; el reconocimiento por parte de los pacientes y familiares; y aprender a valorar la vida

personal a través del trabajo con pacientes terminales. Resulta interesante resaltar estos puntos positivos de la labor, puesto que parece ser un camino para fortalecerse, un modo de colaborar y dirigir acciones futuras hacia la promoción de una práctica profesional sanitaria adecuada con pacientes en proceso de morir.

Se finaliza este apartado con la valoración del tema trabajado en esta investigación por parte de nuestros informantes. Comprendemos que estos resultados están relacionados con la visión de los informantes sobre la propia muerte, y desde luego, tiene una fuerte relación con el modo de afrontamiento del morir y de la muerte en el entorno hospitalario. Concretamente, se considera que no es común hablar del morir en la sociedad (Brêtas et al., 2006; Rodríguez Álvaro, García Hernández y Toledo Rosell, 2008; Thomas, 1991) y mucho menos en el entorno hospitalario (Díaz, 1994), puesto que les remite a sensaciones de fracaso laboral y de miedo a la propia muerte y a la de alguien cercano (Benbunan-Bentata et al., 2007; Bifulco e Iochida, 2009; Gómez Sancho, 1999a; Grau-Abalo, 2008; Limonero, 1997; Quintana et al., 2008; Rio-Valle, 2007). Incluso, nos encontramos algunas veces, ante a la omisión de la palabra *muerte* y *morir* en los relatos de los participantes, lo que implica cierta dificultad manifestada en relación al tema. - *Mientras menos hables, te va a tocar más lejos, a lo mejor, yo qué sé. Nos da miedo, hay un miedo, hablar de la muerte (P1. GDP. 77:77).*

No obstante, aunque es algo que forma parte del trabajo diario y a la vez suele ser un tema oculto, los profesionales reconocen la importancia de exponer los sentimientos generados, pero, parece que no lo hacen, ni disponen de apoyo para hacerlo. En este sentido Kübler-Ross (2000, 2005) señala la dificultad de los

profesionales de la salud en afrontar la muerte y pone de manifiesto, que a lo largo de varios años ha realizado seminarios en los cuales pacientes terminales eran invitados a hablar de sus experiencias ante los asistentes, en general, estudiantes y profesionales sanitarios y ha encontrado mayores resistencias por parte de estos últimos para hablar sobre la muerte y el morir. En esta línea, se plantea que el trabajo con el paciente moribundo “requiere una cierta madurez que sólo viene de la experiencia. Tenemos que examinar a fondo nuestra actitud con respecto a la muerte, antes de sentarnos junto al lecho de un paciente moribundo tranquilamente y sin ansiedad” (Kübler-Ross, 2005, p.337).

En definitiva, en sus discursos se aprecia que hablar de forma tranquila sobre la muerte y el morir, fue una experiencia única vivida por parte de nuestros informantes, lo que viene a enfatizar que hay mucho trabajo que hacer en este terreno y con ellos.

## **6. CONCLUSIONES**





## 6. CONCLUSIONES

De los resultados de la presente investigación que busca analizar en general cómo responden los profesionales sanitarios ante el proceso de morir de los pacientes y comprender este fenómeno en el contexto hospitalario en concreto, queremos mostrar en el presente capítulo las conclusiones originadas en base a los diferentes tipos de análisis de los resultados obtenidos y su relación con los objetivos propuestos.

A continuación se presenta las conclusiones según los objetivos, y se describe algunas limitaciones y dificultades encontradas en la trayectoria de esta investigación.

### **1. Describir la concepción del proceso de la muerte que tienen los profesionales sanitarios.**

- La comprensión del profesional sanitario sobre el proceso de morir está basada en el modelo biomédico, en virtud principalmente del carácter técnico de la formación y del medio en el que está inserto, sin embargo, este modo de comprensión se presenta apenas como una de las características perceptivas de este fenómeno, puesto que también está basada en la formación personal del profesional sanitario y en consecuencia, en la subjetividad y personalidad, cultura, creencias, entre otras.

- La formación profesional no ofrece recursos para trabajar con el paciente de forma más subjetiva y en cuestiones de ámbito personal que necesitan de una atención diferenciada y más singular, como en el caso de pacientes en proceso de morir.

- Debido a la ausencia de preparación y formación adecuada sobre la temática del morir, los profesionales sanitarios acaban por coger ejemplos e imitar la práctica hospitalaria existente, que es el reflejo de una formación básicamente biomédica, es decir, basada en la formación académica recibida por ellos.
- Establecer un contacto más cercano al paciente enfermo y en proceso de morir, así como reflexionar sobre la concepción del morir y la muerte, dan como resultado una gran dificultad de manejo emocional al profesional sanitario, puesto que lo remite al contacto con los sentimientos y la subjetividad personal, además de remitir a pensamientos sobre la existencia y la idea de su propia muerte.
- Comprenden que el proceso de morir y la muerte necesitan ser bien tratados, con el fin de evitar el sufrimiento del paciente terminal y practicar el buen morir sin un ensañamiento terapéutico, sin embargo, en la práctica no ponen de manifiesto este tipo de actuación, no desarrollando por completo una atención humanizada y cercana.
- La realidad del paciente - joven, de aquellos que llevan un largo tiempo de ingreso, o aquellos con características similares a la del profesional o de alguien cercano, muerte traumática o no esperada - es un factor relevante en la comprensión del proceso de morir del paciente, puesto que estas características dirigen a los profesionales sanitarios a entrar en contacto con los sentimientos propios y a identificarse con los del paciente, lo que supone para ellos, una gran dificultad a nivel emocional.

**2. Identificar los recursos que utilizan los profesionales sanitarios para afrontar el proceso de morir del paciente.**

- El profesional sanitario se relaciona con el paciente y el familiar según su formación profesional y propósitos personales, estableciendo una relación con base en estas dos características. Sin embargo, predomina una relación profesional, educada, cordial, distanciándose afectivamente con la idea de marcar los límites entre el rol profesional y el personal. En este sentido, el profesional sanitario no realiza una intervención humanizada y adecuada al proceso de morir del paciente, pues no engloba las facetas psicosociales del enfermo y no identifica las etapas presentes en este proceso.

- Atender a pacientes terminales o en proceso de morir supone una dificultad y una gran carga emocional para el profesional, puesto que remite a cuestiones del morir y aproxima al profesional a la idea de la propia muerte. Esto implica que recurran a mecanismos de defensa para afrontar estas situaciones, a fin de preservar la propia integridad y poder desempeñar la labor diaria.

- Las dificultades y sentimientos del propio profesional sanitario derivados de la atención a pacientes en proceso de morir, interfieren en su relación y actuación frente a los enfermos. Frente a tal situación, el profesional puede utilizar como recursos: el distanciamiento afectivo, la negación, la impersonalidad, el autoconvencimiento, el control emocional, el compartir con compañeros, entre otros; así como también, una actuación más dirigida por el modelo biomédico y técnico.

- Al trabajar con pacientes que están en proceso de morir, el profesional sanitario de alguna manera es acometido por alguna especie de sufrimiento o sentimiento propio, como tristeza, impotencia, culpabilidad, miedo de la propia muerte o la de alguien cercano, pena, remordimiento, malestar, frustración, sensación de injusticia, ganas de llorar, nudos en la garganta, entre otros; que invariablemente interfieren en su actuación.

**3. Buscar posibles influencias de la concepción de la muerte sobre la movilización de los recursos de afrontamiento.**

- Existe similitud en las respuestas emitidas por los diferentes profesionales sanitarios en cuanto a la comprensión y el afrontamiento del proceso de morir del paciente. Las opiniones discrepantes entre los participantes son atribuidas al rol profesional diferencial entre los propios sanitarios. El rol profesional está focalizado en el modelo biomédico de salud y es utilizado para justificar la ausencia de una relación más cercana al paciente y sus familiares.

- Los auxiliares, enfermeros y algunos médicos (solamente en el servicio de cuidados paliativos) presentaron opiniones comunes en lo que se refiere a establecer una relación y contacto con el paciente y familiar, promoviendo una atención más humana. Entre los demás médicos y supervisores de enfermería, hay mayor similitud en sus respuestas en cuanto al tipo de relación establecida con el paciente y el familiar, puesto que no suelen establecer vínculos cercanos en la relación.

- En cuanto a los procedimientos ante la muerte de algún paciente, los auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos (solamente del servicio de cuidados paliativos)

son los que suelen estar más cerca del paciente fallecido y del familiar, con la disponibilidad de apoyar a la familia. Por otro lado, entre los médicos y supervisores de enfermería, la presencia en estas situaciones es escasa. Estos últimos, se apoyan en el recurso de su deber de tener que desarrollar la labor asistencial para así no tener que establecer un contacto ante la muerte del paciente y desde luego ante los familiares en ese momento, manteniendo un cierto distanciamiento de la situación.

- Se observa que los profesionales del servicio de cuidados paliativos son más flexibles y abiertos en su relación y atención al paciente y familiar, y se encuentran más sensibilizados con el tema del morir debido a que la unidad ostenta la tasa más alta de mortalidad de todo el hospital y también, por supuesto, porque participan de los principios de la atención paliativa, dirigidos a conseguir que los enfermos vivan bien hasta el final de la vida o que fallezcan en paz, cuando ya la salvación no es posible.

#### **4. Indagar acerca de cómo influye el tiempo de práctica profesional en el afrontamiento de la muerte.**

- Es en el discurrir del tiempo de su práctica laboral que realmente van a desarrollar recursos para trabajar con el paciente en proceso de morir y cuando se forman los recursos y estrategias de afrontamiento. Aunque estos recursos, no pueden ser una garantía de estabilidad emocional, puesto que las dificultades y el impacto emocional están presentes en todo el discurrir de tiempo de práctica y experiencia laboral.

- Los profesionales que tienen poco tiempo de práctica profesional muestran una mayor implicación emocional con el paciente, disponen de menos recursos para

afrontar la muerte, y se sienten más afectados a nivel emocional aunque no hayan afrontado muchos casos de muerte.

- Un mayor tiempo de experiencia profesional significa una menor implicación emocional con el paciente, se disponen de más recursos para afrontar las situaciones, sintiéndose acostumbrados a ellas debido a haber vivido algunas situaciones similares, aunque se reconoce que son situaciones difíciles a nivel emocional, sintiéndose sentimentalmente quemados y aún afectados.

#### **5. Presentar propuestas de mejora para el desarrollo del trabajo de los profesionales sanitarios con pacientes en proceso de morir.**

- A la luz de los resultados, se presenta y se justifica una serie de propuestas de actuación dirigidas a mejorar y desarrollar el trabajo de los profesionales sanitarios con pacientes en proceso de morir y, por tanto, a su atención y a la de sus familiares. Las propuestas se desprenden de las dificultades y necesidades manifestadas por los propios participantes a lo largo de este estudio, es decir, se desprenden de este contexto en concreto.

- Se constata que el proceso de morir del paciente necesita ser comprendido de forma global, a fin de respetar las facetas biopsicosociales y en ese sentido es importante fomentar un trabajo más humanizado y multidisciplinar en el entorno hospitalario, que incluya, al mismo tiempo, el bienestar laboral y emocional del propio profesional sanitario.

- Es posible pensar en la necesidad de intervención de la Psicología para trabajar las cuestiones emocionales presentadas por los profesionales sanitarios en el proceso de

morir del paciente, ofreciendo apoyo para que consigan afrontar el proceso de forma diferenciada, sin ocasionarse tanto sufrimiento. Al mismo tiempo, es necesario trabajar con los pacientes en las cuestiones emocionales devenidas de su proceso de morir. Se ha podido ver a través de este estudio, la importancia de comprender el ser humano como un todo y que el proceso de morir es propio de él, debiendo ser respetado y trabajado, con el objetivo de proporcionarle una buena calidad de vida mismo en sus momentos finales.

- Los resultados de esta investigación muestran, así mismo, la importancia de desarrollar cursos de formación de forma periódica, y de revisar y modificar los planes curriculares de los cursos de formación de los profesionales sanitarios prestados tanto en la realidad de la población investigada como en el ámbito general. Se ha podido constatar en fuentes bibliográficas y en relatos de los profesionales la escasez de asignaturas formativas basadas en el ámbito subjetivo y emocional del paciente y en el proceso de morir y muerte.

- Concretamente, podemos citar como referencia de estrategia de intervención emocional en el ámbito hospitalario la práctica del *counselling* focalizada en los profesionales sanitarios. Es una importante herramienta de comunicación del profesional sanitario con el enfermo, la familia y el cuidador, la cual tiene como elemento fundamental *la empatía*. Esta técnica resalta la importancia del proceso comunicativo como fórmula de conocer datos, valores y emociones de los integrantes del ámbito hospitalario (profesional, paciente, familiar, cuidador), ayudándoles en el afrontamiento del proceso de morir.

- Se resalta también la importancia de revisar las políticas del sistema sanitario sobre la práctica de la Psicología en los entornos hospitalarios, con el propósito de fomentar y facilitar la inserción del profesional de psicología como integrante del grupo sanitario, desarrollando y consolidando un trabajo multidisciplinar de atención biopsicosocial al ser humano.

- Se plantea la necesidad de divulgar los resultados de la presente investigación contribuyendo así a la realización de estudios e investigaciones futuras que permitan ampliar los estudios teóricos relacionados con la Psicología de la Salud y su inserción en el ámbito hospitalario.

A modo de conclusión se considera pertinente presentar algunas limitaciones y dificultades encontradas en la trayectoria de esta investigación, puesto que parece de ayuda para comprender los resultados expuestos.

En lo que se refiere a los resultados, esta investigación no pretendió ser exhaustiva en relación a la realidad estudiada, pero se considera que ha permitido una aproximación al contexto y a la realidad en este ámbito y, aunque los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones, si lo pueden ser a contextos similares, característica propia de los estudios cualitativos.

Cabe destacar la posibilidad de desarrollar otro tipo de análisis a través de los datos socio-demográficos y profesionales de los informantes del presente estudio, tal vez en una línea futura de investigación y su comparación con los resultados obtenidos en este estudio. Hacer un análisis con metodología mixta (cualitativa -

cuantitativa) puede profundizar o destacar diferencias entre los informantes que provean de valiosas informaciones adicionales.

Se opta por concluir este estudio con la exposición de un fragmento relatado por uno de los protagonistas, son quienes visten la bata todos los días y son las personas más conocedores del tema investigado: - *Intento, normalmente, de alguna forma justificar que ese momento es parte de mi trabajo, ¿no? Porque no me gusta tener la sensación de que estoy metiendo todo eso en mi vida personal, si no, sí que te pierdes, ¿no? Porque después ya coges demasiadas cosas que no debieras (P36. EMP. 12:12).*



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 237-248.
- Alegrance, F. C., Souza, C. B., & Mazzei, R. L. (2010). Quality of life and coping strategies of post-breast cancer women with and without lymphedema. *Revista Brasileira de Cancerologia, 56*(3), 341-351.
- Arana, A. C. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: el grupo de discusión. *Nure investigación, 35*, 1-4.
- Araújo, P. V. R. (2000). *Percepção da criança sobre a morte e o morrer*. (Tesis de maestría no publicada). Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.
- Ariés, P. (2003). *A História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencia Médicas.
- Arruda, J. J. A., & Piletti, N. (2000). *Toda a história: História geral e história do Brasil*. São Paulo: Ática.
- Ávila, L. M. R. (1998). *Metodologia Assistencial e Filosofia do Serviço de Enfermagem*. Florianópolis: CEPON.
- Barcellos, L. V. (2008). *Estratégias de enfrentamento e espiritualidade: a percepção de pacientes oncológicos*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça.

- Barros, A. J. S., & Lehfeld, N. A. S. (2000). *Fundamentos da metodologia: um guia para iniciação científica*. São Paulo: Makron Books.
- Barros, E. H., & Moreno, F. G. V. (2010). El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. *Entreculturas*, 2, 181-196.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Bayés, R. (2000). Los dos objetivos prioritarios de la medicina del siglo XXI. *Jano*, 58(1,348), 110-111.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E., & Enriquez, N. (2005). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Universitat Autònoma de Barcelona. *Revista Medicina Paliativa*, 6(4), 140-143.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bellato, R., Araújo, A. P., Ferreira, H. F., & Rodríguez, P. F. (2007). The process of dying and the death's approach made by teachers in a nursing graduation course. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 255-263.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, F. M., Gutiérrez, C. V., & Benbunan-Bentata, B. R. (2007). Afrontamiento de dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 197- 205.
- Bermejo, J. C. H. (2003). *Qué es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria*

*más humana*. Madrid: San Pablo.

- Bifulco, V. A., & Iochida, L. C. (2009). Undergraduate training in the health professions and education for care of patients beyond possibility of cure with available therapeutic resources. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 92-100.
- Boemer, M. R. (1998). *A morte e o morrer*. Ribeirão Preto: Holos.
- Boemer, M. R., Zanetti, M. L., & Valle, E. R. M. (1991). A idéia de morte no idoso: uma abordagem compreensiva. En R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp.119-129). Campinas: Papirus.
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483.
- Brown, F. H. (2001). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. En B. Carter, M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 393-414). Porto Alegre: Artmed.
- Brunet, R. C. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Buendía, L., Colas, P., & Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Bustingorry, S. O., Tapia, I. S., & Mansilla, F. M. I. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos*, 32(1), 119-133.

- Calil, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New English Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Camon, V. A. A. (2002a). Pacientes terminais: um breve esboço. En V. A. A. Camon, (Ed.), *Psicologia Hospitalar: teoria e prática* (pp. 11-18). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Camon, V. A. A. (org.) (2002b). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Carvalho, L. S., Silva, C. A., Santos, A. C. P. de O., Oliveira, M. A., Portela, S. C., & Regebe, C. M. C. (2006). Perception of the death and dying of the nursing students. A qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3). Recuperado de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/507>
- Carvalho, M. M. M. J. (2003). *Introdução à Psicooncologia*. São Paulo: Livro Pleno.
- Carver, C. S., Sheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of Medicine*. Oxford: OUP.
- Chiattonne, H. B. C. (2002). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. En V. A. A., Camon (Ed.), *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-158). São Paulo: Pioneira.
- Chacón, M. R., & Grau Abalo, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13(2), 118-125.
- Corr, C. A. (1993). Death in modern society. En D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 28-36). Oxford: Oxford University Press.
- Cunha, E. (2006). *A inserção do psicólogo no hospital, na percepção da enfermagem*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidad do Sul de Santa Catarina, Palhoça.
- De Lara, E., & Ballesteros, B. (2001). *Métodos de investigación en Educación Social*. Madrid: UNED.
- Díaz, M. V. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Generales*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.
- Díaz, C. M. (2009). ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? *Educere: Artículos Arbitrados*, 13(44), 55-66.
- Dollar, J. N. G. (2008). Actitudes y afrontamiento de la muerte por el personal de la salud en los diferentes niveles de atención. *Tánato's: Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología*, 11, 23-27.

