

## Factores del entorno laboral de los profesionales de enfermería relacionados con el afrontamiento del cuidado al final de la vida: encuesta transversal\*

Maria Povedano-Jimenez<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0472-5733>

Genoveva Granados-Gamez<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9933-5422>

Maria Paz Garcia-Caro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2763-2572>

Objetivo: explorar el afrontamiento autopercebido por los profesionales españoles de enfermería para trabajar con pacientes moribundos y su relación con el entorno laboral, la práctica clínica y el estrés ocupacional. Método: estudio observacional transversal vía internet de una muestra de conveniencia con 534 enfermeros reclutados a través de colegios profesionales españoles que respondieron a cuatro cuestionarios validados: Escala de Afrontamiento de la Muerte, Entorno de la Práctica Enfermera, Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería (PBE) y Escala de Estrés para Enfermería. Resultados: la mayoría de los participantes fueron mujeres (79%), de 40 años de media, con estudios de posgrado (38%) y trabajando en el sistema público (77%). Gran parte evaluó su ambiente de trabajo como desfavorable (66%), mostrando estrés ocupacional ( $83,5 \pm 14,9$ ) y altas puntuaciones en conocimiento/habilidades-PBE ( $47,9 \pm 11,3$ ). Sin embargo, el 61,2% autopercibía un afrontamiento óptimo ( $> 157$  puntos). El análisis de regresión logística multivariante mostró que el afrontamiento se asociaba positivamente con el entorno laboral y dos subescalas-PBE (OR: 1,30,  $p= 0,054$ ; OR: 1,04,  $p= 0,007$ ; OR: 1,13,  $p < 0,001$ , respectivamente), pero negativamente con el estrés ocupacional y la poca experiencia laboral (OR: 0,98,  $p= 0,0043$ ; OR: 0,74,  $p < 0,002$ , respectivamente). Estos factores explicaban el 23,1% de la varianza ( $p < 0,001$ ). Conclusión: aunque la mayoría de los enfermeros percibían un afrontamiento óptimo, la situación podría mejorarse modificando algunos factores. La identificación de estos factores mejoraría la calidad de la atención de los pacientes al final de la vida, facilitando la gestión de enfermería.

\* Artículo parte de la tesis de doctorado "Competencia enfermera en la atención de fin de vida", presentada en la University of Granada, Facultad de Ciencias de la Salud, Granada, Andalucía, España.

<sup>1</sup> University of Granada, Facultad Ciencias de la Salud, Granada, Andalucía, España.

<sup>2</sup> University of Almeria, Ciencias de la Salud, Almeria, Andalucía, España.

Descriptores: Afrontamiento; Enfermería; Cuidado al Final de la Vida; Entorno Laboral; Práctica Basada en la Evidencia; Estrés Ocupacional.

### Cómo citar este artículo

Povedano-Jimenez M, Granados-Gamez G, Garcia-Caro MP. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3234. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3279.3234>. mes día año

URL

## Introducción

Independientemente del campo de atención profesional, el final de vida de un paciente es un fenómeno emocionalmente difícil<sup>(1)</sup> que puede influir en la forma en la que los profesionales sanitarios afrontan la muerte. Así por ejemplo, los profesionales de enfermería deben estar seguros no sólo de su competencia y capacidad para cuidar eficazmente a estos pacientes<sup>(2)</sup>, sino también, para mantener su propio bienestar<sup>(1)</sup>. Las habilidades para el afrontamiento ante la muerte de los pacientes, junto con unas condiciones favorables del entorno laboral están asociadas con la calidad del cuidado al final de la vida. Estas habilidades son esenciales para reducir la insatisfacción y el estrés<sup>(3)</sup>.

Son varios los autores<sup>(4)</sup> que indican la compleja multimorbilidad relacionada con la atención al final de la vida, así como otros<sup>(2)</sup> que refieren que las instituciones hospitalarias no se implican en estrategias necesarias para garantizar que los profesionales de enfermería sientan que pueden afrontar este aspecto de su trabajo sin dificultad. Por tanto, para mejorar la atención al final de la vida, es importante conocer la percepción de los profesionales sobre el manejo de la muerte, sus actitudes sobre el uso de la evidencia científica, los factores de su entorno laboral<sup>(5)</sup>, así como el grado de estrés experimentado durante el cuidado al final de vida.

Los profesionales de enfermería pueden expresar una variedad de emociones y actitudes relacionadas con el cuidado al final de la vida<sup>(1,6)</sup>, que son particularmente estresantes porque constantemente interpretan el dolor o la muerte como un fracaso personal<sup>(7)</sup>. Algunos autores<sup>(8)</sup> indican que estos profesionales requieren de una amplia gama de habilidades para poder afrontar adecuadamente la muerte a la vez que manejar sus propios miedos, creencias y actitudes hacia los pacientes moribundos<sup>(9)</sup>.

El manejo inadecuado de la muerte disminuye la satisfacción laboral<sup>(10)</sup> y aumenta el estrés de los enfermeros, lo que compromete negativamente la calidad de la atención<sup>(11)</sup>. Mientras que las personas que perciben lidiar con la muerte de forma óptima, a menudo evalúan estas situaciones difíciles como desafíos y enfrentan de manera activa el estrés ocupacional asociado<sup>(12)</sup>.

El estrés laboral en unidades de cuidados paliativos se asocia a una combinación de problemas relacionados con el cuidado a los demás, con la falta de estrategias de autocuidado y con factores organizativos<sup>(13)</sup>. Además, los profesionales de la salud tienden a tener altas tasas de estrés laboral en situaciones de mayor demanda clínica, de largas jornadas laborales y de poco apoyo por parte de los gerentes<sup>(5)</sup>, mientras que un entorno laboral favorable ha sido esencial para minimizar el impacto negativo de trabajar con pacientes a final de la vida<sup>(14)</sup>.

