



Revisión sistemática

Vivencias y emociones profesionales en el proceso de donación y trasplantes de órganos. Una revisión sistemática

Alina Danet Danet ^{a,b,*} y Pedro M. Jimenez Cardoso ^c

^a Ciber Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España

^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^c Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESUMEN

Historia del artículo:

Recibido el 31 de julio de 2018

Aceptado el 24 de enero de 2019

On-line el 28 de marzo de 2019

Palabras clave:

Personal de salud

Emociones

Trasplante de órganos

Obtención de órganos y tejidos

Revisión

Introducción: El objetivo de este artículo fue explorar, analizar y sintetizar las experiencias emocionales de profesionales sanitarios de donación y trasplantes.

Método: Se realizó una revisión sistemática cualitativa en Medline, Science Direct y la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se seleccionaron 16 artículos originales, realizando una evaluación cualitativa y síntesis narrativa.

Resultados: Se identificó el uso mayoritario de métodos cualitativos y 4 temáticas emergentes: trabajar en donaciones y trasplantes; la transición de roles profesionales; vivencias emocionales, y afrontamiento y mejora de la gestión emocional. Se reflejaron la complejidad y la pluralidad de las vivencias emocionales y la centralidad del enfoque relacional.

Conclusiones: Las intensas experiencias emocionales en torno a la responsabilidad vivida, la asunción del trabajo como un gran reto y la búsqueda de recompensas como principal estrategia de afrontamiento aparecieron como factores explicativos de importantes contradicciones y tensiones de roles y funciones, con especial relevancia durante la entrevista de donación.

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Emotional experiences of health professionals in organ procurement and transplantation. A systematic review

ABSTRACT

Keywords:

Health personnel

Emotions

Organ transplantation

Tissue and organ procurement

Review

Introduction: The objective was to explore, discuss and synthesize the emotional experiences of health professionals during the process of organ procurement and transplantation.

Methods: A systematic review was made in Medline, Science Direct and the Virtual Library of the Andalusian Public Health System, selecting 16 original articles for inclusion in the review, with qualitative evaluation and narrative synthesis.

Results: The results revealed the main use of qualitative methodology, and 4 emergent themes were identified: working in organ procurement and transplantation; the transition

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Alina.danet.easp@juntadeandalucia.es (A. Danet Danet).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.01.015>

0009-739X/© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



of professional roles; emotional experiences; and, coping strategies and emotional management. This systematic review revealed the complex and diverse character of professionals' emotional experiences as well as the importance of the interpersonal relationship.

Conclusions: Intense emotional experiences related to the sense of responsibility, the work challenge and coping strategies based on reward searching explained important contradictions and tensions about professional roles and functions, especially during the donation interview.

© 2019 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Dentro del panorama médico-quirúrgico del mundo occidental actual, los trasplantes de órganos constituyen una opción terapéutica en continuo desarrollo¹, gracias a los avances tecnológicos y la adopción de nuevas alternativas de obtención de órganos².

Pese al incremento constante de las donaciones (con mayores tasas en países de Europa, EE. UU., Australia, Canadá o Brasil)², fuentes recientes documentan la causalidad multifactorial de la escasez de órganos³. Por una parte, la adopción del modelo del consentimiento presunto⁴ o la organización de equipos específicos de coordinación de trasplante (inicialmente implantado en España, EE. UU. o Canadá, pero exportado a muchos sistemas actuales⁵) mostraron su eficacia en el aumento de las tasas de donaciones⁶. Sin embargo, también se evidenció la importancia de los conocimientos y actitudes, así como de la experiencia y la preparación de los profesionales sanitarios en el proceso de solicitud de donaciones^{3,7}.

Siguiendo fuentes actuales, la actitud general del personal sanitario hacia la donación de órganos es positiva en un 80%⁸, aunque el impacto psicológico y social de la solicitud de donación puede generar importantes dilemas profesionales^{8,9}. Estos, sumados a las exigencias físicas, psíquicas y emocionales del trabajo asistencial^{10,11}, constituirían fuentes importantes de estrés, desgaste profesional, deterioro de la salud y satisfacción profesional¹²⁻¹⁴ y, a la vez, podrían tener un efecto negativo en el resultado de la entrevista de donación^{15,16}.

Siguiendo perspectivas teóricas cognitivas y fenomenológicas, en los 90, diversas investigaciones prestaron atención a los factores de estrés asociados a las fases de anticipación, confrontación y confrontación postexposición experimentadas por el personal sanitario durante la atención a pacientes y familiares en el proceso donación/ trasplante^{12,17}. Entre las estrategias de afrontamiento —esfuerzos llevados a cabo para superar, cambiar o tolerar las demandas de una situación difícil—, las más comunes fueron búsqueda de apoyo, uso de experiencias previas, distanciamiento y desviación de responsabilidades o revaloración positiva^{17,18}.

Por otra parte, también los estudios centrados en las necesidades y expectativas de pacientes y familiares, resaltaron el impacto positivo que tienen la observación, escucha, empatía, comprensión y acompañamiento profesional para la aceptación de la donación^{13,19-21}.

Hasta la actualidad, la principal medida de mejora orientada a reducir el estrés y adecuar la atención sanitaria, fue la apuesta por programas específicos de formación y entrenamiento para profesionales sanitarios²². Las experiencias formativas más destacadas (European Donor Hospital Education Programme²³,

el Programa COPe²⁴, replicado en diferentes países, el modelo formativo italiano de relación con las familias UCI INTENSI-VA.it²⁴ o la formación continua en Turquía²⁵) tuvieron el objetivo de mejorar la tasa de donaciones, pero no se orientaron específicamente hacia conocer las emociones y preparar a los profesionales en el manejo y gestión emocional²⁶.

Ante la necesidad de tener un conocimiento sintetizado que facilite la adecuación de las medidas de apoyo para una mejor gestión emocional del personal sanitario, el objetivo de este trabajo fue explorar, analizar y sintetizar las experiencias y vivencias emocionales de profesionales sanitarios dedicados al proceso de donaciones y trasplantes.

Métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática cualitativa de la bibliografía publicada entre 2000 y 2018 en: 1) Medline (PubMed); 2) Science Direct, y 3) base de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía a través del buscador Gerión. La estrategia de búsqueda y los descriptores, términos Medical Subject Headings (MESH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), palabras clave y estrategias empleadas para truncar términos se presentan en la figura 1.

El proceso de búsqueda se realizó de manera independiente por 2 investigadores. Los criterios de inclusión y exclusión pre establecidos se presentan en la tabla 1. Tras la identificación de los artículos, se eliminaron las fuentes duplicadas y se inició un proceso de (pre)selección, elección y análisis, realizado en 4 fases. La figura 2 describe el proceso de selección e inclusión de los artículos.