- Domínguez, F. I. R., & Gómez, M. C. S. (2007). *Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación*. Universidad de Salamanca, 8(3), 1-16.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Esteban, M. P. S. (2006). *Introducción al programa de análisis de datos cualitativos ATLAS-TI 5.0*. (Documento de trabajo). Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona.
- Fernández, C. (2006). *La respuesta educativa a las dificultades de lenguaje: estudio cualitativo de la realidad de Gran Canaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz, F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Ferreira, S. M. S. (2002). *As atitudes do enfermeiro diante da morte*. (Monografía de Bacharelado em enfermagem). Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.
- Figuroa, M. I., & Imach, S. C. (2006). Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico. En N. E. Contini de González (Compiladora), *Cuadernos de Evaluación Psicológica* (pp. 183-186). ISBN: 950-12-2911-4. Buenos Aires: Paidós.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la metodología cualitativa*. Madrid: Morata.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Setter, C., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Frydenberg, E. (1994). Adolescent concerns: The concomitants of coping. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology*, 4, 1-11.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- García, E. R. (1999). Análisis de datos cualitativos. En E. R. García (Ed.), *Evaluación de la elaboración y desarrollo del Proyecto Curricular del Área de E. F. en centros de educación primaria* (pp. 219-279). (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Granada, Granada.
- García-Campayo, J., & Sanz-Carrillo, C. (2004). Modelos conceptuales de la conducta humana. En P. T. Ansola, L. A. Chopitea, J. García-Campayo (Eds.), *Enfermería: ciencias psicosociales* (pp.143-158). Barcelona: Masson.
- García Hernández, A. M. (2008). Re-pensar la muerte: hacia un entendimiento de la antropología de la muerte en el marco de la ciencia. *Revista Cultura y religión*, 2(1), 1-18.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gil Flores, J. (1993). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza: anuario interuniversitario de didáctica*, 10(11), 199-214. Universidad de Salamanca, España.

- Giner, M. C. (2008). Experiencia de la familia del enfermo ingresado en un servicio de medicina intensiva en la etapa final de vida. *Tánato's: Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología*, 11, 16-21.
- Gómez-Diago, G. (2010). Triangulación metodológica: paradigma para investigar desde la ciencia de la comunicación. *Razón y Palabra*, 72, 1-28.
- Gómez Sancho, M. (1999a). El médico ante la muerte de su enfermo. En M. Gómez Sancho (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Madrid: Arán.
- Gómez Sancho (1999b). Medicina paliativa: la atención integral a enfermos terminales. *Revista Peruana de Neurología*, 5(3), 107-113.
- Gómez Sancho, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- Grau Abalo, J., & Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. Poza Rica: Impresiones Ligeras.
- Grau Abalo, J., Abreu, M. del C. L., Pérez, C. M., Chacón M. R., Méndez, M. C. R., Pedreira, O. I., et al. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Gürtler, L., & Huber, G. L. (2007). Modos de pensar y estrategias de la investigación cualitativa. *Liberabit*, 13, 37-52.
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de discusión: ¿prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta moebio*, 41, 105-122.

- Haguete, M. T. F. (1999). *Metodologias qualitativas em sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2001). *Ser e tempo*. (M. S. Cavalcante. Partes I e II. Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Hernández, G. C., García, V. M. G., Machín, L. F., Pereira, O. I., & Grau Abalo, R. (2002). Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 22-32.
- Herrán, A., Hashimoto, E., & Machado, E. (2005). *Investigar en educación. Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas*. Madrid: Diles.
- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, J. (1989). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En M. García, J. Ibáñez, F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 489-501). Madrid: Alianza Editorial.
- Jiménez, C. J. (2001). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II: aportaciones a los profesionales de la salud desde la antropología, la sociología y la psicología*. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Kestemberg, C. C. F., Sória, D. A., & Paulo, E. F. P. (1992). Situações de vida e morte: uma questão reflexiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 45(4), 259-266.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do

Psicólogo.

Kovács, M. J. (2003). *Educação para a Morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica, S. A.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. Universidad Nacional de Mar del Plata. *Psicothema*, 16(3), 350-356. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3001>

Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1984).

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 54, 385-405.

Leão, N. O. (1994). O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. En B. W.

- Romano (Ed.), *A prática da Psicologia nos hospitais* (pp. 138-145). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Lecanda, R. Q., & Garrido, C. C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica, 14*, 1-27. Universidad del País Vasco.
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V. I., & Marro, C. T. (2002). Afrontamiento. En N. B. Leibovich de Figueroa, M. Schufer (Eds.), *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos* (pp. 45-62). Buenos Aires: Eudeba.
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Revista Ansiedad y Estrés, 3*(1), 37-48.
- Limonero, J. T., Bayés, R., Piriz, I., & Fisman, N. (2003). Afrontando el proceso de morir. Comparación entre las percepciones de los profesionales sanitarios españoles y argentinos. *Oncología Clínica, 8*(39), 925-928.
- Losada, J., & López-Feal, R. (2003). *Métodos de investigación en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Thomson.
- Luciano, F. L. (2001). *Metodologia Científica da Pesquisa*. Criciúma: Autor.
- Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (1997). A morte do idoso: um fato natural e aceitável. *Texto e Contexto Enfermagem, 6*(2), 322-329.
- Marco, M. A. (2006). From the biomedical to the biopsychosocial model: a project of permanent education. *Revista Brasileira de Educação Médica, 30*(1), 60-72.
- Martín, P. B., & Saiz, M. C. S. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Medland, J., Howard-Ruben, J., & Whitaker, E. (2004). Fostering psychosocial

wellness in oncology nurses: addressing burn out and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), 47-54.

Meichenbaum, D., & Turk, D. (1982). Stress, coping and disease. En R.W. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology* (pp. 289-305). New York: McGraw-Hill.

Melo, L. S. (2005). *Percepção de morte e assistência fora das possibilidades terapêuticas*. (Monografía de Graduação em Enfermagem). Universidade de Sergipe, Aracaju.

Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Nehry Park: Sage.

Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (4ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Montoya Juárez, R. (2004). El afrontamiento y la pérdida. Visiones positivas de la labor de un cuidador. En N. R., Garbí. *Revista Index de Enfermería*, 13(44-45), 56-59. Recuperado de [http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/r44\\_articulo\\_56-59.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/r44_articulo_56-59.php)

Montoya Juárez, R. (2006). Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. *Evidentia*, 3(11). Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>

Morrison, M. (2004). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Madrid: Mosby.

Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being, *Evaluación Psicológica*, 4, 133-158.

- Moya, J. O. (2008). El asesoramiento científico educativo: un nuevo ámbito de mejora. *Profesorado: Revista de currículum y formación del profesorado*, 12(1), 1-15. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Muhr, T. (2003). *ATLAS.TI. Visual qualitative data analysis* (Versión 5.0). Berlín: Scientific Software Development.
- Navarrete, J. M. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1, 47-60.
- Neimeyer, R. A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nunes, D. C., Carraro, L., Jou, G. I., & Sperb, T. M. (1998). As crianças e o conceito de morte. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 579-590.
- Olabuénaga, J. I. R. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Oliveira, M. E., & Brüggmann, O. M. (2003). *Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura.
- Oliveira, S. G., Quintana, A. M., Budó, M. L. D., Bertolino, K. C. O., & Kruse, M. H. L. (2011). The Formation Process of the nurse considering the emerging end-of-life needs of the individual. *Revista de Enfermagem UFSC*, 1(1), 97-102.

- Olson, D. H., & Mc Cubbin, H. I. (1989). *Families, what makes them work*. California: Sage.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1957). Comité de expertos en organización de la asistencia médica. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. *Serie Informes Técnicos*, 122(4). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. OMS/OPS. (1995). *Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998*. Documento Oficial N° 269. Washington: Autor.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1997). *The world health report. Conquering suffering enriching humanity*. Ginebra: Autor.
- Ortega, M. S. (2005). *El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamiento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Perazzo, S. (1995). *Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim*. São Paulo: Ágora.
- Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L., & Lynch, T. J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*, 5, 425-434.

- Pereira, M. E., & Bueno, S. M. (1997). Leisure-a way to alleviate tension in the work environment of an intensive care unit: a concept of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 75-83. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=s0104-11691997000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0104-11691997000400010)
- Perini, E., Paixao, H. H., Modenac, M., & Rodrigues, R. N. (2001). *O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social*. São Paulo: Interface - Comunicação, Saúde, Educação.
- Piaget, J. (1964). *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1967). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piletti, N., & Piletti, C. (1999). *História e vida integrada*. São Paulo: Ática.
- Pinto, L. F. (1996). As crianças do Vale da Morte: reflexões sobre a criança terminal. *Jornal de Pediatria*, 72(5), 287-294.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474.
- Poveda Monge, F., Royo Garrido, A., Aldemunde Pérez, C., Fuentes Cuenca, R., Montesiones de Ostozza, C., Juan Ten, C., et al. (2000). Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Atención Primaria*, 26(7), 446-452.
- Quintana, F. C., & Caro, M. P. G. (2007). *Dejadme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Pirámide.

- Quintana, M. A., Cecim, O. S., & Henn, C. G. (2002). O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26(3), 204-210.
- Quintana, M. A., Rodrigues, A. T., Arpini, D. M., Bassi, L. A., Cecim, P. S., & Santos, M. S. (2008). Distress in Medical Education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 7-14.
- Rauen, F. J. (2002). *Roteiros de investigação científica*. Tubarão: Unisul.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*, 22ª. ed. Madrid: Espasa, ISBN 84-239-6813-8.
- Rezende, A. L. M. (1989). *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez.
- Rezende, A. L. M., Santos, G. F., Caldeira, V. P., & Magalhães, Z. R. (1996). *Ritos de morte na lembrança de velhos*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Ribeiro, P. R. M. (1996). *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU.
- Rio-Valle, J. S. (2007). *Validación de la versión española de la “Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte” y del “Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte”*: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=863>
- Robles Ortega, H., & Peralta Ramírez, M<sup>a</sup>. I. (2006). *Programa para el control del*

*estrés*. Madrid: Pirámide.

Rodríguez Álvaro, M.; García Hernández, A. M. & Toledo Rosell, C. (2008). Hacia una visión constructivista del duelo. *Index Enfermería*, 17(3), 193-196. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/6621.php>

Rodríguez, A. G., & Garcelán, S. P. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=480>

Rodríguez, C. F., & Kovács, M. J. (2005). Falando de morte com adolescentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5(1), 127-143.

Rodríguez-Marín, J. (1999). La psicología de la salud en la España actual. En M. A. Simón, (Ed.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 177-216). Madrid: Biblioteca Nueva.

Rodríguez Parra, M. J., Esteve Zarazaga, R. M., & López Martínez, A. E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico, *Psicothema*, 12(3), 339-345. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=340>

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos, (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 3-52). Madrid: Pirámide.

Santos, G. F. (1993). A morte sob a ótica da racionalidade. *Revista Enfermagem*, 1(2), 59-65.

- Sanz Álvarez, E., & Colomo Gómez, J. (2002). Muerte Biológica vs Muerte Cerebral. En A. García (Ed.), *Sobre el Morir y la Muerte* (pp. 49-69). Tenerife: Editorial Alfonso García.
- Sanz, J. (1995). Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. *Medicina Paliativa*, 2(3), 14-15.
- Shimizu, H. E. (2007). How nursing workers deal with the dying process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 257-262.
- Sebastiani, R. W. (1998). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. En V. A. A. Camon (Ed.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 29-71). São Paulo: Pioneira.
- Serrat, P. M. (2008). *Apuntes del curso Atlas.ti ofertado por la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna*. Universitat Ramon Llull.
- Silva, A. L. (2001). Morte-renascimento: foco essencial do cuidado transdimensional. *Revista Texto e Contexto*, 10(3), 11-23.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos - *SECPAL*. Recuperado de <http://www.secpal.com/index.php>
- Speece, M., & Brent, S. (1984). Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Terry, D. J. (1991). Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 527-547.

- Tesch, R. (1991). Software for qualitative researchers: analysis needs and program capabilities. En N. G. Fielding, R. M. Lee (Eds.), *Using computers in qualitative researchs* (pp.16-37). Londres: Sage.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós.
- Tordoya, M. E. J. (2011). Desafíos de la investigación cualitativa en salud. *Gac Med Bol*, 34(2), 105-106.
- Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: an interaccional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Torres, W. C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Varela, B., & Bernardi, R. (2000). Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos. ¿Estamos ante el mismo concepto? *Revista Actualidad Psicológica*, 25(280), 3-32.
- Vasconcellos, E. G. (2002). Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. En V. A. A. Camon, (Ed.), *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 23-40). São Paulo: Pioneira.
- World Health Organization - WHO. (1947). *World Health Organization Constitution*. Ginebra: Autor.



## **ANEXOS**





## **GUIÓN DE ENTREVISTA (Enfermeros y Auxiliares de enfermería)**

### **1. Dificultades en el trabajo del enfermero o auxiliar de enfermería**

- a) ¿Cuáles son las dificultades que tiene en vuestro trabajo diario?
- b) ¿Estas dificultades suelen ser rutinarias?
- c) Entre estas dificultades ¿consigue percibir las que son del punto de vista emocional o psicológico y las que son del punto de vista asistencial?
- d) ¿Ve como una dificultad el contacto con pacientes en proceso de muerte?

### **2. Concepto de muerte**

- a) ¿Cómo usted comprende el concepto de muerte?
- b) Y ¿el concepto de muerte en el contexto hospitalario?
- c) ¿Su concepto de muerte está basado en su formación personal y/o profesional?
- d) ¿Ha reflexionado sobre su propia muerte?

### **3. Formación**

- a) ¿Qué influencia cree usted que tiene su formación sobre sus creencias sobre la muerte?
- b) ¿Piensa que se les prepara para trabajar con el proceso de morir?
- c) ¿Ve necesidades de orientación y formación sobre esta temática?

### **4. Relación con el paciente**

- a) ¿Cómo es la carga de trabajo de usted? Y ¿Sobre las nuevas tecnologías? ¿Hay suficiente personal en el servicio?
- b) Se percibe que tienen ustedes un contacto directo y constante con los pacientes debido a la carga de trabajo y la tarea administrativa que tienen q desarrollar. ¿Qué piensa y opina de eso? ¿Este hecho hace con que establezca una dependencia emocional con el paciente?
- c) ¿Qué tipo de relaciones establece con sus pacientes? Y, ¿con los terminales cambia la forma que relacionas con ellos? ¿A qué crees que se debe el cambio?
- d) ¿Cómo trabaja usted con el paciente terminal desempeñando el papel de cuidador y técnico, administrativo exigido por la profesión?

### **5. Relación con los familiares**

- a) ¿Suele relacionarse con familiares? ¿Cómo es la relación con los familiares de sus pacientes?
- b) Cuando se muere un paciente, ¿Cómo reacciona usted ante su familia?
- c) ¿Qué dificultades ve en la relación con los familiares de pacientes terminales?
- d) Relación con familiar de paciente terminal.

### **6. Contacto con la muerte**

- a) Cuando se muere algún paciente, ¿cuáles son los procedimientos que desarrolla usted?
- b) ¿Qué reacciones reconoce que aparecen en usted cuando sabe que el paciente que atiende no tiene curación?
- c) ¿Cómo le afecta el sufrimiento y la muerte de un paciente? ¿Qué sentimientos tiene ante el sufrimiento y muerte de un paciente?

### **7. Recursos y estrategias de afrontamiento**

- a) Por su experiencia profesional ¿qué estrategias cree que ha desarrollado para cuidar de pacientes terminales? ¿Hay alguna estrategia puntual?
- b) ¿Qué recursos personales moviliza usted para atender a las familias de pacientes terminales?
- c) ¿Cómo consigue manejar sus cuestiones emocionales frente al proceso de morir puesto que es una constante en su práctica laboral?
- d) ¿Qué dificultades encuentra para manejar la expresión de sentimientos del paciente y su familia?
- e) Sobre los sentimientos que genera, ¿suele compartir con otras personas? ¿Con quién las comparte?
- f) ¿Cómo cree o si cree que el tiempo que lleva trabajando en el servicio influye en el pensar sobre la muerte y en la atención a pacientes en proceso de morir?

### **8. Valoración**

- a) Valoraciones y acciones de mejora.

## **GUIÓN DE ENTREVISTA (Médicos)**

### **1. Dificultades en el trabajo del médico**

- a) ¿Cuáles son las dificultades que tiene en vuestro trabajo diario?
- b) ¿Estas dificultades suelen ser rutinarias?
- c) Entre estas dificultades ¿consigue percibir las que son del punto de vista emocional o psicológico y las que son del punto de vista asistencial?
- d) ¿Ve como una dificultad el contacto con pacientes en proceso de muerte?

### **2. Concepto de muerte**

- a) ¿Cómo usted comprende el concepto de muerte?
- b) Y ¿el concepto de muerte en el contexto hospitalario?
- c) ¿Su concepto de muerte está basado en su formación personal y/o profesional?
- d) ¿Ha reflexionado sobre su propia muerte?

### **3. Formación**

- a) ¿Qué influencia cree usted que tiene su formación sobre sus creencias sobre la muerte?
- b) ¿Piensa que se les prepara para trabajar con el proceso de morir?
- c) ¿Ve necesidades de orientación y formación sobre esta temática?

### **4. Relación con el paciente**

- a) ¿Cómo es la carga de trabajo de usted? Y ¿Sobre las nuevas tecnologías? ¿Hay suficiente personal en el servicio?
- b) ¿Establece una dependencia emocional con el paciente?
- c) ¿Qué tipo de relaciones establece con sus pacientes? Y, ¿con los terminales cambia la forma que relacionas con ellos? ¿A qué crees que se debe el cambio?

### **5. Relación con los familiares**

- a) ¿Suele relacionarse con familiares? ¿Cómo es la relación con los familiares de sus pacientes?
- b) Cuando se muere un paciente, ¿Cómo reacciona usted ante su familia?
- c) ¿Qué dificultades ve en la relación con los familiares de pacientes terminales?

d) Relación con familiar de paciente terminal.