En el pasado, los profesionales de enfermería especializados en áreas clínicas de urgencias y/o cuidados

paliativos eran el principal colectivo donde estudiar los predictores de la percepción del afrontamiento durante la atención al final de la vida<sup>(6)</sup>. En la actualidad, es creciente el interés por este aprendizaje experimental porque la exposición constante al proceso de la muerte ayudaría a los profesionales de enfermería a aprender sobre la atención a estos pacientes terminales<sup>(15)</sup>. El conocimiento insuficiente de enfermería en investigación<sup>(16)</sup> ha ido mejorando mediante proyectos educativos y guías de práctica basadas en evidencia para el cuidado de pacientes moribundos y sus familias<sup>(17)</sup>. Barreras como las brechas en el conocimiento de la investigación y la sensación de falta de apoyo, así como la falta de liderazgo por parte de los profesionales de enfermería dificultan la implementación en la práctica de la atención basada en la evidencia<sup>(18)</sup>.

Específicamente, los profesionales de cuidados intensivos reconocen la falta de educación y capacitación al final de la vida como un obstáculo para una atención de calidad<sup>(19)</sup>. Las instituciones sanitarias<sup>(20)</sup> junto con una mayor conciencia entre los profesionales de cuidados paliativos son la fuerza más influyente para superar las barreras en el uso y desarrollo de la investigación en enfermería clínica y, así, poder mejorar la atención al final de la vida. Existe también evidencia científica que indica la influencia del ambiente laboral, el estrés ocupacional y la práctica basada en la evidencia en esta atención al final de la vida. Por lo tanto, saber si estos factores estarían relacionados con la percepción de los enfermeros cuando se enfrentan a pacientes moribundos podría ser fundamental para la gestión de estos profesionales minimizando su impacto emocional<sup>(21)</sup> y promoviendo una atención de calidad al final de la vida. Sin embargo, no son muchos los estudios que abordan si la percepción de este colectivo se relaciona con estos factores. El objetivo del presente estudio es, por tanto, explorar el afrontamiento autopercebido por los profesionales españoles de enfermería para trabajar con pacientes moribundos y su relación con el entorno laboral, la práctica clínica y el estrés ocupacional.

## Método

Se diseñó un estudio transversal que posibilitara la inclusión de los profesionales de enfermería registrados en cualquiera de los colegios profesionales de enfermería españoles, que estuvieran trabajando en instituciones sanitarias, independientemente de la especialidad clínica donde desarrollaran su actividad [atención primaria u hospitalaria, general y/o especializada (UCI, cuidados paliativos, urgencias, cirugía, unidades psiquiátricas, etc.)]. Los colegios profesionales de enfermería son asociaciones profesionales protegidas por las leyes estatales, reconocidas tanto por instituciones públicas como privadas, que representan y defienden los intereses de sus miembros.

El reclutamiento se realizó mediante muestreo de conveniencia no aleatorio a través de todos los colegios profesionales españoles de enfermería, después de que el estudio fuera aprobado por el Comité regional de Bioética y el Comité de Investigación del Colegio Profesional de Enfermería. Todos los enfermeros registrados recibieron una carta de invitación para participar en el estudio, así como el procedimiento para completar el conjunto de cuestionarios necesarios. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermero perteneciente a un Colegio de Enfermería Profesional español, poder leer y escribir en español y tener acceso a Internet. Se requirió el consentimiento informado de todos los participantes. El cálculo del tamaño de la muestra se basó en la población total registrada (274,817 enfermeros), a 31 de diciembre de 2014 (Instituto Nacional de Estadística, España), considerando un error Tipo I < 5% (requiriéndose al menos 384 participantes). La muestra final incluyó 534 enfermeros que respondieron a las cuatro encuestas.

Después de tener acceso a la información detallada del estudio, los enfermeros dieron su consentimiento informado por escrito, participaron de forma individual y anónima y proporcionaron toda la información requerida a través de un conjunto de cuestionarios incluidos en Google Drive, entre febrero de 2014 y abril de 2015.

Todos los Colegios Profesionales de Enfermería acordaron proporcionar el enlace al sitio web de la encuesta. El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por todos los comités de ética de los Colegios Profesionales de Enfermería.

Los participantes proporcionaron información sociodemográfica. Entre las variables demográficas y aquellas relacionadas con su trabajo se incluyeron edad, sexo, nivel educativo (grado y posgrado), años de práctica como enfermero, entorno laboral [atención primaria y/o domiciliaria; atención hospitalaria general (por ejemplo, medicina interna y cirugía); atención hospitalaria especializada (por ejemplo, oncología, ginecología, pediatría) y Cuidados críticos y/o Urgencias]], y tipo de institución sanitaria (público, privado o concertado). Además, completaron cuatro cuestionarios específicos relacionados con su percepción de competencia profesional ante la muerte: Escala de afrontamiento ante la muerte, Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index, Escala sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería (PBE) y Escala de Estrés para Enfermería, de la siguiente manera:

*A. Escala de afrontamiento de la muerte*<sup>(22)</sup>: esta escala caracteriza el nivel de afrontamiento autopercebido ante pacientes moribundos. Se utilizó la versión española<sup>(23)</sup> ya validada en profesionales españoles de cuidados paliativos<sup>(24)</sup>, que consta de

30 ítems cuantificados mediante escala tipo Likert de 7 puntos [desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo)], con un rango de puntuación de 30 a 210. Un valor de puntuación total inferior a 105 indicaría un afrontamiento inadecuado, mientras que si es mayor a 157 representa un afrontamiento óptimo<sup>(23)</sup>. Esta escala mostró un valor Alfa de Cronbach de 0,824 en un estudio previo realizado entre estudiantes españoles de enfermería<sup>(23)</sup>.