En el proceso de revisión se consultaron la declaración ENTREQ²⁷ y el checklist del protocolo PRISMA-P²⁸, y se usó un protocolo de revisión pre establecido para reducir los sesgos individuales de los autores y favorecer la transparencia y la posibilidad de replicar el estudio. Así mismo, se realizó una valoración de la calidad y validez metodológica de los estudios cuantitativos y cualitativos incluidos en la revisión, con base en los criterios establecidos por el Instituto Joanna Briggs²⁹, lo que dio lugar a la exclusión de artículos sin indicación sobre el uso del consentimiento informado o la aprobación de comités de ética, y sin descripción metodológica y muestral suficiente.

Las fuentes seleccionadas para análisis fueron revisadas, extrayendo datos del artículo (título, autores, año de publicación), emplazamiento/país, objetivos, diseño y metodología, población participante, resultados y conclusiones más relevantes. Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa de las fuentes, usando el análisis de contenido de tipo inductivo³⁰, que consistió en identificar y analizar las principales temáticas y categorías emergentes en la información contenida en los artículos.

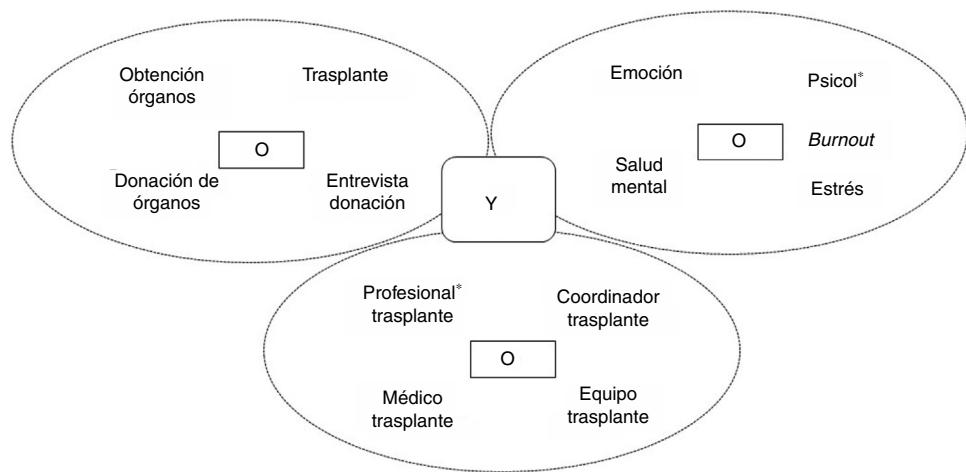


Figura 1 - Estrategia de búsqueda de las fuentes en bases de datos.

Tabla 1 - Criterios de inclusión y exclusión

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| Artículos que aborden aspectos emocionales (emociones, sentimientos, gestión emocional, estrategias de afrontamiento) en la práctica y experiencia de profesionales sanitarios pertenecientes a equipos de coordinación de trasplantes o implicados directamente en el proceso de entrevista de donación de órganos | Artículos centrados en aspectos emocionales de pacientes y familiares |
| Fuentes primarias: estudios originales con revisión por pares (cuantitativos, cualitativos) | Artículos centrados en opiniones, actitudes, discursos y posicionamientos de profesionales sanitarios y no sanitarios con respecto a la donación y trasplante de órganos |
| Estudios publicados en inglés, castellano, italiano o portugués | Estudios realizados con poblaciones de profesionales no pertenecientes a equipos de coordinación de trasplantes o que no participan en entrevistas de donación de órganos para trasplante |
| Estudios publicados entre 2000 y 2018 | Fuentes secundarias (artículos de revisión, monografías) y fuentes terciarias (folletos, libros de texto, manuales y guías) |
| | Literatura gris, editoriales, cartas al director, actas de congresos |
| | Artículos publicados en revistas sin proceso de revisión por pares |
| | No disponer de resumen en inglés o castellano |
| | Estudios publicados antes del año 2000 |

Resultados

Los 16 artículos revisados³¹⁻⁴⁶ partieron de un diseño exploratorio y descriptivo, 12 usaron metodología cualitativa^{31-36,41-46} y su principal técnica de recogida de datos fue la entrevista. El análisis de contenido se basó en la teoría fundamentada y en la fenomenología hermenéutica, uno fue de tipo etnográfico³⁶. Los 4 estudios cuantitativos³⁷⁻⁴⁰ utilizaron el cuestionario, realizaron análisis estadístico y se centraron en la prevalencia del estrés y el desgaste emocional en profesionales sanitarios y coordinadores de trasplantes.

La tabla 2 describe el diseño, el objetivo y la metodología de los 16 estudios incluidos en la revisión, así como sus principales hallazgos. Tras el análisis y la síntesis narrativa de las referencias, se detectaron 4 temáticas emergentes que se van a tratar a continuación.

Trabajar en donaciones y trasplantes: valoración general

El personal sanitario describió la experiencia profesional en equipos dedicados a donaciones y trasplantes como «apasionante y, a la vez, agotadora»³¹. Las expectativas iniciales situaron este trabajo como interesante y excitante, un reto difícil pero gratificante y las experiencias profesionales se consideraron como «diferentes», caracterizadas por cierta

soledad y aislamiento y, a veces, poca comprensión por parte del resto de profesionales³¹.

La motivación para trabajar en trasplantes se fundamentó en necesidades y expectativas personales y demandas asistenciales³¹. Como principales retos y dificultades, se identificaron: trabajar en constante presencia de la muerte, en situaciones de sufrimiento y duelo, y con altas demandas psicológicas y emocionales³⁶.

Las cualidades esenciales para trabajar en el proceso donación/trasplante fueron: disponer de atributos empáticos, de compasión y mirada positiva; tener la capacidad de distanciamiento emocional, y desarrollar habilidades relacionales y de comunicación³¹.

La transición de roles profesionales: (auto)percepciones y metáforas

Apareció el uso de diferentes metáforas en la construcción de la identidad profesional y la autopercepción del personal sanitario con relación a donaciones y trasplantes. Los profesionales se consideraron «terapeutas» y, a la vez, «ángeles de la guarda»: el rol de «terapeuta» se relacionó con el apoyo y acompañamiento realizado, mientras que la imagen del «ángel de la guarda» se fundamentó en su papel como depositarios de la confianza de pacientes y familiares³¹.