### **6. Contacto con la muerte**

- a) Cuando se muere algún paciente, ¿cuáles son los procedimientos que desarrolla usted?
- b) ¿Qué reacciones reconoce que aparecen en usted cuando sabe que el paciente que atiende no tiene curación?
- c) ¿Cómo le afecta el sufrimiento y la muerte de un paciente? ¿Qué sentimientos tiene ante el sufrimiento y muerte de un paciente?

### **7. Recursos y estrategias de afrontamiento**

- a) Por su experiencia profesional ¿qué estrategias cree que ha desarrollado para cuidar de pacientes terminales? ¿Hay alguna estrategia puntual?
- b) ¿Qué recursos personales moviliza usted para atender a las familias de pacientes terminales?
- c) ¿Cómo consigue manejar sus cuestiones emocionales frente al proceso de morir puesto que es una constante en su práctica laboral?
- d) ¿Qué dificultades encuentra para manejar la expresión de sentimientos del paciente y su familia?
- e) Sobre los sentimientos que genera, ¿suele compartir con otras personas? ¿Con quién las comparte?
- f) ¿Cómo cree o si cree que el tiempo que lleva trabajando en el servicio influye en el pensar sobre la muerte y en la atención a pacientes en proceso de morir?

### **8. Valoración**

- a) Valoraciones y acciones de mejora.

## **GUIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN**

### **(Supervisores de enfermería)**

#### **1. Pregunta general**

- a) ¿Cuáles son las dificultades que tenéis en vuestro trabajo diario?
- b) ¿Estas dificultades suelen ser rutinarias?
- c) Entre estas dificultades ¿conseguís percibir las que son del punto de vista emocional o psicológico y las que son del punto de vista asistencial?
- d) ¿Veis como una dificultad el contacto con pacientes en proceso de muerte?

#### **2. Concepción de la muerte**

- a) ¿Cómo ustedes comprenden el concepto de muerte?
- b) Y ¿el concepto de muerte en el contexto hospitalario?
- c) ¿Su concepto de muerte está basado en su formación personal y/o profesional?
- d) ¿Ha reflexionado sobre su propia muerte?

#### **3. Formación**

- a) ¿Qué influencia creen ustedes que tiene su formación sobre sus creencias sobre la muerte?
- b) ¿Pensáis que se les prepara para trabajar con el proceso de morir?
- c) ¿Veis necesidades de orientación y formación sobre esta temática?

#### **4. Relación con el paciente**

- a) ¿Cómo es la carga de trabajo de vosotros? Y ¿Sobre las nuevas tecnologías? ¿Hay suficiente personal en el servicio?
- b) Se percibe que tienen ustedes un contacto directo y constante con los pacientes debido a la carga de trabajo y la tarea administrativa que tienen que desarrollar. ¿Qué piensan y opinan de eso? ¿Este hecho hace con que establezcan una dependencia emocional con el paciente?
- c) ¿Qué tipo de relaciones estableceréis con sus pacientes? Y, ¿con los terminales cambia la forma en que os relacionáis con ellos? ¿A qué creéis que se debe el cambio?

d) ¿Cómo trabajan ustedes con el paciente terminal desempeñando el papel de cuidador y técnico, administrativo exigido por la profesión?

### **5. Relación con los familiares**

a) ¿Suelen relacionarse con familiares? ¿Cómo es la relación con los familiares de sus pacientes?

b) Cuando se muere un paciente, ¿Cómo reaccionáis vosotros ante su familia?

c) ¿Qué dificultades veis en la relación con los familiares de pacientes terminales?

d) Relación con familiar de paciente terminal.

### **6. Contacto con la muerte**

a) Cuando se muere algún paciente, ¿cuáles son los procedimientos que desarrolla usted?

b) ¿Qué reacciones reconoce que aparecen en usted cuando sabe que el paciente que atiende no tiene curación?

c) ¿Cómo le afecta el sufrimiento y la muerte de un paciente? ¿Qué sentimientos tiene ante el sufrimiento y muerte de un paciente?

### **7. Recursos y estrategias de afrontamiento**

a) Por vuestra experiencia profesional ¿qué estrategias creéis que habéis desarrollado para cuidar de pacientes terminales?

b) ¿Qué recursos personales movilizan ustedes para atender a las familias de pacientes terminales?

c) ¿Cómo conseguís manejar vuestras cuestiones emocionales frente al proceso de morir puesto que es una constante en la práctica laboral de vosotros?

d) ¿Qué dificultades encontráis para manejar la expresión de sentimientos del paciente y su familia?

e) Sobre los sentimientos que genera, ¿suelen compartir con otras personas? ¿Con quién los comparten?

### **8. Valoración**

a) Valoraciones y acciones de mejora.

Las Palmas de Gran Canaria, a 10 de diciembre de 2008

D<sup>a</sup>. ELUA CUNHA, con NIE número \_\_\_\_\_, doctoranda del curso “Psicología de la Salud” del Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, que se encuentra desarrollando la investigación titulada “*El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria*”, como parte de su tesis doctoral,

SOLICITA:

Autorización de acceso al Complejo Hospitalario Materno-Infantil-Insular con el fin de desarrollar el trabajo de campo de la mencionada tesis que se prevé efectuar durante los cursos académicos 2008/2011, y permiso para la realización de entrevistas semiestructuradas al personal sanitario (médicos, enfermeras y auxiliares) que voluntariamente deseen participar, en aquellos servicios en los que existe una mayor distribución de tasa de mortalidad. Para ello, también se solicita autorización para disponer y utilizar los datos genéricos que permitan conocer los servicios específicos donde la mayor distribución de tasa de mortalidad esté presente. Para un conocimiento más detallado de la mencionada tesis doctoral y sus objetivos, se adjunta el protocolo de investigación previsto para la misma.

Quedando a disposición para cualquier aclaración que estimen oportuna, se despide atentamente.

Elua Cunha





### FORMACIÓN CONTINUADA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR- MATERNO INFANTIL

En relación a su solicitud de autorización para la realización de actividades de recolección de datos en este Complejo Hospitalario Universitario con destino a cumplimentar el proyecto de investigación: "Implicaciones psicológicas ante el proceso de morir en los profesionales sanitarios de Gran Canaria", destinado a la realización del curso de doctorado "Psicología de la Salud" del Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Se viene autorizar dichas actividades a D<sup>a</sup>: Elua Cunha con NIE X8748733-Q, dentro de las siguientes condiciones:

1. No interferencia en la actividad asistencial de las unidades, respetando las normas de funcionamiento interno de este centro
2. Deberá contactar con los Jefes de Servicios de dichas Unidades o Supervisores correspondientes donde se vaya a realizar las encuestas. Quien indicará las posibilidades horarias para dichas encuestas.
3. Deberá comunicar que servicios serán los encuestados, con objeto de realizar carta de presentación a los mismos.
4. Si existiera encuestas a apacientes, nos lo deberá comunicar previamente, pues cumplirá con las normas que protegen los derechos de los pacientes y la confidencialidad de cualquier dato sobre la salud de los mismos, en los términos establecidos en la Ley Orgánica Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias



5. Respeto de los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina.
6. Comunicación de las variaciones en el plan de trabajo e incidencias que pudiesen surgir.
7. Deberá entregar informe final de conclusiones obtenidas
8. El Complejo hospitalario está Exento si existiera algún accidente, pues no existe vínculo laboral alguno



José Montesdeoca Santana

Responsable de la Unidad de Formación Continuada

Las Palmas de Gran Canaria, 26 de Marzo de 2009

Anexo IV. Autorización de las gerencias hospitalarias

Servicio  
Canario de la Salud  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN



Las Palmas de Gran Canaria, a 23 de marzo de 2009

DE: DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

A: DIRECCIÓN GERENCIA

N/ref.: CPSR/megr

Asunto: TESIS DOCTORAL

Tras entrevista con D<sup>a</sup> Elua Cunha, en relación al desarrollo de trabajo de campo para la realización de tesis doctoral en el programa de doctorado "Psicología de la Salud", considero dar el V<sup>o</sup>B<sup>a</sup> para la realización de grupos y entrevistas en este Hospital.

Solicito por tanto visto bueno por parte de esa Dirección Gerencia.

Sin otro particular, atentamente.

  
DIRECTORA DE ENFERMERÍA  
Dña Sánchez Reyes

  
DIRECTOR GERENTE  
D. Sebastián Pelayo Masco

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín  
Dirección de Enfermería  
Barranco de la Ballena, s/n  
35010 - Las Palmas de Gran Canaria  
Telf.: 928 45 01 74 Fax: 928 44 00 00

D<sup>a</sup>. ELUA CUNHA, doctoranda del curso “Psicología de la Salud” del Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria,

EXPONE: que se encuentra desarrollando la investigación, dirigida por la Dra. D<sup>a</sup>. JOSEFA MARIA RAMAL LÓPEZ, profesora titular de Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, sobre “las implicaciones ante el proceso de morir, en los profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de Gran Canaria”, como parte de su tesis doctoral. La propuesta de investigación ha recibido el visto bueno por parte de la Unidad de Investigación del referido hospital, para desarrollar el trabajo de campo de la tesis que se prevé efectuar durante el curso académico de 2009/2010. En concreto, se plantea realizar grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) que voluntariamente deseen participar, en aquellos servicios en los que existe una mayor distribución de tasa de mortalidad. Para tal procedimiento, se asegura que todos los datos de la investigación recogidos atenderán el anonimato de las personas participantes en este trabajo; y

SOLICITA: la colaboración del Jefe de Sección y del Supervisor de Enfermería de los servicios especificados considerados informantes claves y facilitando la inserción de la investigadora en los servicios a fin de conocer el desarrollo del trabajo en los mismos y favoreciendo el acercamiento a los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en este entorno.

Quedando a disposición para cualquier aclaración que estimen oportuna, se despide atentamente.

Elua Cunha



Las Palmas de Gran Canaria

**Nota informativa** para los participantes en la investigación que lleva por título: **“El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria”**.

- Antes de empezar la entrevista o el grupo de discusión, se explicará de forma clara y objetiva todas las informaciones pertinentes a la recogida de datos y se solicitará al participante que rellene una **“Encuesta sobre Características Socio-Demográficas y Profesionales”** y firme una **“Declaración de Consentimiento Informado”**.
- El informante participará voluntariamente en las mediciones de los experimentos y procedimientos necesarios en este trabajo de investigación.
- La entrevista procederá de modo individual, en un ambiente silencioso y con el auxilio de una grabadora de voz.
- El grupo de discusión procederá de modo colectivo, en un ambiente silencioso y con el auxilio de una grabadora de voz.
- Se asegura a todos los participantes de esta investigación que los datos personales serán tratados de forma anónima.
- El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento que así lo solicite durante la entrevista o el grupo de discusión.

### **Declaración de Consentimiento Informado**

Declaro que fui informado sobre todos los procedimientos de la investigación que lleva por nombre: **“El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria”**. Que recibí, de forma clara y objetiva todas las explicaciones pertinentes a la misma y se me aseguró que todos los datos personales serán tratados de forma anónima. Comprendo y acepto ser sujeto de estudio de las mediciones de los experimentos y procedimientos necesarios en este trabajo de investigación.

Declaro que fui informado de todos los detalles y que me puedo retirar del estudio en cualquier momento que así lo solicite.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Gran Canaria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Firma: \_\_\_\_\_

Nota: Todos los datos de la investigación serán recogidos asegurando el anonimato de las personas participantes en este estudio.

Anexo VIII. Encuesta características socio-demográficos y profesionales

<b>Características socio-demográficas y profesionales</b>	
Informante:	
Edad:	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estado civil:	
Hijos	Sí <input type="checkbox"/> Edad hijos: <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>
Antigüedad profesional	<input type="text"/>
Servicio actual	<input type="text"/>
Antigüedad en el servicio	<input type="text"/>
Tipo de contrato	<input type="text"/>
Horario	<input type="text"/>
Otros servicios trabajados:	Tiempo de actuación:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros estudios:	
<input type="text"/>	

Tabla Caracterización de los informantes

		Edad	Sexo	Estado civil	Hijo/ Edad	Antigüedad profesional	Servicio actual	Antigüedad en el servicio	Tipo de contrato	Turno	Otros servicios/ Tiempo	Otros estudios
Auxiliar de enfermería	1	43 años	H	S	Sí/ 9 años	15 años	Oncología	9 años	Interino	Matutino	- Medicina Interna/ 5 años.	X
	2	32 años	M	C	Sí/ 7 años	8 años	Oncología	4 meses	Temporal	Matutino	- Consulta externa/ 7 meses. - Residencia de mayores/ 5 años.	X
	3	44 años	M	C	Sí/ 15 años	20 años	Digestivo	17 años	Fijo	Matutino	- Oncología, Paliativos, Medicina interna/ 3 años.	X
	4	40 años	M	C	Sí/ 6 años	12 años	Digestivo	3 años	Interino	Rotatorio	- Psiquiatría/ 7 meses.	X
	5	34 años	M	C	Sí/ 8 y 3 años	12 años	Paliativos	9 meses	Temporal	Rotatorio	- Geriatria/ 7 años. - Cirugía/ 2 años. - Oncología/ 18 meses.	X
	6	46 años	M	C	Sí/ 25 y 20 años	6 años	Paliativos	1 año	Temporal	Matutino	- Consulta externa/ 1 año. - Urg. y cirugía/ 6 meses.	X
	7	42 años	M	C	Sí/ 11 años	8 años	Medicina Interna	9 meses	Temporal	Rotatorio	- Neonatos/ 3 años. - Donantes/ 3 meses. - Urg. pediatría/ 2 meses.	X
	8	47 años	M	C	Sí/ 20 y 21 años	25 años	Medicina Interna	14 años	Fijo	Matutino	X	X
	9	45 años	H	C	Sí/ 12 años	20 años	Oncología	11 años	Fijo	Rotatorio	-Neonatos/ 5 años.	X
	10	43 años	M	C	Sí/ 13 y 19 años	20 años	Medicina Interna	9 años	Interino	Rotatorio	- Geriatria/ 5 años. - Cirugía/ 1 año.	X
	11	56 años	M	C	Sí/ 34 y 38 años	21 años	Oncología	19 años	Fijo	Rotatorio	- Urgencia/ 1 año. - UMI/ 9 meses.	X
	12	52 años	M	V	Sí/ 25 y 27 años	30 años	Medicina Interna	2 años y 6 meses.	Interino	Rotatorio	- Geriatria/ 21 años.	X
	13	43 años	M	C	Sí/ 12 y 15 años	21 años	Paliativos	8 años	Fijo	Rotatorio	- Esterilización/ 12 años. - Prematuros/ 6 meses.	X
	14	56 años	M	C	Sí/ 37 años	15 años	Paliativos	4 años	Interino	Rotatorio	Geriatria/ 10 años.	X
	15	39 años	M	C	Sí/ 8 años	15 años	Digestivo	8 años	Fijo	Rotatorio	- Consulta externa/ 3 años. - UMI/1 año y 3 meses. - UMI Infantil/ 1 año.	X
	16	39 años	M	C	Sí/ 2 años	14 años	Digestivo	3 años y 6 meses	Interino	Rotatorio	- Geriatria/ 8 años. - UMI/ 2 años. - Traumatología/ 8 meses.	X

(Cont.) Tabla Caracterización de los informantes

		Edad	Sexo	Estado civil	Hijo/Edad	Antigüedad profesional	Servicio actual	Antigüedad en el servicio	Tipo de contrato	Turno	Otros servicios/ Tiempo	Otros estudios
Enfermero	1	40 años	M	D	Sí/ 6 y 10 años	20 años	Digestivo	20 años	Fijo	M	X	- Orientadora enfermería.
	2	40 años	M	S	No	16 años	Paliativos	16 años	Fijo	R	X	- Post grado en oncología.
	3	28 años	M	S	No	6 años	Oncología	1 año y 7 meses	Temporal	M	- Neurología/ 1 año y 6 meses. - Digestivo/ 1 año.	X
	4	35 años	M	C	Sí/ 2 y 4 años.	13 años	Oncología	8 años	Interino	R	- Medicina interna/ 3 años. - Urgencia/ 1 año. - UMI/ 5 meses.	- Enfermería psiquiátrica. - Antropología.
	5	28 años	M	S	No	4 años	Digestivo	3 años	Temporal	R	- Atención primaria/ 1 año. - Materno/ 2 meses.	X
	6	31 años	M	C	No	7 años	Paliativos	7 meses	Interino	R	- UCP Domicilio/ 6 años.	X
	7	47 años	M	D	Sí/ 24 y 28 años.	10 años	Medicina Interna	4 años	Interino	R	- Neuro-Nefro-Neumo/ 3 años. - Cirugía/ 1 año. - Urgencias/ 11 meses.	X
	8	32 años	M	S	No	6 años	Medicina Interna	2 años	Temporal	R	- Geriátrica/ 4 años	- Auxiliar de enfermería.
	9	46 años	M	C	Sí/ 10 años	20 años	Oncología	20 años	Fijo	R	X	X
	10	46 años	M	D	Sí/ 11 y 12 años	20 años	Oncología	20 años	Fijo	M	X	- Post grado en oncología.
	11	38 años	M	C	Sí/ 1,4 y 7 años	16 años	Medicina Interna	9 años	Interino	M	- Atención primaria/ 7 años. - Materno-Infantil/ 18 meses.	X
	12	35 años	M	C	Sí/ 5 años	10 años	Medicina Interna	6 años	Interino	R	- Oncología/ 1 año. - Endocrino/ 1 año. - Paliativos/ 1 año.	- Auxiliar de enfermería.
	13	34 años	M	C	Sí/ 21 meses	8 años	Paliativos	2 años	Temporal	M	- Rayos-Scanner/ 2 años. - At. primaria/ 1 año y 6 meses. - Medicina Interna/ 6 meses.	X
	14	40 años	M	C	Sí/ 3 y 9 años	16 años	Paliativos	16 años	Fijo	R	X	X
	15	29 años	H	S	No	9 años	Digestivo	1 año y 6 meses	Temporal	R	- Paliativos/ 2 años. - Medicina Interna/ 2 años. - Cirugía/ 2 años.	X
	16	30 años	M	C	No	8 años	Digestivo	1 año	Temporal	R	- Paliativos/ 1 año. - Medicina Interna/ 1 año. - Rehabilitación/ 1 año.	X