*B. Escala del Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index (PES-NWI)*: este cuestionario, previamente validado en enfermeras españolas que trabajan en un contexto de práctica clínica (con un Alfa de Cronbach de 0,90)<sup>(25)</sup>, se utilizó para caracterizar la naturaleza de la práctica profesional enfermera en hospitales "Magnet". La escala consta de un total de 32 ítems clasificados en cinco subescalas: 1) "participación del enfermero en asuntos del centro sanitario" (8 ítems); 2) "fundamento enfermero de la calidad de los cuidados" (9 ítems); 3) "capacidad, liderazgo y apoyo de los enfermeros por parte de los gestores de enfermería" (4 ítems); 4) "personal y adecuación de los recursos humanos" (4 ítems); y 5) "relaciones interprofesionales y práctica conjunta" (7 ítems). Todos los ítems se responden mediante escala tipo Likert [de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo)]. La puntuación de cada subescala se calculó como el promedio de las respuestas de los ítems de la subescala. Además, se calculó la puntuación total del PES-NWI como la media de las cinco puntuaciones de las cinco subescalas. Valores superiores a 2,5 en al menos cuatro de las subescalas, se consideraban "favorables", "mixtas" valores  $\geq 2,5$  en dos subescalas y "desfavorables" valores de  $\geq 2,5$  en una o ninguna subescala<sup>(26)</sup>.

*C. Cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería (PBE)*: la habilidad en el uso de un mejor conocimiento para la toma de decisiones fue abordada mediante la versión española del cuestionario de la práctica basada en evidencia<sup>(27)</sup> que consta de 19 ítems estructurados en tres subescalas: 1) "práctica de PBE" (6 ítems); 2) "actitud hacia PBE" (3 ítems) y 3) "conocimiento / habilidades asociadas con PBE" (10 ítems)<sup>(28)</sup>. Este cuestionario mostró un valor Alfa de Cronbach de 0,87 en un estudio previo realizado entre enfermeras clínicas españolas; 0,929 para la subescala de la práctica, 0,722 para la de actitud y 0,916 para la del conocimiento/habilidades<sup>(27)</sup>. Todos los ítems se evalúan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones altas indican mayores actitudes positivas, uso y conocimiento hacia la efectividad clínica y la PBE.

**D. Escala de Estrés para Enfermería (NSS):** este cuestionario evalúa y detecta diferentes situaciones potencialmente estresantes en enfermería<sup>(29)</sup>. Se utilizó la versión española validada, con una buena fiabilidad (valor de Alfa de Cronbach de 0,89)<sup>(30)</sup>. Esta escala consta de 34 ítems con cuatro respuestas posibles (1 = nunca a 4 = con mucha frecuencia). Las puntuaciones totales oscilaron entre 34 (nivel de estrés mínimo) y 136 (nivel de estrés máximo).

Después de que cada participante completara los cuestionarios en Google Drive se organizó una base de datos con la información recogida. Los factores demográficos y laborales de la muestra se analizaron mediante análisis estadístico descriptivo. El rango intercuartílico (IQR) se calculó para la media de las variables evaluadas por las escalas. La relación entre variables cuantitativas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney U para comparar variables que no siguieron una distribución normal. Se realizó un análisis de regresión lineal simple para calcular el valor predictivo individual de cada una de las dimensiones evaluadas en la Escala de afrontamiento ante la muerte. Finalmente, se aplicaron modelos de regresión logística y lineal múltiples utilizando el procedimiento *Stepwise* ("paso a paso") para seleccionar los mejores predictores de la percepción de afrontamiento

de la muerte. Todos los análisis se realizaron con un error Tipo I del 5%, indicando el intervalo de confianza asociado (IC) a cada parámetro. El análisis de los datos se calculó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

## Resultados

Las características sociodemográficas descriptivas de la población (n = 534 enfermeras), de acuerdo con la autopercepción de afrontamiento ante la muerte, se muestran en la Tabla 1. La mayoría de los participantes (78,7%) eran mujeres, con un promedio de edad de 39,7 años (rango 22-65 años). El 38% tenía más de 21 años de experiencia laboral, el 66% tenían estudios de grado, y la mayoría (77%) trabajaba en instituciones públicas de salud, principalmente hospitales generales (27,7%) y centros de atención primaria (27,7%) (Tabla 1). Más de la mitad de las enfermeras informaron que su percepción de afrontamiento ante la muerte era óptima (> 157 puntos) (61,2%). En comparación con las enfermeras mayores, las jóvenes mostraron con mayor frecuencia un afrontamiento inadecuado (p <0,001). Además, ser hombre, tener más años de experiencia en enfermería y trabajar en entornos clínicos de salud públicos, también se relacionó positiva y significativamente con la puntuación de autopercepción de afrontamiento ante la muerte (p <0,05).

Tabla 1 - Características sociodemográficas de las enfermeras participantes españolas, reclutadas entre febrero de 2014 y abril de 2015 (n= 534)

Variables	n (%)	Escala Afrontamiento de la muerte		p	Afrontamiento inadecuado ≤105	Afrontamiento óptimo ≥ 157	p
		Media	SE*		n (%)	n (%)	
Edad (años)							
≤30	150 (28,1)	128,7	27,6		41 (38,3)	77 (23,5)	
31-42	162 (30,3)	135,8	28,0	<0,001	35 (32,7)	94 (28,7)	<0,001
43-54	151 (28,3)	142,9	29,1		27 (25,2)	110 (33,6)	
55-65	71 (13,3)	142,1	2,9		4 (3,7)	46 (14,1)	
Sexo							
Masculino	114 (21,3)	142,6	28,4	0,006	15 (14,0)	80 (24,5)	0,06
Femenino	420 (78,7)	135,0	28,4		92 (85,9)	247 (75,5)	
Experiencia enfermería							
< 10 años	214 (40,1)	129,9	27,0	<0,001	56 (52,3)	110 (33,6)	0,003
10-20 años	118 (22,1)	138,2	29,3		22 (20,6)	76 (23,2)	
> 20 años	202 (37,8)	142,9	28,2		29 (27,1)	141 (43,1)	
Nivel académico							
Graduado	354 (66,3)	135,1	28,4	0,038	74 (69,2)	207 (63,3)	0,156
Postgraduado	180 (33,7)	139,7	28,8		33 (30,8)	120 (36,7)	
Unidad clínica							
Cuidados críticos & Urgencias	121 (22,7)	135,2	30,8		32 (29,9)	70 (21,4)	
Unidad de Hospitalización general	117 (21,9)	138,9	27,4	0,883	18 (16,8)	75 (22,9)	0,532
Unidad de Hospitalización especializada	148 (27,7)	137,5	28,6		28 (26,2)	91 (27,8)	
Atención primaria	148 (27,7)	135,2	27,5		29 (27,1)	91 (27,8)	
Centro							
Público	411 (77,0)	138,0	28,8	0,008	77 (72,0)	261 (79,8)	0,026
Privado	90 (16,9)	128,9	27,2		26 (24,3)	42 (12,8)	
Concertado	33 (6,2)	141,4	26,3		4 (3,7)	24 (7,3)	