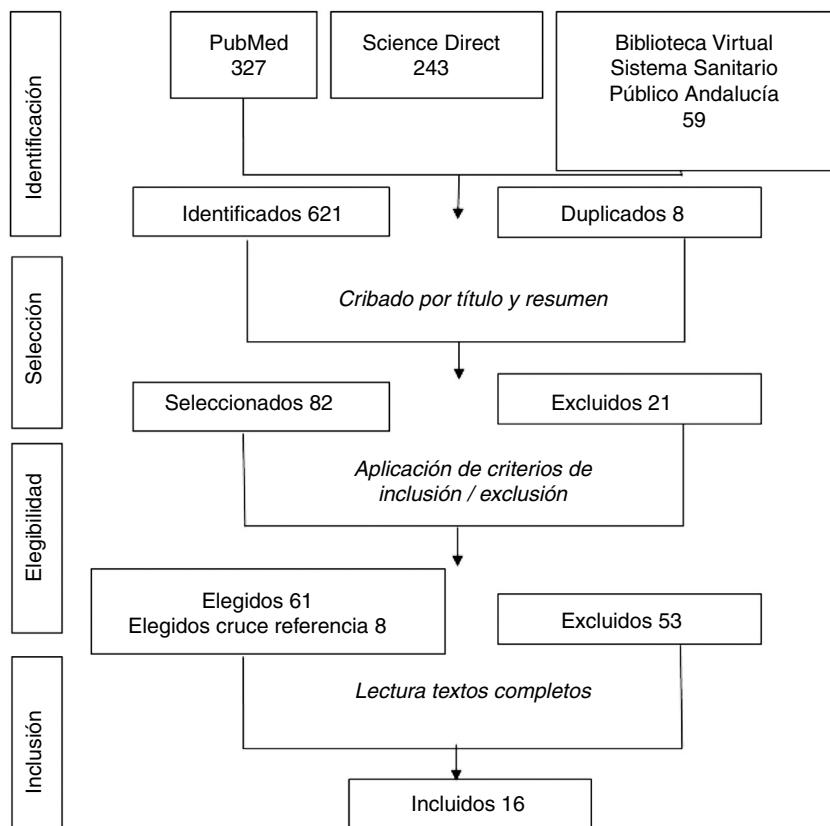


Figura 2 – Proceso de selección e inclusión.

En el estudio danés³⁶, los profesionales manifestaron su responsabilidad en la definición de «normas sobre la vida y la muerte», lo que la autora denominó rol de «guardianes del regalo», partiendo de la donación de órganos como acto irremediablemente irrecíproco que implica cierta «tiranía del

regalo»⁴⁷, entendido este en términos de Marcel Mauss como fenómeno social complejo (caracterizado por dar, recibir y asegurar la reciprocidad).

Los estudios noruegos⁴¹⁻⁴³ señalaron cómo, en la atención a potenciales donantes y sus familias, el personal sanitario de

Tabla 2 – Descripción y resultados de los estudios incluidos en la revisión

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|---------------------------------|---------------|---|--|---|
| Blumenthal (2007) ³¹ | EE. UU. | Conocer las experiencias profesionales y personales de coordinadores de trasplantes en el desempeño de su trabajo, y analizar su impacto en sus vivencias | Teoría fundamentada/ entrevistas con 21 coordinadores de trasplantes de un área metropolitana de EE. UU. | La motivación para trabajar en trasplantes se fundamenta en: autonomía, variedad, asumir retos y la oportunidad de salvar vidas La construcción de la figura de coordinadores de trasplantes se basa en la relación con la familia y genera un doble rol como consejero/terapeuta y ángel de la guarda Los factores de estrés se relacionan con: estándares propios de exigencia, responsabilidad asumida e imposiciones organizacionales Las principales estrategias de afrontamiento son: 1) expresión emocional positiva (satisfacción) y negativa (tristeza y aflicción); 2) vínculos y apoyo de miembros del equipo; 3) otros factores (autonomía, disposición personal hacia optimismo, identificación de recompensas personales y profesionales, actuación con base en propios valores y aprecio a la vida) |

Tabla 2 (Continuación)

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|--|---------------|--|---|---|
| Fonseca y Tavares (2014) ³² | Brasil | Analizar la preparación emocional de coordinadores de trasplantes en el proceso de solicitar la donación de órgano. | Enfoque hermenéutico/ entrevistas con 24 coordinadores de trasplantes de Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Río de Janeiro Enfoque teórico-conceptual de la inteligencia emocional y la educación emocional | Falta planificación previa para la preparación emocional, pero se detectan estrategias para hacer frente a situaciones difíciles: pensar en el valor de la acción profesional, rezar, visitar a terapeutas, pensar que el órgano donado puede salvar otra vida, confiar en el diagnóstico de muerte cerebral o realizar un curso sobre comunicación de malas noticias Los discursos reflejan una (re)aceptación de la importancia de la preparación emocional, a través de apoyo emocional que aportaría los siguientes beneficios: conocer y gestionar las emociones propias, conseguir la automotivación, reconocer las emociones de otras personas y gestionar las relaciones difíciles |
| Fonseca y Tavares (2015) ³³ | Brasil | Estudiar el manejo emocional entre coordinadores de trasplantes durante la entrevista familiar de donación | Enfoque interpretativo/ entrevistas con 24 coordinadores de trasplantes de Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Río de Janeiro Enfoque teórico-conceptual de la inteligencia emocional y la educación emocional | El manejo emocional por parte de coordinadores de trasplantes implica un distanciamiento justificado por su rol como profesionales y se diversifica en: separación entre las emociones propias y las de familiares de donantes; involucramiento emocional consciente o inconsciente, y falta de vivencias emocionales Aparece el intento de negación y control emocional, con indicios de incompetencia emocional, lo que puede generar consecuencias en la salud psicológica del personal sanitario |
| Fonseca y Tavares (2016) ³⁴ | Brasil | Conocer las emociones experimentadas por coordinadores de trasplantes en la entrevista de donación | Enfoque interpretativo/ entrevistas con 24 coordinadores de trasplantes de Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) de Río de Janeiro Enfoque teórico-conceptual de la inteligencia emocional y la educación emocional | Las personas participantes tienen dificultad en poner nombre a sus emociones, que describen con adjetivos, impresiones, acciones o sensaciones. Se identifican 4 grupos de emociones: 1) negativas (rabia, miedo y tristeza); 2) positivas (amor, felicidad y satisfacción); 3) imparciales (sorpresa, también descrita como estremecimiento, conmoción, expectación, empatía); 4) negación (no sentir emociones) Al identificar las emociones sentidas, las personas participantes inician la toma de conciencia sobre las propias emociones |
| Guido et al. (2009) ³⁵ | Brasil | Conocer las situaciones en que el equipo de enfermería identifica factores de estrés en la asistencia prestada a pacientes potenciales donantes de órganos y tejidos | Abordaje cualitativo/ entrevistas semiestructuradas con 19 profesionales de enfermería de la UTI de un hospital de sur de Brasil | Factores de estrés relacionados al ambiente de trabajo en UTI: relación interpersonal, carencia de equipos necesarios para la asistencia, ruidos intensos. Factores de estrés en la asistencia de enfermería a pacientes con muerte cerebral: interacción y orientación de la familia, convivencia con la reacción ante la muerte. La entrevista familiar es la etapa de mayor complejidad, demandante y estresante, representa un choque emocional y una situación delicada para el personal sanitario. Maneras de minimizar los factores de estrés: actividades físicas, apoyo entre compañeros, espiritualidad, separar vida laboral y familiar |

Tabla 2 (Continuación)