(Cont.) Tabla Caracterización de los informantes

	Edad	Sexo	Estado civil	Hijo/ Edad	Antigüedad profesional	Servicio actual	Antigüedad en el servicio	Tipo de contrato	Turno	Otros servicios/ Tiempo	Otros estudios	
<b>Médico</b>	<b>1</b>	53 años	H	C	Sí/ 17, 23 y 24 años	29 años	Oncología	17 años	Fijo	M	- Medicina general/ 3 años.	X
	<b>2</b>	31 años	M	C	No	5 años	Paliativos	3 meses	Temporal	M	- Atención primaria/ 4 años y 8 meses.	X
	<b>3</b>	49 años	H	C	No	23 años	Paliativos	12 años	Fijo	M	- Atención primaria/ 6 años. - Geriátrica/ 5 años.	- Máster: cuidado paliativo
	<b>4</b>	36 años	M	S	No	7 años	Paliativos	1 año	Temporal	M	- Atención primaria/ 5 años. - Salud Laboral/ 1 año.	X
	<b>5</b>	30 años	M	S	No	6 años	Digestivo	6 años	Temporal	M	X	X
	<b>6</b>	37 años	M	S	Sí/ 1 año	10 años	Digestivo	10 años	Temporal	M	X	X
	<b>7</b>	55 años	H	C	Sí/ 20 y 21 años	25 años	Oncología	20 años	Indefinido	M	- Hospital clínico/ 5 años	X
	<b>8</b>	36 años	H	C	Sí/ 6 y 8 años	6 años	Medicina Interna	6 años	Interino	M	X	X
	<b>9</b>	47 años	M	C	No	22 años	Medicina Interna	19 años	Fijo	M	X	X
	<b>10</b>	53 años	M	C	Sí/ 16 y 25 años	18 años	Paliativos	18 años	Interino	M	- Atención primaria.	X
	<b>11</b>	50 años	H	C	Sí/ 22 años	25 años	Paliativos	20 años	Interino	M	- Atención primaria/ 2 años	- Máster: bioética; y medicina paliativa.
	<b>12</b>	45 años	H	C	No	15 años	Medicina Interna	10 años	Temporal	M	X	X
	<b>13</b>	32 años	H	S	No	7 años	Medicina Interna	7 años	Temporal	M	- Urgencias/ 2 meses.	-Psicología.
	<b>14</b>	30 años	M	S	No	6 años	Digestivo	6 años	Temporal	M	X	X
	<b>15</b>	34 años	H	S	Sí/ 1 año	10 años	Digestivo	10 años	Interino	M	X	X
	<b>16</b>	55 años	H	C	Sí/ 25 años	28 años	Oncología	20 años	Fijo	M	X	X
	<b>17</b>	35 años	H	C	Sí/ 1 y 6 años	12 años	Oncología	12 años	Interino	M	X	X

(Cont.) Tabla Caracterización de los informantes

	Edad	Sexo	Estado civil	Hijo/Edad	Antigüedad profesional	Servicio actual	Antigüedad en el servicio	Tipo de contrato	Turno	Otros servicios/ Tiempo	Otros estudios	
Supervisor de enfermería	1	37	M	S	No	15 años	Paliativos	2 años	Fijo	M	- Medicina Interna / 11 años	X
	2	54 años	M	D	Sí/ 29 y 35 años	20 años	Paliativos	2, 5 años	Fijo	M	- Urgencias/ 8 años - Supervisora general/ 7 años. - Medulares/ 3 años.	X
	3	38 años	M	C	Sí/ 3 años	17 años	Oncología	11 años	Fijo	M	- Medicina interna / 6 años	X
	4	35 años	H	C	Sí/ 4 y 7 años	12 años	Medicina Interna	11 años	Interino	M	- UMI/ 6 meses. - Urgencias/ 6 meses.	X
	5	43 años	M	C	No	22 años	Medicina Interna	10 meses	Fijo	M	- Cardiología/ 10 años. - Digestivo/ 10 años.	X
	6	49 años	M	C	Sí/ 16 y 23 años	28 años	Digestivo	20 años	Fijo	M	- Cardiología/ 8 años.	X
	7	35 años	M	C	Sí/ 4 y 9 años	14 años	Paliativos	3,5 años	Interino	M	- Ginecología/ 7 años. - Medicina Interna/ 3 años. - Geriátrica/ 4 meses.	X
	8	51 años	M	C	No	26 años	Oncología	11 años	Fijo	M	- Medicina Interna/ 7 años. - Laboratorio/ 5 años. - Ginecología/ 2 años.	X
	9	38 años	M	S	Sí/ 4 y 5 años	16 años	Medicina Interna	10 años	Interino	M	X	X
	10	50 años	H	C	Sí/ 19 años	16 años	Medicina Interna	11 años	Fijo	M	- Materno- Lactante/ 5 años.	X
	11	48 años	M	C	Sí/ 15 años	22 años	Medicina Interna	22 años	Fijo	M	X	X
	12	42 años	M	S	No	21 años	Digestivo	2,5 años	Fijo	M	- Cardiología/ 13 años. - UMI/ 4 años.	X

## Query Report

---

HU: Análisis Entrevistas  
File: [D:\Documentos\ELUA\Mis Unidades Hermenéuticas\Análisis Entrevistas.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 23/01/12 10:35:26

---

Global selection criteria:  
All

49 Primary Docs in query:

57 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):  
"rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar"

---

**P 1: Auxiliar 5.rtf - 1:23 [Yo normalmente lo único que te..] (20:20) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo, normalmente, lo único que tengo es intentar desconectar cuando salgo de aquí.

**P 1: Auxiliar 5.rtf - 1:31 [Intentar como que, cuando sale..] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Intentar como que, cuando sales de aquí, dejarlo todo aquí. Sería como una estrategia también. Como que, en el trabajo las cosas del trabajo, y fuera por mí.

**P 1: Auxiliar 5.rtf - 1:35 [cuando salgo de aquí desconect..] (27:27) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Cuando salgo de aquí, desconectar y hacer tu vida.

**P 3: Auxiliar 7.rtf - 3:55 [Ahora la única estrategia, cua..] (20:20) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Ahora la única estrategia, cuando sales de trabajar, procurar olvidarte que trabajara aquí.

**P 5: Auxiliar 9.rtf - 5:32 [Pero he aprendido como que, lo..] (13:13) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero he aprendido como que, lo dejo aquí y eso a mí no me toca, no me corresponde y el día que me pase a mí ya veré como lo soluciono. Pero no me puedo estar angustiando por cosas que a mí no me corresponde, porque no me lo puedo llevar para mi casa, con mis hijos, con mi familia, ¿entiende? Intento desconectar cuando vengo a trabajar e intento a ayudar a la familia lo que pueda, intento al paciente todo lo que pueda, pero intento después salir, ponerme el bolso y ya soy otra.

**P 6: Auxiliar 13.rtf - 6:12 [Yo en cuanto salgo del hospita..] (9:9) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo en cuanto salgo del hospital, desconecto, automáticamente.

**P 6: Auxiliar 13.rtf - 6:13 [No me llevo nada a casa. Tengo..] (9:9) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

No me llevo nada a casa. Tengo esa facilidad.

**P 6: Auxiliar 13.rtf - 6:34 [Vamos a ver, yo lo que sí teng..] (23:23) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Vamos a ver, yo lo que sí tengo claro, y me lo comentó un profesor, esto se queda aquí. Entonces, es muy, muy raro que yo diga algo en casa, como desahogo o como tema de conversación. Es muy raro, nunca, no suelo.

**P 6: Auxiliar 13.rtf - 6:36 [A mí eso no me lo llevo a casa..] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

A mí eso no me lo llevo a casa. Ni mi casa está aquí. Yo vengo a trabajar y no pienso.

**P 6: Auxiliar 13.rtf - 6:37 [Yo no sabía que iba a venir a ..] (26:26) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo no sabía que iba a venir a trabajar aquí. Pero, en ningún momento yo me derrumbé, no he llorado, ¡hombre! he sentido pena y lástima, pero en seguida, cambia el chip. *Risas.*

**P 7: Auxiliar 15.rtf - 7:24 [yo procuro cuando salgo de aqu..] (14:14) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo procuro cuando salgo de aquí, a dejar mi trabajo aquí. No llevarlo a mi casa.

**P 7: Auxiliar 15.rtf - 7:39 [No sé así algún tipo de ayuda,..] (23:23) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

No sé así algún tipo de ayuda, es que yo procuro dejar, cuando salgo por aquí, mi trabajo aquí.

**P 8: Auxiliar 16.rtf - 8:57 [porque todo es sufrimiento, es..] (24:24) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Porque todo es sufrimiento, eso es como un teatro, tú te metes aquí dentro y hablamos y hablamos y salimos fuera somos otras personas. Aquí somos otra. Eso es un drama, es un drama.

**P11: Auxiliar 21.rtf - 11:3 [Luego ya cuando sales por la p..] (3:3) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Luego ya cuando sales por la puerta, eso se queda atrás.

**P11: Auxiliar 21.rtf - 11:30 [y ya luego cuando, a lo mejor,..] (19:19) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

Y ya luego cuando, a lo mejor, vamos a la planta, eso se quedó aquí, y nos vamos a nuestras casas.

**P12: Auxiliar 22.rtf - 12:11 [Espero que no porque yo tengo ..] (4:4) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Espero que no porque yo tengo las cosas claras, vamos, yo misma a ver si cambio el chip. *Risas.*

**P12: Auxiliar 22.rtf - 12:26 [Pero cuando salgo de aquí inte..] (13:13) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero cuando salgo de aquí intento desconectar.

**P13: Auxiliar 25.rtf - 13:40 [o gente que no sabe descartar...] (11:11) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

O gente que no sabe descartar: este es mi trabajo y cuando me voy cambio el chip y yo estoy en mi casa.

**P13: Auxiliar 25.rtf - 13:55 [Yo procuro cuando me voy de aq..] (14:14) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo procuro cuando me voy de aquí, pues como tengo dos niñas, pues cuando llego a casa, a veces, pues procuro desconectar, yo trabajé mis siete horas aquí, aunque a veces uno se acuerde en casa de tal, pero no suelo.

**P13: Auxiliar 25.rtf - 13:84 [pues por lo menos olvidar. Hay..] (24:24) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pues por lo menos olvidar. Hay cosas que se queda uno en la cabeza. Pero uno intenta eso, borrar y bueno, y seguir para adelante.

**P14: Auxiliar 27.rtf - 14:37 [Hombre, aunque no quieras siem..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Hombre, aunque no quieras siempre piensas. Procuero que no.

**P16: Auxiliar 32.rtf - 16:23 [Porque, yo siempre digo, que s..] (17:17) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Porque, yo siempre digo, que si cada vez que se muere un paciente, estás pensando en lo qué haces, no trabajarías aquí. Desconectas.

**P17: Enfermero 1.rtf - 17:47 [Normalmente suelo apartar, cua..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Normalmente suelo apartar, cuando salgo del hospital, suelo apartar lo que es mi vida laboral con mi vida personal.

**P18: Enfermero 2.rtf - 18:20 [Pero yo salgo de aquí y se me ..] (9:9) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero yo salgo de aquí y se me borra, ¡vamos! Es que es así, una dependencia, pues en la verdad que no. Pero yo con eso quiero decir que yo sea dura ni nada, sino es que yo no, no puedes llevarte a todo lo de aquí.

**P18: Enfermero 2.rtf - 18:33 [No, yo realmente salgo del tra..] (15:15) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

No, yo realmente salgo del trabajo, y es que intento que no me afecte nada, yo no me llevo nada de aquí, a mí casa no llevo nada.

**P19: Enfermero 3.rtf - 19:15 [después intento, lo que es de ..] (9:9) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

## Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

Después intento, lo que es de aquí, lo que fuera del hospital, pues intento dejarlo aquí, pero a veces no puedo dejarlo.

### **P20: Enfermero 4.rtf - 20:41 [Yo creo que tengo mi strategi..] (23:23) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo creo que tengo mi estrategia, a mi me compensa mucho la vida que tengo fuera, es decir, yo cuando entro en el hospital tengo mi trabajo que es una seriedad y cuando salgo tengo la mía.

### **P22: Enfermero 11.rtf - 22:19 [Que digo yo, cuando salga por ..] (11:11) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Que digo yo, cuando salga por la puerta los pacientes se quedan aquí, no me los llevo a mi casa. Eso sí que intento mantenerlo bien, porque ¿sabes? fuera de aquí tengo mi vida. Entonces, no estaría bien por la persona vivir entorno, que yo lleve mí trabajo. Hay veces que sí, que ¡hombre! aquí, los meses que he estado aquí, no me ha pasado eso. Pero sí, cuando sea a domicilio a lo mejor, me lo llevaba algún paciente en la mente, a mi casa, ¿no? Eso sí que algunas veces me ha pasado.

### **P22: Enfermero 11.rtf - 22:38 [Intento eso, dejar aquí el pac..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Intento eso, dejar aquí el paciente e ir a casa y salir y relacionarme con el entorno, bueno, con mi familia, mi marido, mis amigos, mi hermana.

### **P23: Enfermero 12.rtf - 23:11 [Y cuando salgo de aquí, los pr..] (3:3) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Y cuando salgo de aquí, los problemas de aquí se quedan detrás de la puerta de aquí. Porque ni mi familia se merece que me lleve los problemas a casa, ni el paciente de aquí se merece que yo me traga los míos.

### **P24: Enfermero 14.rtf - 24:55 [Una vez que sales del hospital..] (20:20) (Super)**

Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Una vez que sales del hospital te desvinculas un poco.

**P25: Enfermero 18.rtf - 25:2 [porque uno ya aprende un poco ..] (3:3) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Porque uno ya aprende un poco a separar las cosas.

**P25: Enfermero 18.rtf - 25:56 [No. Intentar venir sin los pro..] (26:26) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

No. Intentar venir sin los problemas de mí casa. Intentar venir sin problemas ajenos y procurar no llevar mis problemas, malhumor, lo que sea, a mi trabajo. Porque con esa manera, pienso que puedes ayudarles, ¿no? Dejarlo todo fuera. Igual que cuando sales de aquí, dejar todo de aquí y volver a tu vida normal, ¿no?

**P25: Enfermero 18.rtf - 25:57 [la barrera] (27:27) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

La barrera.

**P26: Enfermero 19.rtf - 26:5 [Porque normalmente yo me voy d..] (3:3) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Porque normalmente yo me voy de aquí y desconecto de gente. Dejo el hospital y el trabajo, y luego mi vida aparte es otra cosa. Y no pienso en aquél paciente, ni en el otro, ni en nadie de mi trabajo.

**P28: Enfermero 24.rtf - 28:53 [No pensar. Risas. Lo dejo aquí..] (23:23) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

No pensar. *Risas*. Lo dejo aquí, intento no llevarme a la casa

**P28: Enfermero 24.rtf - 28:55 [Tomarme una tila para ver si c..] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Tomarme una tila para ver si contén mí tensión. *Risas*. Pero no, no pensar. Intento dejarlo y ya está.

**P29: Enfermero 26.rtf - 29:38 [Luego cuando me viene una idea..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Luego cuando me viene una idea así de ellos, pues intento quitármelas rápido, porque si no.

**P30: Enfermero 28.rtf - 30:26 [Sé salir de aquí y desconectar..] (15:15) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Sé salir de aquí y desconectarme.

**P30: Enfermero 28.rtf - 30:49 [Aunque nosotros libramos, pero..] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Aunque nosotros libramos, pero el hecho de librar, desconectar es muy importante en esta unidad, de salir y desconectar durante dos o tres días seguidos.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:2 [Pero bueno, hasta cierto punto..] (2:2) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero bueno, hasta cierto punto, ya aprendes a separar, ¿sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:64 [la vida diaria te hace ser] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

La vida diaria te hace ser.

**P35: Med 03.rtf - 35:20 [Lo que sí noto es que en algun..] (12:12) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Lo que sí noto es que en algunas, en muchas ocasiones, diría yo, necesito descanso, descanso. Explico, más de una vez me han dicho: por qué no tienes por la tarde otro. Digo: es porque yo no podría seguir viendo pacientes.

**P35: Med 03.rtf - 35:22 [te agotan no físicamente, te a..] (12:12) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Te agotan no físicamente, te agotan probablemente emocionalmente. Necesitas salir y desconectar emocionalmente del mundo de tus pacientes, de las guardias, que de repente has estado dos días completamente pendiente del hospital, de los pacientes ingresados, del busca, de llamar, resolver problemas, y sales físicamente cansado, y yo supongo que, vamos, supongo no, estoy seguro que es emocionalmente, te descargas, ¿no?

**P36: Med 04.rtf - 36:1 [normalmente acabo el trabajo y..] (2:2) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Normalmente acabo el trabajo y no suelo llevarme lo que llaman pacientes a casa, ¿no? Que alguna vez, vamos, algún caso así más con el que a lo mejor hayas implicado un poco más, más a nivel personal, pero vamos, muy rara vez, muy rara vez.

**P37: Med 05.rtf - 37:39 [Es que parece que no, pero te ..] (16:16) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Es que parece que no, pero te olvidas en seguida. *Risas.*

**P37: Med 05.rtf - 37:42 [Y que tienes más pacientes ahí..] (16:16) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

Y que tienes más pacientes ahí con más batallas y más historias, que te lleva a hacer: ¡pum! lo borras y ya está.

**P37: Med 05.rtf - 37:43 [Yo por ejemplo no trabajo en l..] (17:17) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo por ejemplo no trabajo en la privada porque estaría bastante, hay gente que tiene consulta privada por las tardes, yo no puedo, hay que desconectar, si no desconectas, en algún sitio vas a estar mal.

**P39: Med 07.rtf - 39:3 [Pero por lo demás yo procuro t..] (2:2) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero por lo demás yo procuro trabajar aquí y dejar el trabajo aquí, no llevar nada a casa y creo que eso sólo, que a evitar de alguna manera que se produzca un desajuste emocional o que tenga algún tipo de sobrecarga o estrés, o que repercuta en la familia.

**P40: Med 08.rtf - 40:30 [Sí, el olvidar, eso más bien, ..] (18:18) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Sí, el olvidar, eso más bien, yo creo que sí, que es suprimir. Ahí yo voy hablar si es que ya no hay nada qué hacer.

**P44: Med 12.rtf - 44:25 [he aprendido que a partir de l..] (14:14) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

He aprendido que a partir de las tres de la tarde, cuando salgo por la puerta, las olvido.