\*SE = Error Estándar

Muchas enfermeras (66%) evaluaron la calidad de su ambiente de trabajo como desfavorable (datos no mostrados), y sólo una de las cinco subescalas del PES-NWI "relaciones interprofesionales y práctica conjunta", se percibía como favorable ( $2,5 \pm 0,8$ ; Tabla 2). Con respecto a la autoevaluación de la implementación de la PBE, la puntuación más alta se encontró en la subescala del conocimiento/habilidades ( $47,9 \pm 11,3$ ). En relación a esta escala, las mejores puntuaciones se encontraron entre enfermeras con formación de posgrado para las tres subescalas de la PBE (datos no mostrados), cuando se comparaban con los de formación académica más baja. Además, más de la mitad de los participantes también informaron de altos niveles de estrés ( $83,5 \pm 14,9$ ) durante la atención al final de la vida (Tabla 2).

El coeficiente de Pearson mostró que la edad ( $r = 0,182$ ,  $p < 0,001$ ), la puntuación total obtenida en la escala del entorno de práctica enfermera ( $r = 0,171$ ,  $p < 0,001$ ) y la subescala "relaciones interprofesionales y práctica conjunta" ( $r = 0,172$ ,  $p < 0,001$ ), se correlacionaron significativa y positivamente con el afrontamiento ante la muerte. También se encontraron correlaciones significativas y positivas entre la puntuación de las tres subescalas de PBE, a favor de las enfermeras cuya autopercepción de competencia profesional ante la atención a pacientes moribundos era óptima (práctica  $r = 0,262$ ; actitud  $r = 0,387$ ; conocimiento/habilidades  $r = 0,240$ ;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, las situaciones de

estrés laboral de enfermería y el afrontamiento de la muerte mostraron una relación significativa negativa ( $r = -0,240$ ,  $p < 0,001$ ), así como entre el estrés laboral y el ambiente de trabajo ( $r = -0,341$ ,  $p < 0,001$ ). También se encontraron relaciones positivas y significativas entre los factores del ambiente de trabajo y la PBE, destacando los "fundamentos de enfermería para la calidad de la atención" con la práctica ( $r = 0,161$ ,  $p < 0,001$ ) y la actitud hacia la PBE ( $r = 0,114$ ,  $p < 0,01$ ) (datos no mostrados).

El contraste multivariado indicó un efecto significativo en la percepción de afrontamiento a la muerte para los factores PES-NWI ( $F_{10; 1056} = 2,481$ ;  $p = 0,006$ ;  $\eta^2 = 0,023$ ). Los participantes con percepciones de afrontamiento inadecuado, obtuvieron menor puntuación en la subescala PES-NWI "Personal y adecuación de recursos humanos" ( $1,7 \pm 0,6$ ) respecto a los participantes con una percepción de afrontamiento de la muerte neutral u óptima ( $2,0 \pm 0,7$ ). El análisis de contraste multivariado para los factores de PBE también indicó un efecto significativo para la autopercepción de competencia profesional ante la muerte del paciente ( $F_6; 1060 = 13,317$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,070$ ). Aquellos participantes que percibían su afrontamiento ante la muerte óptimo, obtuvieron puntuaciones más altas en todas las subescalas de la PBE y en situaciones laborales menos estresantes ( $81,1 \pm 15,1$ ) respecto a los participantes con percepción de afrontamiento inadecuado o neutral (Tabla 3).

Tabla 2 - Puntuaciones de las escalas y subescalas de los cuestionarios: Afrontamiento de la muerte, PES-NWI\*, PBE† y Estrés para enfermería, entre las enfermeras participantes españolas, reclutadas entre febrero de 2014 y abril de 2015 (n= 534)

Variables	M <sup>‡</sup>	SE <sup>§</sup>	IQR <sup>  </sup>	IQR <sup>  </sup>
Puntuación total Escala Afrontamiento de la muerte	136,7	28,6	134,2	139,1
Afrontamiento inadecuado (n=107)	95,3	10,7	93,3	97,4
Afrontamiento óptimo (n=327)	155,3	16,8	153,6	157,3
Puntuación total PES-NWI*	2,2	0,5	2,2	2,3
Participación del enfermero en asuntos del centro sanitario	2,1	0,6	2,0	2,1
Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados	2,4	0,6	2,4	2,5
Capacidad, liderazgo y apoyo de los enfermeros por parte de los gestores de enfermería	2,2	0,8	2,2	2,3
Personal y adecuación de recursos humanos	2,0	0,7	1,9	2,0
Relaciones interprofesionales y práctica conjunta	2,5	0,8	2,5	2,6
PBE†				
Práctica de PBE†	26,6	7,1	26,0	27,2
Actitud hacia PBE†	16,8	3,7	16,5	17,2
Conocimiento/habilidades en PBE†	47,9	11,3	46,9	48,8
Puntuación total Escala Estrés para enfermería	83,5	14,9	82,2	84,7

\*PES-NWI = Escala Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index; †PBE = Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería; ‡M = Media; §SE = Error Estándar; ||IQR = Rango Intercuartílico

Tabla 3 - Asociación entre el afrontamiento de la muerte y los cuestionarios PES-NWI\*, PBE† y Estrés para Enfermería, entre las enfermeras participantes españolas, reclutadas entre febrero de 2014 y abril de 2015 (n= 534)