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|-----------------------------------|---------------|--|---|---|
| Jensen (2016) ³⁶ | Dinamarca | Estudiar las dificultades emocionales de personal sanitario que atiende a pacientes antes y después de ser trasplantados | Estudio etnográfico, observación participante, conversaciones informales y entrevistas semiestructuradas con 20 profesionales de centros hospitalarios y pacientes trasplantados de corazón y pulmón | Los principales retos emocionales son: 1) antagonismo entre la responsabilidad de priorizar con base en guías y estándares clínicos, y la implicación emocional; 2) dificultad para mantener el distanciamiento emocional, ya que la calidad de la relación con pacientes y familiares aparece como elemento de satisfacción y éxito (incluso en situaciones de trasplante fallido) y el «intercambio» emocional se considera una «recompensa»; 3) disonancia entre la presión por asegurar la calidad y cuidados del órgano trasplantado y el respecto a la autonomía del paciente; 4) polarización emocional entre la difusión social de historias de «trasplantes con final feliz» y el miedo y estrés sobre la responsabilidad profesional en la aceptación sociocultural de los trasplantes |
| Jesse et al. (2015) ³⁷ | EE. UU. | Conocer la prevalencia de los 3 componentes del desgaste profesional (burnout), así como sus factores determinantes entre el personal de enfermería dedicado a trasplantes | Estudio transversal exploratorio cuantitativo con 369 miembros de la International Transplant Nursing Society (coordinadores pretrasplantes o postrasplantes, personal de trasplantes, personal de donaciones) Instrumentos: 1) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; 2) subescala de Job Content (Karasek); 3) cuestionario adaptado de gestión de situaciones emocionales (Sekeres et al.) | El 51% de las personas participantes muestran alto nivel de agotamiento emocional, el 16% de despersonalización y el 52% de baja realización personal. Factores predictores del desgaste profesional: frecuencia y discomodidad, bienestar en las relaciones difíciles con los pacientes (todas las variables), trabajar más horas semanales, percibir menor apoyo y tener mayores demandas psicológicas (agotamiento emocional), escasa autoridad para la toma de decisiones (agotamiento emocional y baja realización personal) y menor edad (despersonalización) En función del rol profesional, no se observan diferencias en el agotamiento emocional. El personal de trasplante, coordinadores pretrasplante y postrasplante muestran mayor nivel de despersonalización en comparación con otras categorías de enfermería. Los coordinadores de donaciones registran mayor realización personal que el resto de las categorías profesionales del estudio Se concluye que el nivel de desgaste es similar al del personal de enfermería en general Las medidas preventivas propuestas son: proveer recursos para profesionales, promover ambientes interprofesionales de trabajo, coaching en situaciones e interacciones difíciles, asegurar sistemas eficientes de contacto y empoderamiento |
| Jesse et al. (2015) ³⁸ | EE. UU. | Explorar la prevalencia del desgaste profesional y sus determinantes interpersonales y organizacionales entre personal médico quirúrgico dedicado a trasplantes | Estudio transversal exploratorio cuantitativo con 218 miembros de la American Society of Trasplant Surgeons Instrumentos: 1) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; 2) subescala de Job Content (Karasek); 3) cuestionario adaptado de gestión de situaciones emocionales (Sekeres et al.) | El 40% de las personas participantes muestran alto nivel de agotamiento emocional, el 17% de despersonalización y el 47% de baja realización personal Factores predictores del desgaste profesional: mayor demanda psicológica en el trabajo (agotamiento emocional), menor autonomía en la toma de decisiones y apoyo reducido del equipo (todas las variables), mayor discomodidad, bienestar emocional en la interacción con pacientes (despersonalización y baja realización personal) Medidas de prevención del estrés: formar a profesionales en estrategias de comunicación para aumentar su comodidad, bienestar en las interacciones difíciles con pacientes, intervenciones vs. habilidades para reducir el estrés |

Tabla 2 (Continuación)

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|-----------------------------------|---------------|--|---|--|
| Jesse et al. (2017) ³⁹ | Europa | Ampliar el estudio sobre la interacción interpersonal con relación al desgaste profesional, usando el modelo demanda-control-apoyo (Karasek et al., 1998) | Estudio transversal exploratorio cuantitativo con 108 miembros y gestores de la European Society of Organ Transplantation. Instrumentos: 1) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; 2) subescala de Job Content (Karasek); 3) cuestionario adaptado de gestión de situaciones emocionales (Sekeres et al.) | El 31% de las personas participantes muestran alto nivel de agotamiento emocional, el 18% de despersonalización y el 27% de baja realización personal Factores predictores del desgaste profesional: mayor demanda psicológica en el trabajo, mayor discomodidad, bienestar emocional en la interacción con pacientes y un reducido apoyo percibido por parte de responsables (agotamiento emocional), autonomía para la toma de decisiones (despersonalización). El personal cirujano dedicado a trasplante renal muestra mayor agotamiento emocional Los resultados son similares al estudio realizado con personal cirujano estadounidense |
| Kim (2013) ⁴⁰ | EE. UU. | Conocer la prevalencia de la fatiga por compasión entre personal de enfermería coordinador de trasplantes, estudiando sus niveles de satisfacción en la compasión, desgaste profesional y estrés traumático secundario | Estudio descriptivo, exploratorio cuantitativo con 14 coordinadores de trasplantes de riñón e hígado, en un centro hospitalario metropolitano del sudeste de EE. UU. Instrumentos: escala de Calidad de Vida Profesional- ProQOL-V (Stamm, 2018), con 3 subescalas de satisfacción en la compasión, desgaste profesional y estrés traumático secundario | El nivel de la fatiga por compasión es medio, sin que se observe un nivel alto en ninguna de las subescalas. En la satisfacción en la compasión, el 57% es medio y el 43% es alto. Para el desgaste profesional, el 36% registra un nivel bajo y el 64% medio. En el estrés traumático secundario, hay una distribución de 50% entre nivel bajo y medio. Aparece una correlación positiva significativa entre el nivel de estudios y el nivel de desgaste profesional. |
| Oroy et al. (2011) ⁴¹ | Noruega | Explorar y comprender las experiencias de profesionales sanitarios durante la interacción con pacientes con daño cerebral y sus familiares | Fenomenología hermenéutica/ observación participante y entrevistas en profundidad con 32 profesionales de UCI de un centro hospitalario | En los cuidados e interacción con pacientes con daño cerebral y sus familiares, el personal sanitario maximiza sus esfuerzos por salvar la vida de los pacientes, reconocer y aceptar la muerte y plantear a las familias la posibilidad de la donación. Este proceso se desarrolla de manera dual, ya que implica que el personal sanitario cambia su atención desde los pacientes hacia sus familias, en respuesta no a una decisión personal, sino a los imperativos impuestos por el establecimiento de nuevas prioridades Con base en una orientación hacia los cuidados, el personal sanitario encuentra mayor dificultad en centrarse en las familias, con importantes implicaciones emocionales, especialmente entre profesionales de enfermería, que no disponen de formación y experiencia suficiente |