**P44: Med 12.rtf - 44:38 [Salgo a las tres de la tarde, ..] (20:20) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Salgo a las tres de la tarde, *risas*, y no es que me olvide porque, tengo que estudiar los casos en casa, si tengo algún caso difícil. Y bueno, la práctica habitual al final, los casos

Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

de todos los días, lo sabes manejar sin ningún problema, pero si encuentras algo difícil, pues siempre te hace ir a buscar algo que no sabes, ¿no?

**P44: Med 12.rtf - 44:43 [olvidarte de eso, no intentar ..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Olvidarte de eso, no intentar darle vueltas a la cabeza.

**P45: Med 13.rtf - 45:18 [yo no me llevo a casa, salvo c..] (11:11) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Yo no me llevo a casa, salvo casos excepcionales, puntuales, pero tengo muy claro que cuando yo salgo por la puerta yo no puedo dejar que mis emociones arrestan mi cerebro porque entonces mi cerebro funciona mal.

**P46: Med 14.rtf - 46:43 [Que realmente es por la tarde,..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Que realmente es por la tarde, cuando sales de aquí, es cuando intentas a lo mejor ya hacer algo que te guste y tal, con lo que sepas tú que vas a olvidarte un poco, ¿sabes?

**P46: Med 14.rtf - 46:45 [Y después a lo mejor si ya sab..] (21:21) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Y después a lo mejor si ya sabes que te ha afectado mucho y tal, hay veces que es verdad que estás parte de la tarde incluso pensando y eso, sí que intentas hacer algo antes del día siguiente, desconectar de alguna manera ¿sabes? o bien haciendo deportes o saliendo con alguien, con algún amigo o lo que sea, ¿sabes? algo que, para intentar no llegar a la mañana siguiente con el mismo pensamiento con el que te fuiste.

**P48: Med 16.rtf - 48:40 [Yo lo que hago es desconectar...] (18:18) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

## Anexo X. Respuestas de los informantes por categorías: entrevistas (un ejemplo)

Yo lo que hago es desconectar. Es una palabra que me gusta usarla mucho. Se desconecta. Y la controla mucha gente, a muchos de mis colegas, que desconecten. Trabajo es trabajo, después la casa es la casa, la familia es la familia. Entonces hay que desconectar. Yo, no me gusta llevarme el trabajo para mi casa.

## Query Report

---

HU: Análisis Grupos de Discusión

File: [D:\Documentos\ELUA\Mis Unidades Hermenéuticas\Análisis Grupos de Discusión.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 23/01/12 10:30:05

---

Global selection criteria:

All

2 Primary Docs in query:

7 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):

"rec. y estrat: desconectar"

---

**P 1: Grupo de Discusión 1.rtf - 1:120 [Pero cuando salgo intento olvi..] (254:254)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

Pero cuando salgo intento olvidarme de lo que es el hospital porque si no tampoco podría seguir viviendo tus cosas y tener tú vida.

**P 1: Grupo de Discusión 1.rtf - 1:158 [Y todavía me viene esa imagen,..] (400:403)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

Y todavía me viene esa imagen, ¿sabes? pero lo aparta, como otras cosas de tú vida particular, lo aparta también.

B - Sí, lo aparta también.

F - A la mochila.

C - Sí, a la mochila.

**P 1: Grupo de Discusión 1.rtf - 1:161 [D - yo intento desconectar ¿he..] (408:416)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

D - Yo intento desconectar ¿hein? Cuando salgo las tres de la tarde, intento al menos, lo intento, salir y tal...

B - Intentas desconectar....

C - Pero se te desborda...risas...

F - Yo intento, pero mismo así me conecto muchas veces....

B - Que ya el meter en la vida, día a día desconecta.

C - Ya desconectas...

F - Pero sí que viene flases.

B - Pero claro, yo por ejemplo también tengo recuerdos de cosas como ese caso que....

C - Se te queda gravado...

**P 1: Grupo de Discusión 1.rtf - 1:179 [Entonces tienes que salir de d..] (465:465)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

Entonces tienes que salir de donde sea y no volver a conectar eso hasta la próxima vez que entres otra vez ahí. Si no vas a acabar mal.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:57 [me voy a mí casa y me olvido d..] (215:215)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

Me voy a mí casa y me olvido de la persona que está ahí dentro.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:58 [E - yo no me lo voy a llevar a..] (217:217)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

Anexo XI. Respuestas de los informantes por categorías: grupos de discusión  
(un ejemplo)

No memos

E - Yo no me lo voy a llevar a mí casa el problema.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:61 [D - claro. Ya dices: yo no pue..] (229:231)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

D - Claro. Ya dices: yo no puedo adaptarlo a todo, y empiezas a desconectar. Es decir: no es que no te preocupe sino que cuando sales de aquí, desconectas...porque si no...

B - Desconectas, sí...

F - Claro, es que si no yo creo que no podríamos trabajar también...

**All (64) quotations from primary document: P32: Enfermero 31.rtf**  
**(D:\Documentos\ELUA\TESIS\Entrevistas\Enfermero 31.rtf)**

---

HU: Análisis Entrevistas  
File: [D:\Documentos\ELUA\Mis Unidades Hermenéuticas\Análisis Entrevistas.hpr5]  
Edited by: Super  
Date/Time: 23/01/12 13:27:31

---

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:1 [Hombre, siempre que tienes a u..] (2:2) (Super)**

Codes: [probl. emoc: llevan mucho tiempo ingresado]

No memos

Hombre, siempre que tienes a un paciente que está pachucho sobre todo, si tiene esa implicación que lleva bastante tiempo en la planta, sí te afecta.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:2 [Pero bueno, hasta cierto punto..] (2:2) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

Pero bueno, hasta cierto punto, ya aprendes a separar, ¿sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:3 [Ya estamos acostumbradas.] (2:2) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: se adapta, acostumbra, acomoda, ignora]

No memos

Ya estamos acostumbradas.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:4 [No, hombre, te llega un poco m..] (4:4) (Super)**

Codes: [probl. emoc: mucha cercanía al pct]

No memos

No, hombre, te llega un poco más porque has estado más tiempo o si suele ser más dilatado en el tiempo sí, porque les coge cariño.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:5 [hablas un poco con el compañer..] (4:4) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: compartir con compañeros]

No memos

Hablas un poco con el compañero y te acuerdas de él y ya está. ¿Sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:6 [Porque aquí normalmente son ge..] (4:4) (Super)**

Codes: [caract. del pct: jóvenes]

No memos

Porque aquí normalmente son gente más mayor, pero en paliativos te chocaba más porque eran gente joven, entonces ahí sí, sí que te ibas a casa y yo se lo notaba.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:7 [Son gente que ya lo ves venir,..] (4:4) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: con la experiencia ya se sabe que no hay mucho qué hacer]

No memos

Son gente que ya lo ves venir, se ve cómo van, que poco a poco no van para adelante y te vas haciendo a la idea de cuál es el final.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:8 [En muchos casos el descanso, e..] (6:6) (Super)**

Codes: [fund. técn: descanso]

No memos

En muchos casos el descanso, en muchos casos, sí. Son gente que llevan luchando mucho y luego también de paliativos hay gente que ya al final hasta veías que habían luchado mucho y ya ha descansado. En otras ocasiones no, porque vienen y es más repentino. Pero normalmente para mí la muerte muchas veces es un descanso. Concepto debido a mí práctica profesional, yo creo que sí. De yo personalmente, no. *Risas*. Pero cuando lo veo a ellos, yo creo que han descansado. Normalmente no lo veo como algo traumático, de hecho las familias descansan también. Son pacientes que han luchado mucho, están, ¿sabes? muchos ingresos, se les hacen muchas pruebas, a final acaban descansando.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:9 [yo no veo como algo que me ago..] (6:6) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: autoconvencimiento]

No memos

Yo no veo como algo que me agobie mucho, ¿sabes? Yo lo veo a ellos que descansan, que ya está, que ya han hecho bastante.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:10 [Yo tengo muchísimo miedo a la ..] (7:7) (Super)**

## Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Codes: [la prop muerte: miedo a la muerte]  
No memos

Yo tengo muchísimo miedo a la muerte, o sea, al dolor y a la muerte tengo terror.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:11 [y ya a nosotros lo que tiene q..] (7:7) (Super)**

Codes: [reacciones: evitar que sufra]  
No memos

Y ya a nosotros lo que tiene que hacer, y sobretodo que se mueran bien, no sufriendo ni nada.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:12 [Sí. Sí, que no sufra, que me s..] (8:8) (Super)**

Codes: [la prop muerte: miedo al sufrimiento]  
No memos

Sí. Sí, que no sufra, que me seden y que no me estén, ¿sabes? encarnizamiento terapéutico ni nada de eso. Que esté tranquila, si no hay nada que hacer, y eso. *Risas*. Lo tengo claro.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:13 [No. Yo estudié en Navarra y no..] (9:9) (Super)**

Codes: [formación: no hay formación]  
No memos

No. Yo estudié en Navarra y no. O sea, hasta que no te enfrentas a ellos no, no te enseñan suficiente, ni qué alternativas hay, ni las medicaciones. Te lo enseñan como algo oscuro, es una cosa que pasan un poco por encima. Entonces aquí es cuando ya ves la cruda realidad.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:14 [Tampoco todo mundo sirve para,..] (10:10) (Super)**

Codes: [papel prof: oncol y pal hace falta formación profesional y humana]  
No memos

Tampoco todo mundo sirve para, por lo menos en cuidados paliativos, todo mundo no puede estar ahí, que no tienen una formación, un determinado carácter.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:15 [Pero sí, yo creo que deberían ..] (10:10) (Super)**

Codes: [necesidades: formación para trabajar con pacientes en proceso de morir]

## Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

No memos

Pero sí, yo creo que deberían de hacer más hincapié. General en todo, no sólo en la muerte, que salimos un poco verdes. Pero, en ese aspecto sí. El trato, el cuidado, cómo tratarles, sobretodo eso en la fase final, hablar con la familia.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:16 [Eso no se ve, que va, yo no re..] (10:10) (Super)**

Codes: [formación: no hay formación]

No memos

Eso no se ve, que va, yo no recuerdo, vamos, una carrera que te dieran eso.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:17 [Eso también, aunque por mucho ..] (10:10) (Super)**

Codes: [dificultades: aprendes con el trabajo diario]

No memos

Eso también, aunque por mucho que lo estudies, luego te tienes que, luego te sale, ¿sabes? eso va un poco en la persona. Pero sí que dan cortos en los estudios, sí, sí.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:18 [Te enseñan mucha teoría pero l..] (10:10) (Super)**

Codes: [dificultades: teoría es diferente de la práctica]

No memos

Te enseñan mucha teoría pero luego de cara a la práctica, que es lo que nosotras hacemos, se quedan cojos.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:19 [Sí, hablamos, te cuentan cosas..] (11:11) (Super)**

Codes: [rel. emoc: actitud cercana]

No memos

Sí, hablamos, te cuentan cosas, les cuenta cosas, al final les conoces, al final pues estableces cierta relación, algo de conexión tienes, todos los días hablas un poco, y depende del tipo que tenga, pero en general sí, solemos hablar con ellos, mucho.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:20 [Sí, también. A veces es peor, ..] (12:12) (Super)**

Codes: [dif. en la rel: demandantes, te cargan]

No memos

Sí, también. A veces es peor, con la familia a veces es peor. Son muy demandantes

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:21 [en ciertos casos, tampoco es l..] (12:12) (Super)**

Codes: [la relación: normalmente se relaciona y bien, pero hay de todo]

No memos

En ciertos casos, tampoco es lo general. Pero sí, se suele hablar, el médico pasa cinco minutos le dice cuatro cosas y luego te viene a preguntar a ti, le explicas un poco más. Pero sí, sí se le habla.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:22 [Alguna vez sí, veo dificultad ..] (13:13) (Super)**

Codes: [dif. en la rel: demandantes, te cargan]

No memos

Alguna vez sí, veo dificultad con ellos, los familiares. Son gente que conocen mucho, pues a veces van ya y demandan cosas que están fuera de lugar o se adelantan antes del tiempo. Pero bueno, en general bien, no suele haber problemas.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:23 [Sí. Sí, totalmente, comparació..] (14:14) (Super)**

Codes: [papel prof: enf y aux, tienen más vínculos]

No memos

Sí. Sí, totalmente, comparación con el médico, sí. Sí porque es que estás todo el día con ellos. Y eso que nosotros hacemos rotatorio, que tampoco estamos todo el día aquí. Pero sí, porque suelen ser ingresos largos, si no vienes un turno, por las noche hablas un rato, por las tardes, pues sí que los conoces más, totalmente.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:24 [Y que los auxiliares también p..] (15:15) (Super)**

Codes: [papel prof: auxiliares están más tiempo]

No memos

Y que los auxiliares también pasan mucho rato con ellos, porque los bañan, les pasan la comida, yo creo que en contacto con el paciente, están más. Porque pasan al día, tres o cuatros veces por la habitación, nosotros solemos pasar una, y si son autónomos y poca cosa: hola qué tal, y a veces ni eso.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:25 [Pero te organizas el día y hac..] (15:15) (Super)**

Codes: [papel prof: mucho trabajo, al final, apoya al paciente]

No memos

Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Pero te organizas el día y haces lo que tienes que hacer y cuando tienes un hueco, pues, hablar. Hay veces que tienes más tiempo libre pues intentas hablar un poco más.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:26 [Pero vamos, que eso se hace to..] (15:15) (Super)**

Codes: [papel prof: enlazado, compaginado]

No memos

Pero vamos, que eso se hace todo ahí junto. *Risas*.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:27 [luego pues estás con la famili..] (16:16) (Super)**

Codes: [proced: apoyo a la familia]

No memos

Luego pues estás con la familia.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:28 [Si es algo esperado, hombre si..] (16:16) (Super)**

Codes: [caract. de la muerte: en proceso, pct se deteriorando-ya aceptas mejor]

No memos

Si es algo esperado, hombre siempre es doloroso, pero bueno, es bastante diferente si es una cosa que viene ya de días y que se está esperando, la familia está cansada ya y, en fin.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:29 [que cuando pasa pues si están ..] (16:16) (Super)**

Codes: [proced: apoyo a la familia]

No memos

Que cuando pasa pues, si están tranquilos, se les dan una tila, hablas un poco con ellos.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:30 [Y luego, pues nada, cuando ya ..] (16:16) (Super)**

Codes: [reacciones: sigue para adelante]

No memos

Y luego, pues nada, cuando ya está todo, el médico le ha visto, pues prepararlo y a otros, y a esperar que la cama esté para que venga el siguiente, es así, es frío, pero es así. La cabeza al final, dices: bueno pues ya está uno, una cama libre, ya vienen alguien de urgencias y otro, otra cosa.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:31 [¿Sabes? es como que hace el ce..] (16:16) (Super)**

Codes: [rec. punt: ignorar el emocional]

No memos

¿Sabes? es como que hace el cerebro ahí como: venga, pues otro. ¿Sabes? no estás todo el rato ahí: ay que pobre.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:32 [Yo supongo que también porque ..] (16:16) (Super)**

Codes: [tiempo de práctic: antes no tenía tácticas, el escudo]

No memos

Yo supongo que también porque llevamos ya tiempo. Yo cuando estoy con compañeras que están recién acabadas, sí que lo, como todas lo hemos pasado, te da más, te pones a pensar o más no sé, te afecta más.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:33 [Nosotros ya estamos acostumbra..] (16:16) (Super)**

Codes: [tiempo de práctic: se adapta, acostumbra, acomoda, ignora]

No memos

Nosotros ya estamos acostumbrados.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:34 [Sí, sí. Al principio era muy d..] (17:17) (Super)**

Codes: [tiempo de práctic: al principio era fatal]

No memos

Sí, sí. Al principio era muy duro.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:35 [luego ya vas asimilando y vien..] (17:17) (Super)**

Codes: [tiempo de práctic: se adapta, acostumbra, acomoda, ignora]

No memos

Luego ya vas asimilando y viendo que es una parte más de la vida, ¿sabes? Unos se van, unos se van de alta y otros se van a otro lado, y entonces pues, lo asumes.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:36 [Es una cosa que es parte del t..] (17:17) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: tener clara cuál es su profesión]

No memos

Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Es una cosa que es parte del trabajo, es que si no, no, ¿sabes? Cuando hicimos enfermería sabíamos lo que estaba ahí, la última parte que hay y que hay que llevar y es así.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:37 [Cuando empecé, pues sí, te lle..] (17:17) (Super)**

Codes: [tiempo de práctic: antes no tenía tácticas, el escudo]

No memos

Cuando empecé, pues sí, te llevaba más los problemas a casa.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:38 [Quiero decir, normal, como se ..] (17:17) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: autoconvencimiento]

No memos

Quiero decir, normal, como se ¿sabes? no hay nada qué hacer, pues bueno, pues ya descansa y es lo que hay.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:39 [Te da pena.] (18:18) (Super)**

Codes: [exp. de sent: es un sufrimiento]

No memos

Te da pena.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:40 [Te da pena, sobre todo si tení..] (18:18) (Super)**

Codes: [caract. de la muerte: pct reingresante]

No memos

Te da pena, sobre todo si tenías mucho roce. Pues yo me acuerdo un caso que estuvo esperando un hígado un montón de tiempo y yo sólo decía: que no se muera conmigo. Porque era un encanto de hombre, que no llegó al trasplante y yo sólo quería que no se me muriera porque me daba, porque sí que iba a estar fatal, porque les coge mucho cariño, y era un ingreso muy largo de meses y, ahí sí, con la mujer, con la familia, teníamos un trato, vamos, extraordinario.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:41 [Y yo lo que quería era que no ..] (18:18) (Super)**

Codes: [reacciones: espero que no me toque a mí]

No memos

Y yo lo que quería era que no se muriera conmigo.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:42 [Pero luego, en general no, int..] (18:18) (Super)**

Codes: [rel. prof: cercanía y apego, afecta más, es un error]

No memos

Pero luego, en general no, intentas tampoco estar, esos casos son raros, no te intentas implicar en exceso porque duele.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:43 [Entonces es, con algún caso qu..] (18:18) (Super)**

Codes: [caract. de la muerte: conexión, empatía]

No memos

Entonces es, con algún caso que te llega, y que hay gente que conectas más y pasas mucho tiempo y conectas, entonces eso sí que molesta.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:44 [Me dio pena, a mí cuando me di..] (18:18) (Super)**

Codes: [exp. de sent: es un sufrimiento]

No memos

Me dio pena, a mí cuando me dijeran que se había muerto, toda la planta se quedó hecha polvo.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:45 [Pero bueno, es así, lo sabíamos..] (18:18) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: lleva mucho tiempo, pero hay veces que parece que no lleva mucho, se bloquea]

No memos

Pero bueno, es así, lo sabíamos todos que iba a pasar, pero cuando pasa, pues duele.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:46 [De comentar algo en mí casa, t..] (19:19) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: compartir con familiares y amigos cercanos]

No memos

De comentar algo en mí casa, también con mi marido.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:47 [y aquí sí, con las compañeras ..] (19:19) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: compartir con compañeros]

No memos

## Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Y aquí sí, con las compañeras también en todos los turnos. Comentarle sí, pero de llorar y eso, no, aquí no.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:48 [Me desahogo con ellos también,..] (19:19) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: autoconvencimiento]

No memos

Me desahogo con ellos también, sobre todo en esos casos sí. Sobre todo para quedarte tú tranquilo de que él se quedó tranquilo y se fue tranquilo y la familia también.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:49 [Hombre, a veces te llevas cosa..] (20:20) (Super)**

Codes: [rel. prof: no suele pasar la línea del profesional]

No memos

Hombre, a veces te llevas cosas, porque es inevitable, así vas a casa y: pues mira lo que me pasó, pues mira. No sólo con la muerte, con todo. Pero bueno, supongo que estamos, ¿sabes? ahí como que recentrar el cerebro y que bueno, pues, hablas, te da pena, te acuerdas un par de días y ya está. De los casos que me han llegado. Nosotros, se murió y se murió, ¿sabes? no te implicas, ni te duele, ni nada. Pero hay casos que así, te han llegado, sí, te acuerdas.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:50 [Hablas con los compañeros, se ..] (20:20) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: compartir con compañeros]

No memos

Hablas con los compañeros, se lo comentas tal, cada uno dice lo que piensa y ya está.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:51 [y a seguir. Es que tampoco, a ..] (20:20) (Super)**

Codes: [rec. punt: ignorar el emocional]

No memos

Y a seguir. Es que tampoco, a veces no te da tiempo ni a pararte a, ya ha llegado y tal, te acuerdas y siempre se va a la habitación de ese paciente, pero sigues, no hay ninguna táctica ni técnica.