Variables	Afrontamiento inadecuado (<33) N = 107		Afrontamiento óptimo (>66) N = 327		F Test <sup>§</sup>		
	Media	SE <sup>‡</sup>	Media	SE <sup>‡</sup>	F2;531 <sup>§</sup>	p <sup>  </sup>	η <sup>2†</sup>
Edad	36,3	10,5	40,9	11,3	6,529	0,002	0,024
Puntuación total PES-NWI*	2,1	0,5	2,3	0,5	9,433	<0,001	0,034
Participación del enfermero en asuntos del centro sanitario	1,9	0,6	2,1	0,6	4,950	0,007	0,018
Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados	2,3	0,5	2,5	0,6	5,534	0,004	0,020
Capacidad, liderazgo y apoyo de los enfermeros por parte de los gestores de enfermería	2,0	0,7	2,3	0,8	6,148	0,002	0,023
Personal y adecuación de recursos humanos	1,7	0,6	2,0	0,7	6,309	0,002	0,023
Relaciones interprofesionales y práctica conjunta	2,3	0,7	2,6	0,8	8,215	<0,001	0,030
PBE†							
Práctica de PBE†	24,4	6,9	27,7	6,9	10,290	<0,001	0,037
Actitud hacia PBE†	14,5	4,6	17,8	2,8	38,960	<0,001	0,128
Conocimiento/habilidades en PBE†	44,4	12,3	49,7	10,7	11,446	<0,001	0,041
Puntuación total Escala Estrés para enfermería	88,4	12,3	81,1	15,1	11,826	<0,001	0,043

\*PES-NWI = Escala Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Work Index; †PBE = Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería; ‡SE = Error Estándar; §F Test = Prueba del Valor de Distribución; ||p-value; †η<sup>2</sup> = Eta-square

Tras la aplicación del método de selección de variables predictoras "paso a paso", los modelos de regresión multivariante mostraron que algunas de las características sociodemográficas, así como del entorno y del estrés laboral, además de la PBE, estaban relacionadas con el afrontamiento ante la muerte, aunque sólo podían explicar el 23,1% de la varianza ( $p < 0,001$ ) (Tabla 4). El modelo de regresión lineal multivariante indicó asociaciones positivas con el entorno laboral y los factores de la PBE ( $\beta = 0,12$ ,  $p < 0,05$ ;  $\beta = 0,16$ ,  $p = 0,001$ ;  $\beta = 0,29$ ,  $p = 0,001$ , respectivamente), pero negativas con el estrés ocupacional ( $\beta = -0,10$ ,  $p < 0,015$ ). Una actitud positiva hacia la PBE fue el factor con mayor capacidad predictiva ( $\beta = 0,29$ ,  $p = 0,001$ ), lo que indica que una puntuación más alta en esta subescala predice un mayor nivel de afrontamiento autopercebido ante el paciente moribundo. Además del estrés ocupacional en enfermería, una menor experiencia laboral también mostró una asociación negativa, reflejado en un menor nivel de afrontamiento ante la muerte percibido con menos de 10 años de práctica enfermera ( $\beta = -0,18$ ,  $p < 0,001$ ).

De la misma manera, cuando la variable de afrontamiento se dicotomizó, el modelo logístico de regresión multivariante también mostró que algunas características sociodemográficas, del entorno y del estrés laboral, así como de la PBE, se relacionaban con la autopercepción de afrontamiento al final de la vida (Tabla 5). Así, el modelo indicó asociaciones positivas con el ambiente de trabajo (relaciones interprofesionales) y con los factores de la PBE (práctica y actitud), pero negativas con el estrés ocupacional en enfermería. Años de experiencia y capacitación también eran factores determinantes para percibir un afrontamiento óptimo ante la muerte, pero no la edad. En este modelo logístico,

ser varón tampoco aparecía como factor determinante de la autopercepción de competencia profesional ante la muerte.

Tabla 4 - Modelo de regresión lineal multivariante de la escala de afrontamiento ante la muerte (estudio de enfermeras españolas durante 2014-2015)

Variables	B*	p†	95%IC‡	
Constante			70,61	111,95
Relaciones interprofesionales y práctica conjunta	0,12	0,004	1,30	6,98
Práctica de PBE§	0,16	0,001	0,32	0,96
Actitud hacia PBE§	0,29	0,001	1,63	2,86
Estrés enfermería	-0,10	0,015	-0,35	-0,04
Sexo (masculino)	0,07	0,052	-0,03	10,46
Experiencia profesional (<10 años)	-0,18	0,001	-15,72	-5,68
Experiencia profesional (10-20 años)	-0,05	0,277	-8,92	2,56

\*B = Beta; †Valor dep; ‡IC = Intervalo de Confianza; §PBE = Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería

Tabla 5 - Modelo logístico de regresión multivariante de la escala de afrontamiento ante la muerte (estudio de enfermeras españolas durante 2014-2015)

Variables	OR*	p†	95%IC‡	
Constante			0,075	4,981
Relaciones interprofesionales y práctica conjunta	1,300	0,054	0,995	1,698
Práctica de PBE§	1,041	0,007	1,011	1,072
Actitud hacia PBE§	1,127	0,000	1,068	1,189
Estrés enfermería	0,985	0,043	0,971	0,999
Sexo (masculino)	1,466	0,148	0,873	2,463
Experiencia profesional (<10 años)	0,745	0,002	0,295	0,760
Experiencia profesional (10-20 años)	0,611	0,295	0,428	1,294

\*OR = Odds Ratio; †Valor de p; ‡IC = Intervalo de Confianza; §PBE = Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia en Enfermería

## Discusión

En nuestra población de estudio, los hallazgos relacionan varias características sociodemográficas y ocupacionales con la autopercepción de los profesionales de enfermería en el afrontamiento ante la muerte. Específicamente, la edad (mayores de 31 años), el sexo (varón), el nivel académico (formación de posgrado) y la experiencia laboral (al menos 10 años de trayectoria profesional como enfermera) aumentaron la puntuación de la propia percepción de afrontamiento ante el paciente moribundo. Además, entre los cuestionarios destacan cuatro variables que también eran importantes para evaluar la percepción del profesional en su afrontamiento ante la muerte del paciente: 1) Las colaboraciones interprofesionales y de trabajo en equipo; 2) la actitud hacia PBE, que incluye barreras percibidas como la carga de trabajo y los juicios personales; 3) la práctica relacionada con la implementación de la PBE y la atención individual del paciente; y 4) el estrés laboral.