Tabla 2 (Continuación)

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|-------------------------------------|---------------|--|---|--|
| Orøy et al. (2013) ⁴² | Noruega | Explorar y comprender las experiencias de profesionales sanitarios durante la interacción con las familias para la solicitud de donación de órganos | Fenomenología hermenéutica/ observación participante y entrevistas en profundidad con 32 profesionales de UCI de un centro hospitalario | La interacción con familiares de potenciales donantes es una situación difícil, en la que el personal sanitario vive la paradoja de explicar la muerte cerebral y a la vez solicitar la donación. Se identifican 3 temáticas relevantes en los discursos profesionales: 1) la gestión del tiempo y el momento ideal para solicitar la donación; 2) conversaciones difíciles (se preparan recogiendo información sobre la persona potencial donante, por lo que la colaboración interprofesional es esencial; comunican el diagnóstico de muerte cerebral; exploran y respetan el deseo y decisiones de donantes y familiares); 3) conflicto en las expectativas: Las expectativas externas de tipo político y legal imponen la presión en el personal sanitario, que puede experimentar conflicto interno o indignación. Las expectativas internas pueden generar conflictos internos, vivencias desagradables e incómodas, frustración por negativas a la donación y a la vez emociones negativas frente a la aceptación |
| Orøy et al. (2015) ⁴³ | Noruega | Explorar las experiencias de profesionales sanitarios con respecto a las dimensiones éticas de los cuidados y de la interacción con pacientes con daño cerebral y sus familiares | Fenomenología hermenéutica/ observación participante y entrevistas en profundidad con 32 profesionales de UCI de un centro hospitalario | Los cuidados de potenciales donantes de órganos y la interacción con sus familiares implican conflictos y dilemas éticos en el personal sanitario con base en: 1) la ambigüedad del pronóstico y momento de diagnóstico de muerte cerebral; 2) La tensión entre comunicar u ocultar/postponer la información a las familias; 3) la dificultad de asegurar una muerte digna para la persona, a la vez que preservar sus órganos para donación Tras el diagnóstico de muerte cerebral, la preocupación del personal sanitario cambia desde una orientación a los cuidados a pacientes hacia aspectos de relación y comunicación con sus familiares, para la solicitud de la donación En las vivencias del personal sanitario se experimenta la empatía, respeto, duda e incomodidad |
| Pearson et al. (2001) ⁴⁴ | Australia | Identificar los sentimientos y experiencias del personal de enfermería en los cuidados a pacientes potenciales donantes de órganos | Fenomenología hermenéutica/ entrevistas con 20 profesionales de enfermería de las UCI de un hospital metropolitano y otro rural | Dos principales temáticas describen las experiencias y dificultades emocionales en los cuidados a potenciales donantes de órganos: 1) con relación a la familia: priorizar sus necesidades, empatizar con su tragedia, apoyar sus decisiones, considerar que los cuidados a pacientes reflejan cuidados a la familia, facilitar la privacidad en la despedida y duelo, implicarse en el sufrimiento de la familia; 2) con relación a profesionales de enfermería: 2.1) demandas emocionales altas, especialmente cuando existe una conexión personal —consciente o inconsciente— con el sufrimiento de la familia; 2.2) mantener el respeto al paciente en muerte cerebral como si estuviese con vida (cuidarle, hablarle); 2.3) intentar explicar ambigüedades: el rol de la enfermera como principal fuente de aclaración para las familias; el conflicto interno que supone dar el paso desde «no hay esperanza para la vida» a «ha muerto»; las propias dudas y conflictos de profesionales; 2.4) centrarse en los resultados positivos (la oportunidad de salvar vidas), como estrategia de afrontamiento |

Tabla 2 (Continuación)

| Autores (año) | Ámbito (país) | Objetivos | Diseño/métodos/ población de estudio | Resultados y conclusiones |
|------------------------------------|---------------|---|---|--|
| Sadala et al. (2006) ⁴⁵ | Brasil | Explorar las experiencias del personal médico en el diagnóstico de muerte cerebral y solicitud de donación de órganos | Fenomenología descriptiva/entrevistas con 19 profesionales médicos de UCI de un hospital de Sao Paulo | Principales estados emocionales negativos se generan en torno a: 1) declaración de muerte cerebral y potencial donante (dudas, miedo, inseguridad); 2) comunicación de diagnóstico y entrevista de donación con familiares (nerviosismo, temor, falta de preparación, frustración en caso de negativa); 3) utilidad de los órganos para posterior trasplante (incertidumbre). Propuestas de mejora: aumentar la colaboración entre equipos de profesionales (UCI, neurología, cirugía) y mejorar la experiencia y formación en habilidades psicosociales |
| Sanner (2007) ⁴⁶ | Suecia | Explorar las experiencias de familiares y profesionales en la solicitud de donación, así como los factores determinantes de la decisión | Fenomenología (no explícito): análisis de inmersión/cristalización (Boran, 1999)/entrevistas en profundidad con 20 familiares de donantes y 20 profesionales de centros sanitarios de un área sanitaria de Suecia | La solicitud de donación es estresante, demandante de determinación, concentración y sincronización Pensar que «cumplen con su deber» es la principal motivación en la entrevista de órganos y se perciben 3 tipos de abordajes en la solicitud: 1) neutral (6 profesionales): intentan no influir en la decisión y tienen la inquietud de insistir en la donación; 2) Prodónación (11 profesionales): intentan guiar a los familiares hacia la aceptación y evitar una negación prematura; 3) ambivalente (3 profesionales): sienten incomodidad con el diagnóstico de muerte cerebral, consideran la solicitud de donación difícil, les estresa el conflicto que supone cambiar del intento a salvar la vida del donante hacia ser un «cazador de órganos». Les incomoda pensar en los cirujanos como «buitres» en la extracción de órganos |

UCI vivió un proceso dual de migración de roles, con importantes implicaciones emocionales: desde el rol de «salvavidas» del paciente hacia el rol de «demandante de órganos». De esta manera, el enfoque profesional centrado en el paciente cambió hacia un enfoque centrado en la familia, lo que fue descrito en clave de «conflicto interno», «tensión», «ambigüedad», «situación paradójica» y «ambivalencia»⁴².

Este conflicto de roles también fue referido por profesionales de medicina intensiva suecos que explicaron cómo el paso de «salvavidas» a «mendigo de partes del cuerpo» o «cazador de órganos» impuso importantes dificultades emocionales causadas por la transición desde el rol tradicional de cuidado y consuelo ofrecido a las familias, hacia la transgresión de roles asociadas a la demanda de órganos de su ser recién fallecido⁴⁶. El conflicto emocional también fue identificado por personal de enfermería de una UCI australiana en el momento de comunicar a las familias la situación de muerte cerebral de sus seres queridos. El paso desde transmitir la «esperanza para la vida» a comunicar la muerte de pacientes apareció como especialmente difícil para todos los profesionales⁴⁴.