### **P32: Enfermero 31.rtf - 32:52 [Aquí en la planta no, en palia..] (21:21) (Super)**

Codes: [acciones y apoyo: sin psic. para el personal]

No memos

Aquí en la planta no, en paliativos sí hay una psicóloga. Pero aquí no.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:53 [Hay veces que te acuerdas y qu..] (21:21) (Super)**

Codes: [exp. de sent: injusticia]

No memos

Hay veces que te acuerdas y que dices: pues la vida es injusta.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:54 [Pero yo creo que sales con más..] (21:21) (Super)**

Codes: [rel. pct term: aprende y valora la vida]

No memos

Pero yo creo que sales con más ganas de vivir, con más ¿sabes? como que, hay que aprovechar el tiempo.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:55 [nunca se sabe cuando nos vamos..] (21:21) (Super)**

Codes: [reacciones: ponerse en el rol del paciente]

No memos

Nunca se sabe cuando nos vamos a estar en ese caso, ¿sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:56 [Yo, es que creo que esté tampo..] (22:22) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: se adapta, acostumbra, acomoda, ignora]

No memos

Yo, es que creo que esté tampoco, la gente lo vive como algo, nosotros lo vivimos como algo normal, yo creo. Igual viene alguien de fuera o alguien que no se dedica a esto y lo pasaría fatal. Pero nosotros vemos ¿sabes? es como algo normal, yo creo que lo vemos así, ¿sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:57 [¿Si podría hacer algo? Sí. Igu..] (22:22) (Super)**

Codes: [prop. de mejora: alguien para trabajar el emocional]

No memos

¿Si podría hacer algo? Sí. Igual sí, podría haber charlas o ir hablar.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:58 [Y bueno, pues lo que intentas ..] (22:22) (Super)**

Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Codes: [reacciones: evitar que sufra]

No memos

Y bueno, pues lo que intentas es que esté confortable y que descanse, y que no sufran en el momento final, y la familia tampoco.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:59 [Yo creo que en general todos e..] (23:23) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: se adapta, acostumbra, acomoda, ignora]

No memos

Yo creo que en general todos en enfermería estamos acostumbrados, que no lo vivimos como algo que te impida a seguir tú vida, ¿sabes?

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:60 [No sé, es una cosa que la vivi..] (23:23) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: no se implica emocionalmente, ya le hizo daño]

No memos

No sé, es una cosa que la vivimos, aprendes, al principio ya te llevas los tropezones de joven cuando empieza, luego ya te vas haciendo, no sé si más frío o haces callo ahí. Y es una cosa que la vives como parte de la vida, ¿sabes? una cosa que la vives como normal.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:61 [Nadie se para a preguntarte ta..] (25:25) (Super)**

Codes: [val. del tema: en el hosp. no se habla]

No memos

Nadie se para a preguntarte tampoco qué piensas tú o cómo te sientes tú o lo que sea, no sé. Es que la vida es, ¿sabes? corre, corre, corre y ya está. Y nadie te pregunta y tampoco hacen mucho hincapié.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:62 [Esto es corre, que ahí viene o..] (25:25) (Super)**

Codes: [reacciones: sigue para adelante]

No memos

Esto es corre, que ahí viene otro, ¿sabes? *Risas*. Hacer la cama rápido que viene el siguiente. Es que es así de crudo, pero es así.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:63 [Pero, bueno, hay caso que te l..] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: vías de escapatoria, establecer un límite]

No memos

## Anexo XII. Categorías presentes en cada entrevista (un ejemplo)

Pero, bueno, hay caso que te llegan, está claro. Lo que pasa, que luego, la vida diaria te hace ser, también ahí que cuenta, porque si te llevas importancia a los problemas, no puede ser. No avanzas, estaría todo el día pensando ahí.

**P32: Enfermero 31.rtf - 32:64 [la vida diaria te hace ser] (25:25) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: olvidar, desconectar, no pensar]

No memos

La vida diaria te hace ser.

**All (99) quotations from primary document: P 2: Grupo de Discusión 2.rtf  
(D:\Documentos\ELUA\TESIS\Grupos de Discusión\Grupo de Discusión 2.rtf)**

---

HU: Análisis Grupos de Discusión

File: [D:\Documentos\ELUA\Mis Unidades Hermenéuticas\Análisis Grupos de Discusión.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 23/01/12 13:36:02

---

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:1 [F - a mi me irrita, como a mi ..] (4:6) (Super)**

Codes: [probl. org: recursos humanos]

No memos

F - A mi me irrita, como a mi compañeras, el exceso de bajas...risas.

B - Los recursos humanos.

A - Los recursos humanos.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:2 [F - Exactamente. Y de recursos..] (7:15)  
(Super)**

Codes: [probl. org: trabajo multifuncional]

No memos

F - Exactamente. Y de recursos materiales me ponen negra, las impresoras que funcionan mal un día sí, otro también, otro también y otro también.

C - eres supervisora y eres técnico además.

Sí, Sí.

C - Yo no sabía, pero desde que soy supervisora soy técnico de un montón de cosa.

B - Sí, de mantenimiento y todo...

C - De mantenimiento, porque un montón de cosas que yo no sabía cómo funcionaban....

A - Y ahora sí....

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

C - Y de hecho mi forma de funcionar era: supervisora, no sé qué no funciona... que era mi anterior supervisora. A de repente me miran. ¿En qué momento aprendí yo a solucionar esto?

B - Todo el mundo recurre a ti para solucionarlo todo, o tu lo soluciones, claro, como eres la supervisora pues todos van a ti, alguien se queja y te lo mandan o eso...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:3 [A - pero yo creo que si nosotr..] (16:18)  
(Super)**

Codes: [probl. org: recursos humanos]

No memos

A - Pero yo creo que si nosotros no nos tuviéramos que encargar de la parte de los recursos humanos, yo creo que todos esos problemas no nos sentarían tan mal.

Sí, sí, para nada.

E - Yo creo que la parte fundamental que tenemos son los recursos humanos, a ti lo que te agobia es que alguien se te lo ponga de baja y no sabes con quién cubrirla...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:4 [D - sí, porque yo muchas veces..] (25:25)  
(Super)**

Codes: [probl. org: recursos humanos]

No memos

D - Sí, porque yo muchas veces, yo no sé si he pedido cinco agujas o veinte, es decir, qué haces cuando falta, vete a buscar la vida, ¿ahora cómo lo consigo? O bajas a la otra planta o llamas a alguien, pero los recursos humanos es lo que nos lleva...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:5 [F - lleva noventa por ciento d..] (26:26)  
(Super)**

Codes: [probl. org: recursos humanos]

No memos

F - Lleva noventa por ciento de nuestro tiempo...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:6 [B - sí, pero hombre, te afecta..] (30:30)  
(Super)**

Codes: [probl. emoc: jóvenes]

No memos

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

B - Sí, pero hombre, te afecta muchos casos de pacientes, unos así jóvenes, siempre te afecta un poquito.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:7 [C - a mi sí.... Hay muchos que n..] (33:33)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: mucho tiempo, pero asimismo hay casos que afecta]

No memos

C - A mi sí.... Hay muchos que no, pero hay veces es que no sabes cómo que creas un vínculo y ¿sabes? es horrible, si el paciente va mal o fallece, lo que sea, tú estás haciendo un duelo....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:8 [C - yo hoy no levanto cabeza p..] (36:36)  
(Super)**

Codes: [exp. de sent: fracaso]

No memos

C - Yo hoy no levanto cabeza porque se ha ido una paciente que lleva noventa y siete días en mi planta a UMI de vuelta. Y yo hoy estoy como que si el fracaso hubiera sido mío.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:9 [F - yo hace tiempo que eso no ..] (37:38)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: ya no afecta mucho]

No memos

F - Yo hace tiempo que eso no veo.... Muy puntualmente me han afectado unos, de hecho la última que me afectó estaba en interna.

B - Yo ya llevo muchos años con esto que ya no afecta así.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:10 [Te afecta porque, vamos, a mí ..] (38:38)  
(Super)**

Codes: [probl. emoc: jóvenes]

No memos

Te afecta porque, vamos, a mí me afecta eso, cuando es gente joven.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:11 [El otro se murió un chico muy ..] (38:38)  
(Super)**

Codes: [exp. de sent: pena]

No memos

El otro día se murió un chico muy jovencito. Pero, vamos, te afecta, te da mucha pena, piensas en la madre, lo mal que se lo ha tomado, que está pasando fatal... eso te da mucha pena.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:12 [pero sí es verdad que en la pl..] (39:39)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: mucho tiempo, pero asimismo hay casos que afecta]

No memos

Pero sí es verdad que en la planta todavía, a pesar de que la gente lleve muchos años trabajando, sobre todo cuando es alguien muy joven, la planta se reciente muchísimo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:13 [cuando es alguien muy joven, l..] (39:39)  
(Super)**

Codes: [probl. emoc: jóvenes]

No memos

Cuando es alguien muy joven, la planta se reciente muchísimo, la gente llama por teléfono por las tardes a ver cómo está al paciente, no sé cuánto, no sé qué.... y la planta se reciente igual que yo ¿no?

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:14 [Pero a mí por ejemplo, algo qu..] (39:43)  
(Super)**

Codes: [probl. emoc: conflictos con el personal]

No memos

Pero a mí por ejemplo, algo que yo me llevo a mi casa, es si tengo algún conflicto con alguien del personal de la planta. Eso a mí sí me influye emocionalmente. Estoy en mi casa dándome vueltas: a ver lo qué le digo mañana, cómo le digo, cómo lo hago o sobre todo si tengo que decirle porque no me quiero quedar callada, cómo se lo digo, cómo tal...A mí eso sí me influye en relación a mi puesto como supervisora. Me influye si yo tengo algún conflicto con alguien.

F - Sí, el tratar de convivir con tanta gente. Cómo convivir de forma justa con tanta gente distinta, cuando tú eres un poco el referente de todos ellos.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

E - Sí, y emocionalmente también te llevas los problemas de cada uno de ellos, porque muchas veces tú eres el confidente del problema gordo que tiene en ese momento.

F - Yo creo que a nosotros nos afecta más emocionalmente los conflictos con el personal, la relación con el personal, que con el paciente. Yo al menos con los pacientes, en general, no me siento ningún conflicto emocional.

Sí, sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:15 [No, no.] (48:48) (Super)**

Codes: [rel. prof: pct term, no ven dificultades]

No memos

No, no.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:16 [F - a mí, en general, cuando e..] (49:49) (Super)**

Codes: [caract. muerte: esperada, con sufrimiento, produce alivio]

No memos

F - A mí, en general, cuando es una muerte esperada, y supongo que ellos igual, es más, me produce alivio. Cuando el proceso de morir es el adecuado, el correcto, llega que el paciente muere en paz y sin dolor, a mí me produce alivio.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:17 [C - llega a establecer una rel..] (50:51) (Super)**

Codes: [caract. muerte: no esperada, fracaso]

No memos

C - Llega a establecer una relación personal incluso con la familia, a ellos se crea un vínculo muy positivo cuando el paciente muere bien y es una muerte esperada y la familia lo acepta. Es mucho más traumático cuando es una parada que no se espera y todo se descontrola.

Exactamente....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:18 [D - hombre, yo creo que el pro..] (52:54) (Super)**

Codes: [caract. muerte: pct joven es peor]

No memos

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

D - Hombre, yo creo que el problema de la muerte en nosotros, en nuestro tipo de paciente, exceptuando a lo mejor el servicio de oncología, es que son ancianos.... y esperamos, es un porcentaje importante de que eso suceda, con lo cual no... por lo menos a mí no me afecta tanto. A mí me afecto mucho por ejemplo yo cuando trabajaba en el materno con lactante, yo realmente me tuve que ir porque yo no lo soporté, no soportaba a ver un niño enfermo.

C - No, yo tampoco. Tampoco lo pudiera.

A - Yo por ejemplo ahí no puedo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:19 [D - yo creo que el planteamien..] (55:55)  
(Super)**

Codes: [caract. muerte: esperada, con sufrimiento, produce alivio]

No memos

D - Yo creo que el planteamiento es diferente ante la muerte, que un tipo de paciente que ya tú sabe que está llegando a su fin, y lo ves como más natural.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:20 [E - yo creo que influye la eda..] (59:69)  
(Super)**

Codes: [caract. muerte: no esperada, fracaso]

No memos

E - Yo creo que influye la edad y el tipo, cómo llegas al fallecimiento ¿sabes?

B - La gravedad...

E - Porque no es lo mismo cuando tú no te lo esperas y entras en una habitación y te encuentras al paciente muerto. No te quedas de la misma manera. Indistintamente de que lo veas mayor, de que sepa que se iba a morir, que no... pero no es igual cuando vives un poco el proceso a cuando tú entras y está muerto...

F - Claro, claro...

C - Te quedas fatal....

E - Ni por asomo igual, ¿sabes?... te quedas fatal.... ¿y sabes qué?: que es mayorcito, que no sé qué, y que era lo mejor que le podía haber pasado, y no sé...pero hay momentos en que dices: ¡no!

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

C - Son cosas que no te esperas, y te quedas fatal....

F - Pero yo creo que eso ¿no? el poder reciclar algo esperado a algo inesperado ¿no? no te da tiempo a poder asumir, supongo que lo asumirlo también sería importante.

E - Claro, es eso, yo creo porque, es incluso cuando hay una parada o algo ¿no? estás en el proceso y al final fallece, sí te da pena y te quedas así, depende de cómo son las circunstancias, pero dices tú: has estado ¿sabes? que el desenlace a lo mejor iba a ser el mismo de la otra persona, pero es la....no sé cómo explicarlo, el que no puedas actuar ¿sabes? la sorpresa.

Claro...

A - Es que no tiene nada que ver, no tiene nada que ver cuando tú lo esperas o tú no lo esperas.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:21 [D - de todas formas yo creo qu..] (70:70)  
(Super)**

Codes: [papel prof: no tenemos tiempo para relac]

No memos

D - De todas formas yo creo que vamos todos corriendo como motos.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:22 [no ha habido lugar, ni forma, ..] (70:75)  
(Super)**

Codes: [papel prof: turno de la noche hay más relación]

No memos

No ha habido lugar, ni forma, ni nada.

C - Pero trabajando de noche esas cosas se dan más que trabajando en otro turno.

D - Pero esas cosas se me pasaron de tarde, las dos veces se me pasaron de tarde...

C - Porque yo estando de noche también he acompañado más a la familia y acompañado más al paciente que en el turno de ahora (mañana). En el turno de ahora realmente estoy menos y hay mucho personal alrededor, sin embargo a la dos, tres, cuatro de la mañana, sí es verdad que entras, acompañas al hijo, le hablas, le dices cosas....

B - Porque has tenido más tiempo, claro, y menos gente....

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

C - Exactamente.... Incluso te ofrecen, es decir: vaya a tomarse un café o vaya a ducharse que yo me quedo aquí, a lo mejor coges la carpeta y te pones ahí a escribir envés de estar en el control y realmente estás pues acompañando en ese momento....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:23 [F - en la mía por lo menos nad..] (86:86)  
(Super)**

Codes: [formación: nada sobre el proceso de morir]

No memos

F - En la mía por lo menos nada...de la muerte no nos enseñaron nada...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:24 [B - fue por la experiencia, lo..] (87:90)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: más experiencia, te ayuda a afrontar]

No memos

B - Fue por la experiencia, los años...

E - Yo creo que eso lo vives por el día a día, por la experiencia profesional.

A - Para mí ha sido la experiencia, únicamente, y cuando entré aquí a la unidad, nada más.

B - Sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:25 [B - no, no hay ninguna, vamos,..] (94:94)  
(Super)**

Codes: [dificultades: te quedas asombrado cuando llegas]

No memos

B - No, no hay ninguna, vamos, yo cuando estudié.... no había ninguna asignatura que.... Es la práctica....los primeros muertos te quedas asombrado....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:26 [F - En la práctica ya empezamo..] (95:95)  
(Super)**

Codes: [formación: es teórica]

No memos

F - En la práctica ya empezamos a vivir alguna historia de este tipo, pero... pero teoría yo no la recuerdo al menos....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:27 [E - bueno, y luego, las connot..] (96:96)  
(Super)**

Codes: [dificultades: cómo acudir un familiar delante de la muerte]

No memos

E - bueno, y luego, las connotaciones de los familiares son totalmente distintos ¿sabes? a la hora del fallecimiento, de muerte esperada de igual circunstancia... ¿sabes? que tú afrontas, yo por lo menos, afronto de forma distinta a la persona que fallece y tú la ves llorando pero tranquilamente, a la persona que te está montando el número, que no sabes ni cómo manejarla ¿sabes? o la persona que te abraza y te abraza y te abraza y tú dices: dios mío y cómo me la separo, que te contagia... incluso su llanto ¿sabes? a la otra que está más serenita o no sé....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:28 [A - habitualmente los familiar..] (97:109)  
(Super)**

Codes: [dif. en la rel: fam que difícilmente aparece]

No memos

A - Habitualmente los familiares que han estado con el paciente todo el tiempo, que han cuidado al paciente, que se sienten con su consciencia tranquila de que han hecho todo lo posible para que esté bien, han permanecido a su lado habitualmente, la angustia de esos pacientes es más sana y es más tranquila. Las personas que llegan al final, que tienen algún tipo de cargo de consciencia, mal o bien, yo no estoy juzgando a nadie, suelen ser las personas que más bulla montan.

B - Sí, los que no lo han aparecido nunca y aparecen de repente, y no han venido nunca o han venido cuatro veces...

A - Sí, son los que más preguntan, más carga te dan...suele pasar.

C - Sí, montan pollos....

E - Y te cogen ¿no? y te cogen y, bueno, uff y yo que sé.... o no, yo creo que puede ser en parte eso, y otra es que, también hay personas que han vivido al lado de su marido todo el tiempo y...

A - Es otra angustia...puede llorar más fuerte pero es otra angustia...otra angustia distinta....

E - Sí, pero otro lo transmite de forma distinta ¿sabes?

D - Es que los individuos son diferentes, la mayoría de las personas son diferentes...

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

A - Claro...

A - Sí, es que yo creo que, por eso, las manifestaciones son distintas....

C -Pero quién es el que te monta al pollo a las ocho de la noche diciendo que quiere que al médico le informe y que venga a un médico y que no sé qué, no sé cuanto... ese es el que no ha aparecido nunca, que tú no has visto nunca, jamás en tú vida....

A - Sí, por las circunstancias que sea...

Sí, sí...eso.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:29 [D - yo he cambiado, yo antes l.] (114:114) (Super)**

Codes: [caract. muerte: esperada, con sufrimiento, produce alivio]

No memos

D - Yo he cambiado, yo antes la muerte no...yo creo que ahora hay gente que realmente lo pasa tan mal en la enfermedad que creo que, que incluso te alegra de que se ha tenido una muerte digna, que se ha muerto, porque no ves solución, si hubiese una solución, gente con ochenta, noventa años, la edad con cualquier patología, iban en la cama un año, dos años, que son, conocen absolutamente nada... yo a eso me enfrente de otra forma diferente que con respecto a los lactantes.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:30 [E - yo por ejemplo, antes la m..] (115:115) (Super)**

Codes: [fund. pers: es el final]

No memos

E - Yo por ejemplo, antes la muerte era el final de algo, entre más tarde llegara mejor, porque se acaba todo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:31 [Ahora hay momentos que dices t..] (115:115) (Super)**

Codes: [fund. técn: descanso, dejar de sufrir]

No memos

Ahora hay momentos que dices tú: pues es bueno que en un determinado momento llegue la muerte ¿sabes? ...claro, eso debido a la experiencia profesional...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:32 [porque siempre que pensaba en ..] (115:115)  
(Super)**

Codes: [fund. pers: es el final]

No memos

Porque siempre que pensaba en la muerte antes de entrar en todo eso, decía: ¿la muerte?  
La muerte es lo último... es el final.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:33 [A - la muerte en muchos moment..] (116:117)  
(Super)**

Codes: [fund. técn: descanso, dejar de sufrir]

No memos

A - La muerte en muchos momentos es un descanso.

B - Que deja de sufrir y todo eso...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:34 [D - sí, pero el último, pero d..] (121:121)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: sin dolor, sin sufrimiento]

No memos

D - Sí, pero el último, pero que aunque sea en ti mismo.... Pero que yo hasta ese momento, que sea una persona autónoma y que pueda tal, no con cuatro, dos años, tres años me quedo en una cama con rollo, con molestias, dolores y demás... entonces, claro, eso te lo hablo de la experiencia....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:35 [C - para mí la muerte era algo..] (123:125)  
(Super)**

Codes: [fund. técn: antes era del otro, ahora es de todos]

No memos

C - Para mí la muerte era algo de otro...

A - De otro...

C - Que no tenía nada que ver conmigo. Era algo que yo veía de mí para fuera.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:36 [F - a mí me da miedo.... B - un ..] (126:127)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: le asusta, miedo, tristeza]

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

No memos

F - A mí me da miedo....

B - Un poquito de miedo también, es verdad, sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:37 [B - un poquito de miedo también..] (127:127)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: no le gusta pensar, no quiere morir]

No memos

B - Un poquito de miedo también, es verdad, sí. No me quiero morir.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:38 [D - pero el planteamiento serí..] (128:132)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: con la edad, uno se plantea más]

No memos

D - Pero el planteamiento sería: nos planteamos eso porque vamos creciendo, vamos haciendo mayores o porque cuando eres joven eso no....

A - Yo creo que la edad influye también...

C - Yo creo que la edad influye y la experiencia también. Yo creo que el hecho de ver la muerte y verla en personas de tu misma características o de tu misma situación...

B - O nosotros vamos haciendo mayores ¿no? ves que nuestra vida se va pasando, que...

C - Entonces empiezas a plantearte eso, que hay a parte de la muerte, hay un proceso de morir, que es lo que tú dices: el dolor, el encarnizamiento, la pérdida de facultades...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:39 [verla en personas de tu misma ..] (130:130)  
(Super)**

Codes: [reacciones: ponerse en el lugar del pct]

No memos

Verla en personas de tu misma características o de tu misma situación...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:40 [C - yo creo que más que sobre ..] (144:146)  
(Super)**

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

Codes: [la prop muerte: reflexión sobre la propia vida]

No memos

C - Yo creo que más que sobre mi propia muerte, es sobre mi propia vida. De que sea de disfrutar alguna cosa, de valorar cosas que en el día a día no valoro.

A - Sí. Yo cambié radicalmente mi concepción, totalmente, totalmente, pero totalmente. Pero no de mi propia muerte, sino la de mí alrededor, me agobia más la muerte de la gente de mi alrededor, a la mía propia. Es como: voy a disfrutar de esto, voy a disfrutar de esto por si acaso me lo quiten ¿sabes?

B - Sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:41 [yo sufro mucho más viendo que ..] (147:150) (Super)**

Codes: [la prop muerte: alguien cercano, les cuesta pensar]

No memos

Yo sufro mucho más viendo que se me pone malo a mi hijo que yo. Es decir, yo no tengo miedo de ponerme malo.

A - Yo tampoco....

D - En cambio sí tengo temor a algo a lo que te rodea.

A - Sí. Yo cuando me planteo algo, alguna cosa chungo, chungo, en realidad después me pongo a pensar: es que me puedo enfermar yo. Porque pienso: es que se me puede pasar cualquier cosa, mi marido no sé cuánto, mi madre no sé qué. Pero en realidad es como ese temor a eso, porque a la mía, no, no lo planteo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:42 [E - yo a la mía tampoco, yo me..] (152:152) (Super)**

Codes: [la prop muerte: alguien cercano, les cuesta pensar]

No memos

E - Yo a la mía tampoco, yo me lo planteo la de mi entorno.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:43 [F - yo no me planteo en el mom..] (154:154) (Super)**

Codes: [la prop muerte: le asusta, miedo, tristeza]

No memos

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

F - Yo no me planteo en el momento, pero cuando pienso que me puedo morir, imagínate aquí dentro de un rato, a mí me asusta la idea. Qué se debe de sentir cuando dejas de respirar, eso es una obsesión para mí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:44 [F - ya, claro, pues eso, eso d..] (157:157)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: sin dolor, sin sufrimiento]

No memos

F - Ya, claro, pues eso, eso debe de ser muy desagradable, ojalá me muera viejecita y durmiendo...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:45 [D - yo creo un poco en la reli..] (160:163)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: quieren creer que hay algo más, el trabajo no les deja]

No memos

D - Yo creo un poco en la religión y el rollo, y yo quiero creer, quiero creer, que después de aquí hay otra cosa...

F - Claro, pero yo no soy católica....

D - Pero, yo quiero creerlo... pero ahí yo tengo mis dudas que haya y quizás sea una autodefensa para...

F - Yo quiero creerlo pero no hay forma, ahí me viene la banda científica y no hay manera de que me entre, entonces...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:46 [C - yo no soy capaz ni siquiera..] (164:166)  
(Super)**

Codes: [la prop muerte: no le gusta pensar, no quiere morir]

No memos

C - Yo no soy capaz ni siquiera plantearme que yo me puedo morir, o sea, peor. No soy capaz de plantear que...o sea, lo veo a los demás, pero yo...risas, tengo un montón de cosas que hacer, risas...

Risas...

C - No puedo, eso no va conmigo, no tiene nada que ver conmigo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:47 [D - de nuestra experiencia, po..] (168:170)  
(Super)**

Codes: [rel. prof: poco contacto]

No memos

D - De nuestra experiencia, porque nosotros ahora poco contacto en realidad...

A - Claro, eso iba a decir yo, que con algunos en particulares tienes un contacto un poquito más directo pero en realidad estás en todos y en ninguno, es decir.

D - Estás como una abeja saltando de flor en flor....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:48 [B -no puedes, es que no podemos..] (171:171)  
(Super)**

Codes: [papel prof: no tenemos tiempo para relac]

No memos

B -No puedes, es que no podemos pararnos mucho, no tenemos tiempo....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:49 [A - no es como la enfermera qu..] (172:172)  
(Super)**

Codes: [papel prof: las enfermeras paran más]

No memos

A - No es como la enfermera que viene a hacer el turno de mañana todos los días y está todos los días, una semana completa o tres días o lo que sea, con este paciente, los conoces, después vuelve otra vez, entra, sale...tu puedes estar un día que vas a estar llevando paciente pero puedes estar pues una semana que está en una reunión, otra reunión, a poner los turnos...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:50 [Sí, y a la carga de trabajo... F..] (175:178)  
(Super)**

Codes: [papel prof: mucha carga de trabajo: poca relación]

No memos

Sí, y a la carga de trabajo...

F - A la carga de trabajo, porque en teoría debería de haber tiempo suficiente para entrar todos los día en todas las habitaciones...

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

A - Claro...

B - Claro....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:51 [F - y a lo mejor lo hay, pero ..] (179:182)  
(Super)**

Codes: [papel prof: cuando queda tiempo, no hacen la ronda, temor]

No memos

F - Y a lo mejor lo hay, pero por la historia que tienes metida en tu cabeza de otras prioridades y otras angustias y otras necesidades del despacho, resulta que tú estés un ratito para hacer una ronda y no se te pasó ni por la cabeza...

B - O empiezas una ronda y a la mitad ya lo dejamos....

A - Sí, a la mitad ya te llaman para cualquier cosa y ya está...

F - Claro, sí....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:52 [D - es que el problema está en..] (184:195)  
(Super)**

Codes: [papel prof: cuando queda tiempo, no hacen la ronda, temor]

No memos

D - Es que el problema está en que cuando tú entras en una habitación no sabes lo que te vas a encontrar, entonces puedes hacerla en cinco minutos o puedes tardar la tira....

Sí....

D - Y yo creo que en el fondo empiezas a no ir a las habitaciones porque como estás agobiado por otras cosas y si me meto en una habitación...

F - Ya no salgo más...

A - Sí....

D - Y a lo mejor no salgo o lo que sea. Entonces, claro, al final que era lo que tú dices, si fuese sólo pasar cinco, diez, quince minutos pues probablemente lo haríamos, pero como yo creo que en fondo lo que tiene es temor al que....

F - Nos agobia...

### Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

D - Temor al que, entre comillas, que pase eso, porque claro, puedes decir: si me coge fulanito, me coge otro, yo ya no voy a estar diez minutos, voy a estar, uffffff....

A - Mucho más...

D - Porque claro, hay familiares que necesitan mucho palique. Y ya sin contar aquellos que dicen: quiero hablar con el supervisor. Cuando tienes a un familiar que quiere hablar contigo, yo digo: dios mío, a ver, vamos... porque es que no sé el tiempo que me voy a pegar ahí.

F - ¡Oye! Y no se les ha pasado de decirle: pregúntale exactamente qué es lo que quiere y ya no vuelves más al enfermero, al auxiliar, o quién sea... resulta que lo quería es una chorrada tal que no tenía nada que ver contigo.

B - Sí, a veces sí.

#### **P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:53 [D - hombre, yo creo que sería ..] (196:207) (Super)**

Codes: [rel. prof: poco a pie de cama]

No memos

D - Hombre, yo creo que sería bueno, como lo que tú dices, pasar constantemente por las habitaciones, sería bueno. Porque a mí el otro día me pasó una cosa, que entré a una habitación, lo típico, como también yo tengo una pelea que haya menos gente posible en los pasillos y en las habitaciones...

A - Ah, sí...

D - Entré a una habitación, y ahí, a la guerra. Entonces hice un comentario y eso me hizo perder toda la mañana. Pues es una costumbre decir: por favor que no haya mucha gente porque eso parece Mesa y López en carnavales o en la navidad. Bueno, pues aquello en ese momento la madre se estaba muriendo, aquello fue....

A - Tú no lo sabía, a lo mejor...

D - Claro yo no lo sabía....

F - Fue un comentario desafortunado en ese momento...

B - Claro....

D - Eso fue la leche....vamos, fue toda una mañana de loco. Simplemente por decir un comentario que a veces es desafortunado...

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

Desafortunado, claro....

D - Lo arreglé, pero....

C - Te costó toda la mañana...

D - Sí, toda la mañana.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:54 [F - yo no. E - yo sí, yo sí. Y..] (209:214)  
(Super)**

Codes: [rel. prof: rel emoc, no llegan a establecer]

No memos

F - Yo no.

E - Yo sí, yo sí. Yo, hay pacientes con lo que sí. Pero vamos a ver, yo por ejemplo, hago una ronda, una semana, a lo largo de la semana si tengo, yo vuelvo a ir, yo ahí ya me lo voy conociendo ¿no? y hay pacientes que están muchísimo tiempo, o hay pacientes que los familiares han venido a hablar conmigo, que han tenido problemas, que no sé qué, entonces, siempre en la planta estableces una relación más con unos que con otros, hay otros pacientes que yo he llegado y nada, los he visto hoy y mañana, pasado, pero, y con otros una relación más especial. Yo creo que eso nos pasa a todos.

F - No, a mí no.

B - Bueno eso pasa, pero hacer así una relación más personal, implicarte más en sus problemas, no...

E - No, como íntima o eso, no, pero una relación más personal con alguno que otros sí. Lo mismo que cuando eras enfermera, de la misma manera.

B - Hombre, mejor relación o yo qué sé, llevarte, pero no me....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:55 [E - yo sí, yo sí. Yo hay pacie..] (210:210)  
(Super)**

Codes: [caract. pct: con más tiempo de ingreso, relación más esp]

No memos

E - Hay pacientes que están muchísimo tiempo, o hay pacientes que los familiares han venido a hablar conmigo, que han tenido problemas, que no sé qué, entonces, siempre en la planta estableces una relación más con unos que con otros, hay otros pacientes que yo

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

he llegado y nada, los he visto hoy y mañana, pasado, pero, y con otros una relación más especial. Yo creo que eso nos pasa a todos.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:56 [F - yo creo que, yo diría que ..] (215:221)  
(Super)**

Codes: [rel. prof: poco contacto]

No memos

F - Yo creo que, yo diría que es cuestión de más o menos empatía.... Yo de la puerta de la habitación para fuera, generalmente, es que me voy a mí casa y me olvido de la persona que está ahí dentro.

B - es que hay enfermeras que han ido hasta al funeral, hasta la misa...

E - Yo no me lo voy a llevar a mí casa el problema. Yo me refiero dentro de mi trabajo. ¿Entiende? luego no me lo voy a llevar a mi casa.

F - Hubo un caso que yo no me impliqué muchísimo con un paciente y la familia, pero me implicaba ahí... pero me fui de vacaciones y me olvidé de él. Yo no me implico hasta ese punto....

B - Pero hay enfermeras que se implican tanto, que llaman a la familia, que van a....

No, no.

F - Yo no me implico más allá, y creo que los trato bastante bien, pero ya está.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:57 [me voy a mí casa y me olvido d..] (215:215)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

Me voy a mí casa y me olvido de la persona que está ahí dentro.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:58 [E - yo no me lo voy a llevar a..] (217:217)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

E - Yo no me lo voy a llevar a mí casa el problema.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:59 [D - pero aparte de carácter yo..] (224:225)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: al principio te implicas más]

No memos

D - Pero a parte de carácter yo creo que al principio, cuando tú empiezas a trabajar, yo creo que te implicas más...

F - Seguramente....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:60 [D - porque seguramente vas con..] (226:228)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: no implicarse mucho emocionalmente]

No memos

D - Porque seguramente vas con una idea y con unos valores X, que cuando va pasando el tiempo, porque además te das cuentas que empiezas a pasarlo mal y empiezas a joderte...

F - Yo creo que es un mecanismo de defensa para poderte....

Sí. Sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:61 [D - claro. Ya dices: yo no pue..] (229:231)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: desconectar]

No memos

D - Claro. Ya dices: yo no puedo adaptarlo a todo, y empiezas a desconectar, es decir: no es que no te preocupe sino que cuando sales de aquí, desconectas...porque si no...

B - Desconectas, sí...

F - Claro, es que si no yo creo que no podríamos trabajar también...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:62 [A - porque además, eso lo noto..] (232:235)  
(Super)**

Codes: [tiempo de práct: al principio llevaba peor]

No memos

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

A - Porque además, eso lo noto yo, es que cuando empiezas a trabajar o los primeros años que trabajas, llegas a tú casa y lo único que hablas es de lo que hiciste.

Sí, sí.

A - Y ahora como te des cuenta ¿sabes? te tienes que sacar las cosas con pinza porque si no...

B - Ahora ya no te apetece hablar más...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:63 [F - es que, yo no sé, de forma..] (236:238) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: poner barreras, separar los sentimientos]

No memos

F - Es que, yo no sé, de forma natural es eso, es que el cuerpo y la mente, la mente sobretodo, imagino que crea una barrera para que no te dañe esa agresividad que tiene el estar conviviendo con la enfermedad a diario...