Diferentes estudios previos han corroborado estos hallazgos<sup>(31-36)</sup>. Los varones son más racionales, decisivos y resistentes cuando trabajan en situaciones difíciles como en el cuidado a pacientes moribundos<sup>(31)</sup>, y a menudo tienen su propio enfoque para afrontar las emociones difíciles y mantener su propio bienestar, ya que los estereotipos masculinos de autosuficiencia y competitividad influyen en su práctica y experiencia<sup>(32)</sup>.

Algunos estudios también enfatizan el beneficio de tener una mayor experiencia profesional, una capacitación más completa en la atención al final de la vida<sup>(33)</sup> y una exposición a situaciones de sufrimiento como la muerte<sup>(34)</sup>. Esto proporciona conocimiento y habilidades para mejorar la atención a pacientes moribundos en el futuro, llegando potencialmente al punto de sentirse cómodos<sup>(6)</sup>. Enfermeras con menos de 10 años de experiencia son más vulnerables y se sienten más agotadas, tienen niveles más altos de despersonalización y niveles más bajos de realización personal<sup>(35)</sup>. Al mismo tiempo, enfermeras con más años de experiencia pudieron mantener la distancia y establecer límites durante el cuidado de fin de vida<sup>(36)</sup>. Estos hallazgos también se ajustan a la evidencia previa sobre las "relaciones interprofesionales y de práctica conjunta"<sup>(34)</sup>.

En relación con la percepción de los profesionales de enfermería españoles sobre su entorno de trabajo, dos tercios de la población de estudio consideraron que el entorno laboral era desfavorable ya que sus evaluaciones fueron más bajas que las puntuaciones en hospitales "Magnet". Sin embargo, la PBE se evaluó de acuerdo al conocimiento de dichos profesionales más

que al de su práctica clínica, lo que indica un contexto laboral desalentador. Con respecto a los factores menos valorados dentro de la escala PES-NWI, la escasez de personal es un elemento restrictivo para cumplir las funciones y responsabilidades profesionales<sup>(37)</sup>, mientras que un ambiente de apoyo entre compañeros de trabajo es útil para afrontar la atención al final de la vida<sup>(38)</sup>. Este ambiente laboral percibido como desfavorable también podría estar relacionado con la crisis económica que los profesionales de la salud españoles están experimentando últimamente<sup>(39)</sup>. Además, la alta carga de trabajo en la atención al paciente moribundo demanda las mismas condiciones de atención que antes del comienzo de la crisis y no se adapta a la escasez de recursos<sup>(40)</sup>. La falta de personal podría obligar a elegir entre brindar atención integral a todos los pacientes moribundos o enfocarse solo en los casos más urgentes<sup>(41)</sup>, causando frustración y agotamiento emocional entre los profesionales<sup>(42)</sup>.

Por otro lado, las bajas puntuaciones en la subescala PES-NWI "participación de enfermeras en asuntos del centro sanitario" merecen una atención especial por parte de los gestores de las instituciones porque su participación profesional en asuntos organizativos influye positivamente en la eficiencia y la eficacia a nivel de equipo<sup>(43)</sup>, especialmente cuando se observa en la población de estudio que más de la mitad de los profesionales informaron tener altos niveles de participación en asuntos hospitalarios en las situaciones planteadas.

La asociación positiva encontrada entre la actitud y la práctica de la PBE y la percepción de afrontamiento ante la muerte sugiere la importancia de tener un conocimiento bien fundado para la seguridad profesional; es decir, poder percibirse capacitado para afrontar la muerte de los demás. Varios estudios han indicado que la realización de programas formativos adicionales ayudan a prestar la atención adecuada a los pacientes moribundos<sup>(44)</sup>. Cabe señalar que algunas instituciones han logrado reforzar la confianza de las enfermeras para brindar la mejor atención a los pacientes oncológicos después de pasar por programas de formación sobre PBE<sup>(45)</sup>. Sin embargo, todavía hay barreras para la oferta de formación continua para los profesionales de enfermería que participan en la atención al final de la vida<sup>(10)</sup>.

La asociación negativa entre el estrés ocupacional y el afrontamiento de la muerte, independientemente del lugar de trabajo de enfermería, aparece en hallazgos anteriores<sup>(38,46)</sup>, lo que indica que la fatiga de la compasión limita el nivel de afrontamiento ante los momentos finales de la vida de un paciente.

Finalmente, nuestros hallazgos corroboran la relación entre las dimensiones del entorno profesional analizado y la percepción de afrontamiento ante la muerte. Específicamente, se comprobó que las peores puntuaciones en todas las dimensiones del contexto analizado estaban relacionados con un peor nivel de afrontamiento percibido ante la muerte; sin embargo, no todas las dimensiones analizadas tenían el mismo valor predictivo en la percepción de afrontamiento. El modelo de predicción mostró que los factores que más influían en la capacidad de los profesionales de enfermería para afrontar situaciones de fin de vida, con un poder explicativo moderado fueron: sexo (masculino), experiencia en enfermería (menos de 10 años y entre 10 y 20 años), "relaciones interprofesionales y de práctica conjunta", la percepción del ambiente de trabajo, los factores de práctica clínica y la actitud hacia la PBE, además del estrés de enfermería. Varios estudios han señalado que la asociación positiva encontrada entre el factor "relaciones interprofesionales y práctica conjunta", y la autopercepción de competencia profesional enfermera ante la muerte del paciente era la principal fuente de apoyo emocional para mejorar la atención de enfermería hacia los pacientes moribundos<sup>(46-48)</sup>.