Vivencias emocionales

Relación con pacientes (potenciales) donantes

La principal vivencia profesional se construyó en torno a la responsabilidad. Por una parte, apareció el compromiso con cuidar su cuerpo^{31,44} y asegurar el cumplimiento de su deseo

con respecto a la donación de órganos y, por otra parte, se experimentaron dilemas éticos y dificultades emocionales (dudas, temores, ambigüedad) ante el establecimiento de la muerte cerebral, la muerte digna de estos pacientes y la preservación de sus órganos para su posible extracción⁴³.

Relación con familiares de donantes

Como factores de estrés, se identificaron la dificultad de convivir y gestionar las reacciones familiares ante la muerte de su ser querido³⁵, así como los costes emocionales asociados a no poder garantizar la utilidad y uso exitoso de los órganos donados. Los profesionales refirieron el compromiso tácito que se establece con las familias en torno al significado que tiene la donación para aliviar el dolor y sufrimiento o conferir sentido a la muerte del donante³¹.

En los estudios cuantitativos, un 51% del personal de enfermería³⁷ y el 40% de especialistas en cirugía de trasplantes sufrieron altos niveles de agotamiento emocional en EE. UU.³⁸ y el 31% en Europa³⁹. Los factores de estrés indicaron mayor nivel de desgaste emocional³⁷ y las demandas psicológicas impuestas por la relación con los familiares o la comunicación de malas noticias generaron más agotamiento emocional³⁷, despersonalización y baja realización personal³⁸.

Otros estudios también abordaron la fatiga por compasión que los profesionales sanitarios experimentaron en niveles medios en EE. UU.⁴⁰ y que se manifestó a través de mala calidad del sueño o la experiencia de pensamientos intrusivos³¹.

La entrevista de donación se identificó como el momento más delicado e importante por parte de todo el personal sanitario, etapa de mayor complejidad³⁵, demandante y estresante³⁵, situación difícil y desagradable que produjo emociones conflictivas⁴² o un choque emocional³⁵, requiriendo determinación, concentración y sincronización⁴⁶.

Las principales dificultades se relacionaron con la planificación y la elección del momento oportuno para realizar la entrevista; el conflicto interno determinado por la posibilidad de (no) interferir en la decisión familiar y permitir una decisión consciente e informada, y las expectativas internas y externas de profesionales y de la organización sanitaria⁴².

Las principales emociones profesionales se agruparon en: emociones positivas, negativas, imparciales y de negación³⁴.

Entre las emociones positivas, se identificaron la satisfacción laboral, el amor y la alegría o felicidad derivadas de: la atención adecuada y óptima a las familias³¹, la priorización de sus necesidades, la empatía con su tragedia, el apoyo a sus decisiones, el respeto a su privacidad en la despedida y duelo⁴⁴, la comprensión y la calidad en la relación con los familiares y, por último, la consecución de la aceptación para la donación³⁴.

Las emociones negativas incluyeron: tristeza y aflicción³¹, duda e incomodidad⁴³, temor a aumentar el sufrimiento de las familias y a ser percibido como despiadado e insensible⁴⁶, el miedo, la decepción y la frustración ante el fracaso³¹. Las situaciones que implicaron a pacientes infantiles, las demandas familiares de remuneración económica o las reacciones agresivas se asociaron especialmente con emociones de rabia, miedo y tristeza³⁴.

La implicación en el sufrimiento de las familias⁴⁴ y la proyección y construcción imaginaria de vivencias similares por parte del personal sanitario³⁴ fueron condicionantes fundamentales para las vivencias emocionales negativas.

Entre las emociones imparciales aparecieron la sorpresa, el estremecimiento, la conmoción y la expectación³⁴, así como el respeto y la empatía⁴³.

Por último, se refirió la presencia de emociones de negación, manifestadas por los profesionales que no describieron ningún tipo de vivencia emocional³⁴.

Relación con pacientes receptores

La decisión sobre qué pacientes recibirían un órgano, a quiénes conferir la esperanza de la vida, se consideró una importante dificultad, sobre todo por la presencia de factores emocionales, personales y de cargas familiares, intrínsecamente unidos al proceso de selección para trasplante³⁶.

En los cuidados a pacientes receptores aparecieron elementos emocionales a menudo satisfactorios y positivos (la recompensa del éxito del trasplante, el agradecimiento de pacientes y familiares), pero incluso las vivencias de sufrimiento y pérdida adquirieron un sentido de experiencia útil y fuente de conocimiento. También se registraron emociones negativas, especialmente de frustración, ante la escasa respuesta a tratamientos o a la falta de implicación de los pacientes en sus propios cuidados³⁶.

Relación con la organización

Los factores de estrés identificados por el personal sanitario fueron: la relación a veces difícil o conflictiva con responsables y gestores del centro, la presión y demandas impuestas por el

funcionamiento y organización del sistema y las exigencias administrativas y legales asociadas al proceso de donación y trasplante³¹.

Relación con la sociedad

El personal sanitario se mostró consciente de su participación en la representación y construcción social de la imagen y aceptación de donaciones y trasplantes. Además, consideraron su alta responsabilidad en la transmisión de una imagen de optimismo y esperanza alrededor de donaciones y trasplantes. Sin embargo, este proceso se vivió a veces desde el temor al fracaso, la presión por minimizar el impacto mediático de las situaciones delicadas o negativas y el estrés ante la difusión de información sensible para la opinión pública³⁶.

Estrategias de afrontamiento y mejora de la gestión emocional

Entre las estrategias se incluyeron: conocimiento y expresión emocional, apoyo entre iguales, identificación de recompensas de tipo profesional y búsqueda de bienestar personal.

Con relación al conocimiento y expresión emocional, se recogió la importancia del control emocional, así como la búsqueda del equilibrio entre emociones negativas y positivas³¹, y se señaló la gestión emocional como estrategia común y útil para la automotivación, la identificación de emociones ajenas y para la superación de vivencias y situaciones difíciles³².

El apoyo entre iguales se generó entre el personal sanitario a partir de la confianza y comprensión mutua^{31,35}, como sistema eficiente de interrelación y empoderamiento³⁷, fundamentado principalmente por la especificidad y la peculiaridad del trabajo que se constituyó como un verdadero «estilo de vida»³¹.

Los factores de tipo profesional incluyeron la autonomía y la capacidad para gestionar los casos de diferentes donantes³¹, y la búsqueda de recompensas que garantizaran la satisfacción profesional: dar sentido y significado al trabajo realizado, definir objetivos alcanzables y valiosos, actuar con base en valores profesionales, pensar en la utilidad del trabajo para salvar vidas^{31,32} o centrarse en los elementos positivos y de éxito⁴⁴.