A - Sí.

F - Porque no deja de ser un entorno agresivo el hospital, por todas partes....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:64 [D - yo creo que eso lo vas adq..] (239:242) (Super)**

Codes: [tiempo de práct: con los años aprendes a separar, poner barreras]

No memos

D - Yo creo que eso lo vas adquiriendo con los años...

A - Yo también lo creo que lo vas adquiriendo...

F - Yo creo que también...

Sí, sí...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:65 [D - de entrada muchas veces tú..] (243:247) (Super)**

Codes: [rec. y estrat: poner barreras, separar los sentimientos]

No memos

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

D - De entrada muchas veces tú te implicas cuando empiezas, en mogollón de historias y te vas a tú casa y tal... y ahora sales, yo salgo y vamos, no me acuerdo de nada. Es decir, es como que llega un momento que tú mismo dice: o corto esto o quién me corta soy yo...

Claro, claro.

A - Se quema...

D - Y más que una estrategia, es un sistema de autodefensa.

A - Claro.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:66 [A - es que los pacientes se mu..] (250:256)  
(Super)**

Codes: [proced: se mueren estando ellos o no]

No memos

A - Es que los pacientes se mueren estando nosotros o no...

B - Es eso, a veces ni voy pues si esta la enfermera...

A - Muchas veces depende. Nosotros como supervisor no tenemos que firmar nada, es la enfermera y el médico el certificado...

D - Hay un protocolo que tiene que seguir....

E - Sólo tienes que estar cuando el éxito necesita una necro, entonces sí.

D - Una necropsia.

E - Sí, como hay una serie de papeles que tiene que cumplimentar....

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:67 [D - depende, algunas veces pue..] (257:257)  
(Super)**

Codes: [proced: el enfermero es lo que lleva todo]

No memos

D - Depende, algunas veces pues también me imagino pues te acerca por ahí, no siempre, es más la enfermera la que lleva todo el proceso.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:68 [A - sabe que pasa, también es ..] (258:259)  
(Super)**

Codes: [proced: el enfermero es lo que lleva todo]

No memos

A - Sabe que pasa, también es diferente porque en una planta donde a lo mejor a la semana se te muere uno o dos y si te muere por la mañana pues a lo mejor sí te acerca, pero en mi planta (paliativos) si cada vez que se me muere uno, ¿sabes? risas, me dedico todo el día ¿entiende? transciendo a la habitación.

E – Yo, si estoy bien enterado, yo me encargo de los trámites de los papeles y la enfermera va haciendo otra cosa, y yo me encargo de llevar los papeles, de que firmen, de que no sé qué, el electro, toda la historia esa de organizar, cuando puede ya ir las auxiliares a prepararlo, si estoy de mañana y bien enterado, sí. La enfermera ya está haciendo otra cosa.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:69 [El auxiliar. A - hombre, depen..] (261:263)  
(Super)**

Codes: [proced: amortajar es papel de los auxiliares]

No memos

El auxiliar.

A - Hombre, depende, en mi planta si es por la tarde o por la noche, hay veces que no llaman al celador, y amortajan el enfermero y el auxiliar.

F - Sí, estando en interna, hacíamos también, dependiendo de la hora que fuera o si están los auxiliares ocupadas en ese momento, algunas veces se lo pongo al celador sin ningún problema.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:70 [F - Depende del caso también, ..] (265:267)  
(Super)**

Codes: [reacciones: pena momentánea]

No memos

F - Depende del caso también, en mi planta, por ejemplo, si se hace muchos diagnósticos ¿no? de... antes de mandar a ella (oncología) o a ella (paliativos) se diagnostica mucho cáncer en digestivo, montones. Y a veces son gente joven. Con pena, pero sin que me afecte negativamente.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

B - Con pena, con pena. Hoy le ha dicho a una chica joven que tenia ahí un nódulito más, que parecía que tal, que le iban a poner más ciclos de quimio porque ya este era el último, ella pensaba que terminaba, y claro....

F - Con pena. Pero es lo que decimos, con pena momentánea.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:71 [F - y un poco el sentimiento d..] (269:270)  
(Super)**

Codes: [reacciones: ponerse en el lugar del pct]

No memos

F - Y un poco el sentimiento de decir: por dios, ojalá no me pase a mí.

B - Eso, casi poniéndome en su lugar ¿no? y diciendo.... hay gente muy joven. De repente la vida te puede cambiar.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:72 [F - sí, sí, pero al momento de..] (276:283)  
(Super)**

Codes: [reacciones: momento difícil, muchos médicos informan a bocajarro]

No memos

F - Sí, sí, pero al momento del impacto del diagnóstico, según como sea puede ser tremendo, porque los chicos los cuentan a veces a bocajarro ¿hein?

B - Sí, sí.

F - Yo no sé si está estudiado, a lo mejor es mejor, no lo sé, pero uffff....

A - Risas...

B - Depende de quién sea también...

F - Claro. A veces lo sueltan a bocajarro y otras veces son más delicados.

E - Dicen clarito: tú tienes esto. Y la reacción es, cuando oyes, yo generalmente intento quedar ahí al lado ¿sabes? si yo voy con el médico, y en ese momento le está dando tal, yo ya me quedo un pisco ahí, callada, pero, por lo que el otro te pueda demandar ¿sabes? sale el médico y tu no sales automáticamente detrás, yo me espero un pisquito. Porque muchas veces miran para ti y te dicen: ¿qué fue lo que me dijo? ¿Sabes?

A - Sí.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:73 [F - yo, escasa, desde que esto..] (285:286)  
(Super)**

Codes: [la relación: es escaza]

No memos

F - Yo, escasa, desde que estoy como la supervisora. Volvemos a lo mismo, pasamos demasiado tiempo en el despacho.

D - Nuestra relación es efímera.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:74 [B - más las enfermeras, tienen..] (287:290)  
(Super)**

Codes: [la relación: son más las enfermeras]

No memos

B - Más las enfermeras, tienen mucho más.

A - Sí, claro.

B - Están todo el día con ellos.

A - Totalmente.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:75 [B - nosotros, como en mí plant..] (292:302)  
(Super)**

Codes: [la relación: es más con fam de pct que reingresan]

No memos

B - Nosotros, como en mí planta ingresan tan a menudo, pues claro, de una vez y, de otra y, de otra, parece que vas un poquito cogiendo, conociéndolos de...

A – Sí, la mía también.

B - A lo mejor, están un año o dos años, reingresando y tal, una vez y otra acabas...

Claro.

F - A veces se nos pasa con los familiares de los pacientes cirróticos que también vienen y, vienen y, vienen, y vienen a morirse, estos mueren en digestivo.

B - Claro, que vienen a menudo, pues los conoces un poquito ahora, el próximo ingreso pues ya las conoces.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

E - Y nosotros (medicina interna) también se nos pasa lo mismo con nuestros reingresos.

F - A vosotros ingresarán y reingresarán más de una vez ¿no?

B - Sí, claro, cuando no vienen para tratamiento, vienen por alguna infección, por alguna mejoría, por alguna complicación.

E - Sí son pacientes conocidos.

B - Vienen muchos, ya con decirte el nombre ya sabes quiénes son.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:76 [F - yo de entrada le pregunto ..] (310:310)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: proporcionar un buen ambiente para morir]

No memos

F – Yo, de entrada, le pregunto lo que ocurre y se le puedo ayudar. Si me dice que no, que necesita llorar, me doy la vuelta y me voy a trabajar. Me pasó ayer concretamente. No tengo problema cuando veo a alguien llorar, me da pena, que no soy insensible. Entonces al hermano del chico que se murió, que además era un hombre joven, muy crónico, pero cirrótico que viene, viene y viene. Y, entré a la habitación, estaba convulsionando y el hermano llorando desesperadamente, porque aunque ya estaba esperando el desenlace no es plato de gusto ver a tu hermano negro y morado y convulsionando por la cama. Y, le dije, te puedo ayudar en algo, digo: yo creo que las cosas tristes, los momentos tristes se vienen llorando, pero si crees que necesitas un tranquilizante te lo puedo ofrecer u otra cosa. Él me dijo que no, que lo dejase llorar tranquilo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:77 [yo creo que aprendí a asumirlo..] (314:314)  
(Super)**

Codes: [rec. y estrat: tener clara la profesión]

No memos

Yo creo que aprendí a asumirlo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:78 [F - si consiguen transmitirte..] (317:317)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: proporcionar un buen ambiente para morir]

No memos

F - Si consiguen transmitirte directamente bien, pues bien. Si no consiguen transmitirte, y tú lo intuyes, de algún modo consigues que te lo pida o se les ofrece

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

directamente. Y no tengo problema con los contactos físicos, los abrazos y tal, les limpio las lágrimas y lo que haga falta, pero me da la sensación de que me quedo a gusto porque les doy, les ofrezco lo que creo que necesitan, ¿sabes? no me entra una congoja ni nada de eso, no... ¡no!

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:79 [D - una vez que lo haces, term..] (318:320)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: desconectar entre pacientes]

No memos

D - Una vez que lo haces, terminas eso y te vas a tu despacho y de ahí por lo menos desconectas.

A - Sí, yo también.

E - Sí, ese es el momento puntual de atender esa circunstancia. Desconecto, claro.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:80 [A - sí, yo también. E - soluci..] (321:322)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: proporcionar un buen ambiente para morir]

No memos

A - Sí, yo también.

E - Solucionas el momento, porque tú estás ahí, tu entras... Generalmente, siempre las muertes en mi planta, que van a ser así, intentas proporcionar un ambiente...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:81 [F - efectivamente. E - y tú mi..] (323:327)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: proporcionar un buen ambiente para morir]

No memos

F - Efectivamente.

E - Y tú misión fundamental es buscar la cama individual.

Exactamente, sí.

E - Tú misión cada ellos es buscar una cama. Ver algo que puedan estar ellos, la familia.

F - Dejarlos solos.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:82 [E - Y después, ocurre, y a lo ..] (328:330)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: desconectar entre pacientes]

No memos

E - Y después, ocurre, y a lo mejor, lloran contigo o sin llorar, sin que ocurra, y sales, y tú los consuelas un poquito y después ya desconectas. Llévartelo, no te lo llevas.

Sí.

F - No, yo no me lo llevo.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:83 [E - claro, hay determinados mo..] (332:335)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: pedir a otros que vayan a acudir]

No memos

E - Claro, hay determinados momentos que a lo mejor vuelven a tocar el timbre y tú dices: yo no voy a ir...

F - Yo ya no puedo más, por favor, vete tú.

E - Yo no voy a ir porque ya se me abrazo, yo no sé, no le puedo decir nada más, ¿sabes?

F - O no tengo energía en ese momento para esta situación. Yo creo que pasaba más como enfermera que como supervisora.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:84 [E - compartimos todo. Sí. E - ..] (336:341)  
(Super)**

Codes: [rec. punt: compartir entre compañeros]

No memos

E - Compartimos todo.

Sí.

E - Y las enfermeras también te pasa lo mismo. La enfermera dice: supervisora, yo no puedo, vete tú.

Sí.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

E - Y vas tú como en calidad de compañera.

F - Sí, de compañera en ese momento.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:85 [A - en paliativos sí tenemos.] (344:344)  
(Super)**

Codes: [acciones y apoyo: psic p/ el pct]

No memos

A - En paliativos sí tenemos.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:86 [A - en paliativos si tenemos p..] (347:347)  
(Super)**

Codes: [acciones y apoyo: tienen psic en la planta, pero no suelen acudir]

No memos

A - En paliativos si tenemos pero no lo usan, no lo utilizan y además yo creo que no la necesitan.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:87 [F - yo creo que ellos se han a..] (348:351)  
(Super)**

Codes: [puntos pos: paliativos hay buen ambiente]

No memos

F - Yo creo que ellos se han aprendido, ¿no? con los años. Y luego seguramente contagia a la gente que llega, puede ser que haga...

A - Yo creo que ellos lo llevan genial.... Ellos lo llevan muy bien. Ahora sí es verdad, hay tres psicólogas en mi planta, y están para los pacientes, para la familia y para el personal. Otro día hicieron una charla aquí, de ventilación emocional, pero ellos yo creo que no la necesitan, no significa que no les afecte, sobre todo cuando es gente joven y demás, sí se reciente muchísimo en la planta, pero yo creo que no. Y sin embargo es una planta donde hay, yo lo que he aprendido es, lo que he aprendido no, lo que me ha sorprendido es... hum....

F - Se respira alegría en paliativos, es otra planta...

A - No, pero... yo qué sé... cómo se tratan entre ellos, es decir, yo estoy acostumbrada, yo vengo de otras plantas, y veo como es el cotilleo, ellos no, ellos si tienen algo se lo dicen al otro, se lo dicen, los seis que rotan, a cual seis, a cual cada uno más diferente, en cuanto a personalidad, en cuanto a vida, en cuanto a todo, y se llevan pero con una piña,

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

es decir, se respetan y cada uno como son, uffff ¿sabes? Es... entre ellos hay un ambiente de complicidad importante, yo no sé si eso lo ha dado el hecho de trabajar con la muerte o no, pero es una cosa que yo no he visto en ningún sitio que he estado.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:88 [F - pero en tú planta siempre ..] (354:355)  
(Super)**

Codes: [puntos pos: paliativos hay buen ambiente]

No memos

F - Pero en tú planta siempre se respira buen rollo, yo siempre tuve la sensación esta, siendo la planta como la que es, que viven con la muerte todo el día o casi todos los días de su vida y se respira buen...hay unas vibraciones súper positivas en la planta.

A - Ahora salen mucho, hacen muchos asaderos entre ellos, caminatas, yo qué sé ¿sabes?

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:89 [A - que nos quite la parte de ..] (370:374)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: quitar la parte de recursos humanos]

No memos

A - Que nos quite la parte de recursos humanos.

F -Exactamente.

E - Sí.

F - Entonces podemos dedicar mucho más tiempo a lo que realmente debería de ser nuestro trabajo que es supervisar, no solamente....

E - Estaría bueno...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:90 [F - no, no. Bueno, indirectame..] (376:377)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: quitar la parte de recursos humanos]

No memos

F - No, no. Bueno, indirectamente

A - No, más personal no. Que se dedique a alguien a cuando haya algún turno sin cubrir, a cubrirlo y a darlos el Ld, y a darlos el Lt, a darlos el La, a cuando haya una baja, a

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

cuando haya un imprevisto familiar, a cuando el otro hace no sé qué, y todas a esas cosas.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:91 [D - hombre, yo diría la formac..] (378:379)  
(Super)**

Codes: [necesidades: formación en la facultad]

No memos

D - Hombre, yo diría la formación, y todo caso la universidad, porque ya la mayoría de los profesionales que llevan tiempo trabajando le pasan como a nosotros, ya no les afecta.

E – Claro.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:92 [A -la asignatura de cuidados p..] (380:382)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: asignatura de paliativos obligatoria]

No memos

A - La asignatura de cuidados paliativos hace un par de años que empezó en la carrera de medicina, un par de año.

F - En medicina, pero no estaría mal si existiese en la de enfermería.

D – Y es optativa, con lo cual...

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:93 [F - es que los duelos lo vivim..] (383:383)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: más acciones para enfermeras y auxiliares]

No memos

F - Es que los duelos lo vivimos mucho más enfermeras y auxiliares que médicos, el médico entra un ratito al día y viene a firmar el parte de defunción. El momento, el impacto de la muerte, el acompañamiento, el duelo desde que empieza, bueno, el proceso y el duelo posterior hasta que se van de la planta que les puede ser unas horas o mientras llega a la familia y tal.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:94 [pero el médico eso no lo vive...] (383:385)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: implicación de la parte médica]

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

No memos

Pero el médico eso no lo vive. Viven el mal momento del diagnóstico, pero el mal momento ya no hay más qué hacer con él.

A - El médico nada.

Sí, sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:95 [ahora están los psicólogos y v..] (386:386)  
(Super)**

Codes: [acciones y apoyo: psic es una ayuda, tienen más tiempo]

No memos

Ahora están los psicólogos y verdaderamente ellos tienen más tiempo para otras cosas.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:96 [E - pero como ocurre en intern..] (387:389)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: implicación de la parte médica]

No memos

E - Pero como ocurre en interna, el médico da la noticia, el médico ve, informa, vamos a poner sedación, pero verdaderamente quién están son los enfermeros.

Sí, sí.

E - Los que acuden al familiar, hablan con los familiares, los que demandan todo lo que ellos quieren.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:97 [D - de toda forma yo cada vez ..] (390:402)  
(Super)**

Codes: [rel. prof: poco a pie de cama]

No memos

D - De toda forma yo cada vez tengo más claro una cosa, las tic, es que cada vez, nos estamos alejando del pie de la cama y nos estamos yendo a los ordenadores y....

F - Sí, es terrible.

A - Sí.

F - Es terrible, no porque los ordenadores sean malos, no, no.

Anexo XIII. Categorías presentes en cada grupo de discusión (un ejemplo)

D - No, yo en general, lo que se está pasando bajo las sabanas no nos estamos enterando muchas veces de lo que se está pasando.

Sí, sí.

F - Y lo que es peor, la prioridad es el ordenador, desde arriba.

E - Sí, para el supervisor y para el enfermero. Está diciendo que a medida que pasa el tiempo, que evolucionan las técnicas, tiene más trabajo administrativo y menos a pié de cama.

F - Más trabajo administrativo, es demasiado. Yo creo que nos estamos convirtiendo en meros técnicos de planta. De poner medicaciones, de tomar tensiones, de escuchar poco, se escucha muy poco a los pacientes.

E - Claro que se escucha muy poco, se escucha muy poco porque...

F - Estas escuchando y pensando en el informe.

E - Escuchas el rato que tomes la tensión, que pones eso, que no sé qué, que haces todo a la vez, que haces un montón de cosas a la vez, y que te marchas.

F - Sí.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:98 [A - sí, porque en la verdad qu..] (410:410)  
(Super)**

Codes: [val. del tema: sobre eso no hablan nunca]

No memos

A - Sí, porque en la verdad que cuando hacemos cualquier reunión, en la realidad estas cosas tampoco hablamos nunca.

**P 2: Grupo de Discusión 2.rtf - 2:99 [Eso sí es fuerte, la desasiste..] (418:418)  
(Super)**

Codes: [prop. de mejora: implicación de la parte médica]

No memos

Eso sí es fuerte, la desasistencia médica.