Este estudio tiene varias limitaciones y fortalezas. Al tratarse de un diseño observacional transversal, no es posible establecer relaciones causales definitivas. Además, aunque la población de estudio podría considerarse representativa de la población española (un país y una cultura), el sistema de reclutamiento limita cualquier generalización. Por otra parte, la mayoría de los participantes eran mujeres, de acuerdo con la distribución de género en la profesión de enfermería en el contexto español. Todos los cuestionarios utilizados eran validados, aunque, no se puede descartar que haya podido ocurrir un sesgo en la recopilación de la información debido a la falta de conocimiento u otros factores no identificados. Además, estos cuestionarios se completaron de forma online, restringiendo la encuesta web a los profesionales que tenían acceso a Internet. No obstante, estos cuestionarios se han utilizado en numerosos estudios entre la población española en otros contextos, reduciendo el sesgo de información. El tamaño de la muestra fue grande, los sujetos del estudio pertenecían a diferentes regiones de España, y se consideraron muchos factores distintos de manera simultánea. Hay que destacar, también, que para minimizar el sesgo de selección, el estudio se realizó no solo en los servicios de cuidados paliativos u oncológicos, sino en otras especialidades de enfermería.

Según nuestros resultados, este tipo de estudio de afrontamiento podría utilizarse, por tanto, para detectar qué profesionales de enfermería perciben una alta competencia en la atención de final de la vida. Es

importante que los profesionales se sientan cómodos al trabajar con estos pacientes, lo que implica que las actitudes, la conciencia social o las opiniones personales también puedan influir en las estrategias de afrontamiento ante la muerte. Además, las instituciones sanitarias deberían participar en la identificación de los factores que influyen en la calidad de vida del profesional de la salud, así como, en la calidad de su práctica clínica. La formación en enfermería también debe promover la capacitación específica para reforzar las estrategias de afrontamiento al final de la vida o el manejo de los sentimientos hacia el paciente que morirá, para evitar influencias negativas durante el trabajo de futuros profesionales.

## Conclusión

A pesar de los desafíos que sobrelleva ser profesional de enfermería en un entorno de fin de vida, esta situación no parece determinante para percibir un nivel óptimo de afrontamiento ante la muerte. Los factores más influyentes son la edad, los años de experiencia y la formación. En un entorno predominantemente femenino, ser varón aparece como factor predictivo positivo de afrontamiento profesional óptimo ante el final de vida. Los estudios futuros deberían analizar a fondo estas diferencias de sexo. También se encontró que todos los elementos del contexto profesional analizados influyen en la percepción del afrontamiento ante la muerte; no obstante, el poder explicativo moderado encontrado sugiere la necesidad de considerar otros elementos no incluidos en este estudio. Finalmente, dada la importancia del equipo profesional, la gestión de enfermería desempeña una función clave al proporcionar mejores entornos de práctica, facilitar el uso y la capacitación de la investigación en el lugar de trabajo e identificar el estrés ocupacional. Todo esto ha demostrado ser predictivo de la competencia profesional autopercebida de las enfermeras españolas en el tratamiento de pacientes moribundos.

## Agradecimientos

Queremos sinceramente dar las gracias a todos los participantes del estudio por responder a los cuestionarios y compartir sus puntos de vista, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible realizar este trabajo. También agradecemos al traductor por su ayuda con la edición del idioma inglés.

## Referencias

1. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2015 [cited Jul 28, 2018]; 52(1):288-96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

2. Liu YC, Chiang HH. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *Eur Oncol Nurs Soc.* [Internet] 2017 [cited Ago 15, 2018]; 31:30-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.002>.
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Studies.* [Internet] 2013 [cited Ago 12, 2018]; 50(2):143-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
4. Lai XB, Wong FKY, Ching SSY. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. *BMC Palliative Care.* [Internet] 2018 [cited Sep 3, 2018]; 17(1):116. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0372-7>.
5. Baartman LKJ, de Bruijn E. Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualising learning processes towards vocational competence. *Educ Res Rev.* [Internet] 2013 [cited Sep 3, 2018]; 6(2):125-34. doi: 10.1016/j.edurev.2011.03.001.
6. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Austr Emerg Nurs J.* [Internet] 2013 [cited Ago 18, 2018]; 16(4):152-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>
7. Barnett MD, Moore JM, Garza CJ. Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *J Nurs Manage.* [Internet] 2019 [cited Ago 8, 2018]; 27(4):775-80. doi: 10.1111/jonm.12737.
8. Souza e Souza LP, Ribeiro JM, Rosa RB, Gonçalves RCR, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm Global.* [Internet] 2013 [cited Sep 27, 2018]; 12:222-9. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.163241>
9. Celma AG, Strasser G. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* [Internet] 2015 [cited Ago 8, 2018]; 25(2):485-500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
10. Karbasi C, Pacheco E, Bull C, Evanson A, Chaboyer W. Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2018 Dec;71:60-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.007>.
11. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative Supportive Care.* [Internet] 2014 [cited Oct 23, 2018]; 12:309-16. doi: 10.1017/S1478951513000138.
12. Terakado A, Matsushima E. Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Psychooncology.* [Internet] 2015 [cited May 2, 2019]; 24:63-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3584>.
13. Beng TS, Chin LE, Guan NC, Yee A, Wu C, Pathmawathi S, et al. The experiences of stress of palliative care providers in Malaysia: A thematic analysis. *Am J Hospice Palliative Med.* [Internet] 2015 [cited Sep 2, 2018]; 32(1):15-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909113503395>
14. Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2015 [cited Sep 6, 2018]; 52(3):695-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005>
15. Kopp W, Hanson MA. High-fidelity and gaming simulations enhance nursing education in end-of-life care. *Clin Simul Nurs.* [Internet] 2015 [cited Sep 6, 2018]; 8(3):e97-e102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2010.07.005>
16. Yoshioka S, Moriyama M, Ohno Y. Efficacy of the End-of-Life Nursing Care Continuing Education Program for nurses in general wards in Japan. *Am J Hospice Palliative Care.* [Internet] 2014 [cited Ago 8, 2018]; 31:513-20. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909113491133>
17. Stilos K. Improving end-of-life care through quality improvement. *Int J Palliative Nurs.* [Internet] 2016 [cited Ago 8, 2018]; 22(9):430-4. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.9.430.
18. Skela-Savič B, Pesjak K, Lobe B. Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *Int Nurs Rev.* [Internet] 2016 [cited Sep 12, 2018]; 63(1):122-31. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12233>.
19. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost P J. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *J Palliative Med.* [Internet] 2014 [cited Jul 9, 2018]; 17(2):219-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
20. Wilson J, Kirshbaum M. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *Br J Nurs.* [Internet] 2011 [cited Ago 30, 2018]; 20(9):559-63. doi: 10.12968/bjon.2011.20.9.559.
21. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2005 [cited Sep 26, 2018]; 42(2):125-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004.