Los elementos de bienestar personal reseñaron la disposición hacia el optimismo³¹, vivir la espiritualidad^{31,32,35}, tener una visión positiva sobre el significado de la vida, separar la vida laboral de la personal, realizar actividades físicas³⁵ o buscar apoyo psicológico especializado^{32,37}. Como medidas de prevención del estrés y de las situaciones difíciles, se demandaron actividades formativas destinadas a proveer de recursos, estrategias y habilidades de gestión emocional y comunicación^{32,37,38}.

Discusión

Esta revisión bibliográfica exploró las principales experiencias y vivencias emocionales del personal sanitario dedicado a donaciones y trasplantes de órganos, con base en resultados reflejados por estudios cualitativos y cuantitativos publicados entre 2000 y 2018, y concentrados en el ámbito estadounidense, brasileño, australiano y escandinavo.

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar el sesgo idiomático en la selección y análisis y la dificultad para realizar comparaciones y extrapolaciones a otros ámbitos y poblaciones profesionales. Sin embargo, la revisión tuvo también fortalezas, asociadas principalmente al amplio tiempo abarcado (2000-2018), la evaluación de la calidad metodológica y el valor añadido del análisis narrativo que permitió explorar, analizar y sistematizar temáticas y conceptos clave.

El principal hallazgo de esta revisión bibliográfica fue la identificación de importantes dilemas, conflictos y contradicciones en las vivencias emocionales. Las experiencias profesionales sugirieron experiencias duales y perspectivas polarizadas que permitieron identificar de manera dicotómica fuentes de valoración positiva y de satisfacción versus dificultades y factores de estrés, así como emociones positivas versus negativas, frente a las cuales el personal sanitario desarrolló estrategias de afrontamiento variadas y dispares.

La primera fuente de contradicción se originó desde la descripción del trabajo y de las cualidades y roles profesionales ejercidos. Por una parte, apareció un alto grado de motivación e ilusión por el trabajo realizado, en coherencia con los resultados de otros estudios¹² y con la experiencia «gratificante» también identificada en una reciente revisión sistemática sobre las funciones e impacto profesional en la donación de órganos³. Sus roles como «salvavidas»^{41,43}, «ángeles de la guarda»³¹ o «guardianes del regalo»³⁶ indicaron un alto nivel de responsabilidad e implicación profesional, a través de metáforas elaboradas en positivo y con alto valor profesional, social y ético.

Sin embargo, convivir con situaciones de dolor, sufrimiento y duelo, y las demandas psicológicas en la relación y comunicación con pacientes y familiares, determinaron el agotamiento emocional y el desgaste profesional³. Ante esto se resaltó la importancia de entrenar la sensibilidad y la adaptación del personal sanitario a las necesidades de pacientes y familias^{15,24,26}, y de trabajar su sensación de control y autonomía profesional como medidas de prevención del burnout⁴⁸.

Si bien esta revisión validó las dificultades organizativas, legales y de gestión^{3,11}, el mayor reto emocional tuvo principalmente una dimensión *relacional y humana*. La interacción con pacientes, familiares, receptores, resto del equipo, responsables y gestores o la ciudadanía en general, representó la base y a la vez el elemento de mayor impacto y presión en las vivencias y manejo emocional de los profesionales sanitarios.

El contacto y la experiencia con familiares de posibles donantes, especialmente durante la entrevista de donación, se revelaron como punto álgido a nivel emocional. La gestión de los tiempos²¹ y el manejo profesional de la empatía^{16,49}, la confianza²¹, la escucha activa^{13,19,20}, la sensibilidad y la compasión⁵⁰ configuraron la entrevista de donación como un proceso complejo y dramático¹⁴, con importantes dilemas y conflictos éticos para los profesionales sanitarios³.

Con relación a la solicitud de la donación, la principal discrepancia emocional cristalizó alrededor de las tensiones experimentadas en diferentes procesos de transición de roles, funciones y abordajes. Por una parte, se identificó un cambio del enfoque clínico y asistencial: desde la centralidad del paciente donante y la salvación de su vida hacia la preservación de sus órganos para extracción. Por otra parte,

un cambio en el modelo de interacción y comunicación afectiva con las familias: desde una relación basada en informar y acompañar en sentimientos de espera, incertidumbre y esperanza, hacia comunicar la muerte, convivir con el sufrimiento y el duelo. Por último, el paso desde la aceptación, el respeto y la comprensión del dolor familiar hacia la solicitud y la toma de decisiones sobre la donación. En este proceso de múltiple migración de roles y funciones, los profesionales experimentaron un proceso de ajuste emocional que incluyó fases anticipatorias, de confrontación y confrontación postexposición¹². Además, la variedad de estrategias de gestión emocional —dependientes de características individuales, profesionales y contextuales—¹¹ también condicionó el desarrollo de diversos modelos de abordaje para la solicitud de donación. Estos podrían variar, en función del uso de componentes relationales/afectivos y clínicos/eficientes, desde un modelo centrado en las necesidades de pacientes y familiares hasta un modelo centrado en los órganos y su utilidad⁵⁰, también descritos en los estudios de la revisión y que identificaron abordajes neutrales, prodonación y ambivalentes en la solicitud de donación⁴⁶.

Por último, cabe comentar la heterogeneidad de estrategias de afrontamientos empleadas por los profesionales sanitarios ante situaciones de dificultad emocional. En primer lugar, se evidenció la utilidad de la expresión emocional como mecanismo de superación de momentos complicados, aunque los estudios revisados refirieron un infrauso de la expresión emocional y frecuentes casos de negación emocional. En la bibliografía disponible encontramos relatos similares, como el de «esconderse detrás de una máscara», descrito por personal de enfermería participante en la extracción de órganos¹, evitar situaciones altamente emocionales por incomodidad y aprehensión¹⁴, o no expresar emociones por el temor a perder la imagen de profesionalidad¹⁰.

Los resultados también revelaron el apoyo entre iguales como estrategia de afrontamiento emocional y la necesidad de mejorar la comunicación y calidad de las relaciones interprofesionales dentro de los equipos de coordinación de trasplantes, hecho también documentado en la literatura de especialidad^{17,26}.

Conclusión

La revisión bibliográfica reflejó la complejidad y la pluralidad de las vivencias emocionales del personal sanitario y la centralidad del enfoque relacional en el proceso donación/trasplante. Las intensas experiencias emocionales en torno a la responsabilidad vivida en todos los niveles, la asunción del trabajo como un gran reto y la búsqueda de recompensas como principal estrategia de afrontamiento aparecieron como factores explicativos de importantes contradicciones y tensiones de roles y funciones, con especial relevancia durante la entrevista de donación.

Como directrices futuras, a partir de esta revisión, se evidencia la necesidad de realizar estudios en profundidad con profesionales sanitarios de equipos de trasplantes, con el objetivo de diseñar estrategias formativas adaptadas a sus necesidades y mejorar sus vivencias emocionales en el proceso asistencial.