22. Bugen LA. Coping: Effects of death education. *Omega: J Death Dying*. 1980;11:175–83.
23. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. The effects of a training program on coping with death in palliative care. *Med Paliativa*. [Internet] 2012 [cited Ago 15, 2018]; 19(3):113–20. doi:10.1016/j.medipa.2010.11.001.
24. Galiana L, Oliver A, De Simone G, Linzitto JP, Benito E, Sansó N. A brief measure for the assessment of competence in coping with death: The coping with death scale short version. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(2):209–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.003>.
25. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Gonzalez-Maria E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2013 [cited Ago 11, 2018]; 50(2):274–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
26. Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nurs Res*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 55(1):1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439923>
27. Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bannasar Venya M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validation of the Spanish Version of the Evidence Based Practice Questionnaire in Nurses. *Rev Española Salud Publica*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 83(4):577–86. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es)
28. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 53(4):454–8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x.
29. Gray-Toft P, Anderson J. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behav Assess*. [Internet] 1981 [cited Sep 2, 2018]; 3:11–23. doi: 10.1007/BF01321348.
30. Mas R, Escribà-Agüir V. The spanish version of the nursing stress scale, a cross-cultural adaptation process. *Rev Española Salud Publica*. [Internet] 1998 [cited Sep 5, 2018]; 72(6): 529–38. ISSN 2173-9110. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000600006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600006&lng=es)
31. Wu TW, Oliffe JL, Bungay V, Johnson JL. Male ICU Nurses' Experiences of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis. *Am J Men's Health*. [Internet] 2015 [cited Oct 12, 2018]; 9(1):44–52. Available from: <https://doi.org/10.1177/1557988314528236>
32. Oliffe JL, Han CSE. Beyond workers' compensation: Men's mental health in and out of work. *Am J Men's Health*. [Internet] 2014 [cited Oct 8, 2018]; 8(1):45–53. Available from: <https://doi.org/10.1177/1557988313490786>
33. Ober AM, Granello DH, Wheaton JE. Grief counseling: an investigation of counselors' training, experience, and competencies. *J Counsel Develop*. [Internet] 2012 [cited Oct 11, 2018]; 90(2):150–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00020.x>
34. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage*. [Internet] 2015 [cited Oct 20, 2018]; 50(2):200–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
35. Lobb EA, Oldham L, Vojkovic S, Kristjanson LJ, Smith J, Brown JM, Dwyer VWJ. Frontline grief: the workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *J Hospice Palliative Nurs*. [Internet] 2010 [cited Oct 16, 2018]; 12(4):225–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181dceadc>
36. Hindere KA. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *DCCN - Dimensions Crit Care Nurs*. [Internet] 2012 [cited May 16, 2019]; 31:252–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e318256e0f1>.
37. Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources model. *J Work Org Psychol*. [Internet] 2013 [cited Oct 23, 2018]; 29:107–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a16>
38. Malloy P, Thrane S, Winston T, Virani R, Kelly K. Do nurses who care for patients in palliative and end-of-life settings perform good self-care? *J Hospice Palliative Nurs*. [Internet] 2013 [cited Oct 26, 2018]; 15(2):99–106. Available from: <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31826bef72>.
39. Zabalegui A, Cabrera E. Economic crisis and nursing in Spain. *J Nurs Manage*. [Internet] 2010 [cited Oct 14, 2018]; 18:505–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01118.x>
40. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno T, López D, Gómez T, González E. Perception of work environment of nurses in hospitals of the Spanish national health system. RN4CAST-Spain project. *Enferm Clin*. [Internet] 2012 [cited Oct 5, 2018]; 22(5):261–8. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001.
41. Lemonde M, Payman N. Perception du rôle de l'infirmière en oncologie. *Can Oncol Nurs J*. [Internet] 2015 [cited Nov 2, 2018]; 25(4). Available from: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/610>

42. Sundin L, Hochwalder J, Lisspers J. A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*. [Internet] 2011 [cited Oct 4, 2018]; 38(4):389–400. Available from: <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1142>
43. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings of a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2012 [cited Oct 6, 2018]; 49:1411–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>
44. Lindqvist O, Tishelman C. Going public: reflections on developing the DöBra research program for health-promoting palliative care in Sweden. *Progress Palliative Care*. [Internet] 2016 [cited Oct 23, 2018]; 24(1):19–24. doi: 10.1080/09699260.2015.1103497.
45. Eaton LH, Meins AR, Mitchell PH, Voss J, Doorenbos AZ. Evidence-Based Practice Beliefs and Behaviors of Nurses Providing Cancer Pain Management: A Mixed-Methods Approach. *Oncol Nurs Forum*. [Internet] 2015 [cited Oct 9, 2018];42(2):165–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/15.ONF.165-173>
46. Chang HJ, Hsu LL, Hsieh SI, Chu TL, Yu WP. Development of a Needs Scale for Nurses Receiving In-Service Palliative Care Education. *Cancer Nurs*. [Internet] 2016 [cited Oct 9, 2018]; 39(3):22–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000277>
47. Sato M. Nurse experiences of grief and coping in the intensive care unit. [PhD thesis]. Arizona: University of Arizona; 2015.
48. Bohnenkamp S, Pelton N, Rishel CJ, Kurtin S. Implementing Evidence-Based Practice Using an Interprofessional Team Approach: Part Two. *Oncol Nurs Forum*. [Internet] 2014 [cited Oct 27, 2018]; 41(5):548–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/14.ONF.548-550>

Recibido: 20.12.2018

Aceptado: 19.09.2019

---

Autor de correspondencia:  
Maria Povedano-Jimenez  
E-mail: [mariapoji@correo.ugr.es](mailto:mariapoji@correo.ugr.es)  
<https://orcid.org/0000-0002-0472-5733>

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.