Financiación

No se ha obtenido financiación para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

B I B L I O G R A F I A

1. Smith Z, Leslie G, Wynaden D. Australian perioperative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:705-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.004>.
2. Global Observatory on Donation and Transplantation. Organ Donation and Transplantation activities, 2015 Report, 2015 [consultado 18 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/organ-donation-transplantation-activities-2015-report-2#>
3. Jawoniyyi O, Gormley K, McGleenan E, Noble HR. Organ donation and transplantation: Awareness and roles of healthcare professionals. A systematic literature review. *J Clin Nurs.* 2018;27(5-6):e726-38.
4. Randhawa G. Specialist nurse training programme: Dealing with asking for organ donation. *J Adv Nurs.* 1998;28:405-8.
5. Council of Europe. Newsletter Transplant. International figures on donation and transplantation 2015. EDQM 2016; 21 [consultado 14 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es/publicaciones/documents/newsletter%202016%20nipo.pdf>
6. Rodríguez-Villar C, Paredes D, Alberola M, Ruiz R, Roque S, Saavedra S. Perception of transplant coordinator regarding relatives' attitude toward tissue donation request. *Transplant Proc.* 2012;44:2525-8.
7. Lindsay KK. Assisting professionals in approaching families for donation. *Crit Care Nurs.* 1995;17:55-61.
8. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alan J, et al. Spanish-Latin American multicenter study of attitudes toward organ donation among personnel from hospital healthcare centers. *Cir Esp.* 2014;92:393-403.
9. Kim JR, Elliott D, Hyde C. Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. *Int J Nurs Stud.* 2004;41:299-307.
10. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006;30:452-9.
11. Moreno A, Latorre I, Miquel J, Campillo A, Saez J, Aguayo JL. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cir Esp.* 2008;83:118-24.
12. Hibbert M. Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families. *Heart & Lung.* 1995;24:399-407.
13. Corr CA, Coolican MB. Understanding bereavement, grief, and mourning: Implications for donation and transplant professionals. *Prog Transplant.* 2010;20:169-77.
14. Fitzgerald A, Mayrhofer D, Huber R, Fitzgerald RD. The COPE concept for the training of communication in highly emotional situations. *Ann Transplant.* 2004;9:36-8.
15. Bocci MG, d'Alò C, Barelli R, Inguscio S, Prestifilippo A, Di Paolo S, et al. Taking care of relationships in the Intensive Care Unit: Positive impact on family consent for organ donation. *Transplant Proc.* 2016;48:3245-50.
16. Murray L, Miller A, Dayoub C. Communication and consent: Discussion and organ donation decisions for self and family. *Transplant Proc.* 2013;45:10-2.
17. Pelletier-Hibbert M. Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 1998;27:230-7.
18. Kelly J, Cross D. Stress, coping behaviours, and recommendations for intensive care and medical-surgical ward registered nurses. *Res Nurs Health.* 1985;8:321-8.
19. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:135-9.
20. Frid I, Bergbom I, Haljamaa H. No going back: Narratives by close relatives of the braindead patient. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17:263-78.
21. Zelman M, Michalak G. Interaction between transplant coordinator and non-heart-beating donor family members. *Anestesiol Intensive Ther.* 2013;45:49-51.
22. Hauff HM. Where has all the staff gone? Strategies to recruit and retain quality staff. *Prog Transplant.* 2007;17:89-93.
23. Muthny FA, Wiedebusch S, Blok van GA, Dalen J. Training for doctors and nurses to deal with bereaved relatives after a sudden death: Evaluation of the European Donor Hospital Education Programme (EDHEP) in Germany. *Transplant Proc.* 2006;38:2751-5.
24. Fitzgerald A, Seidl A. The COPE program: Communicational, organizational and personal factors influencing the transplant process and the number of donor reports. *Ann Transplant.* 2005;10:31-4.
25. Tokalak I, Emiroglu R, Karakayali H, Bilgin N, Haberal M. The importance of continuing education for transplant coordination staff. *Prog Transpl.* 2005;15:106-11.
26. Hakanson E. Discussing tissue donation with relatives of deceased patients is difficult. Interview study among physicians. *Lakartidningen.* 2002;99:180-4.
27. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res methodol.* 2012;12:181-90. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>.
28. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P). Elaboration and explanation. *BMJ.* 2015;349:g7647. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7647>.
29. The Joanna Briggs Institute [Internet]. Programa de ayuda para la valoración crítica de la evidencia. 2007 [consultado 19 Dic 2018]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/pen_JBI/RAPidGuiaUsuario.pdf.
30. Finfgeld-Connell D. Use of content analysis to conduct knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Qual Research.* 2014;14:341-52.
31. Blumenthal PA. "It's not a job; it's a lifestyle": The experience of being a donation coordinator. *Prog Transplant.* 2007;17:8-22.
32. Fonseca PIMN, Tavares CM de M. Emotional preparedness of health professionals in family interviews: A hermeneutic study. *Online Brazilian J Nurs.* 2014;13:496-506.
33. Fonseca PIMN, Tavares CM de M. O manejo das emoções 2 coordenadores em transplantes na realização da entrevista familiar para doação de órgãos. *Rev Port Enferm Saude Ment.* 2015;2:39-44.

34. Fonseca P, Tavares CM de M. Emotions experienced by transplant coordinators in family interviews for organ donation. *Ciênc Cuid e Saúde*. 2016;15:53-60.
35. Guido LDA, Linch GF da C, Conegatto CC, Tonini CC. Factores de estrés en la asistencia de enfermería al potencial donador de órganos. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600015>.
36. Jensen AMB. Guardians of "the gift": The emotional challenges of heart and lung transplant professionals in Denmark. *Anthropol Med*. 2017;24:111-26.
37. Jesse MT, Abouljoud MS, Hogan K, Eshelman A. Burnout in transplant nurses. *Prog Transplant*. 2015;25:196-202.
38. Jesse MT, Abouljoud M, Eshelman A. Determinants of burnout among transplant surgeons: A national survey in the United States. *Am J Transpl*. 2015;15:772-8.
39. Jesse MT, Abouljoud M, Eshelman A, Reyck De C, Lerut J. Professional interpersonal dynamics and burnout in European transplant surgeons. *Clin Transplant*. 2017;31:1-8.
40. Kim S. Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: A descriptive research study. *Prog Transplant*. 2013;23:329-35.
41. Oroy A, Stromskag K, Gjengedal E. Interaction with potential donors' families: The professionals' community of concern—a phenomenological study. *Int J Qual Stud Heal Well-being*. 2011;6:1-11.
42. Orøy A, Strømskag KE, Gjengedal E. Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29:202-11.
43. Orøy A, Strømskag KE, Gjengedal E. Do we treat individuals as patients or as potential donors? A phenomenological study of healthcare professionals' experiences. *Nurs Ethics*. 2015;22:163-75.
44. Pearson A, Robertson-Malt S, Walsh K. Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. *J Clin Nurs*. 2001;10:132-9.
45. Sadala MLA, Lorençon M, Cercal M, Schelp A. Caring for organ donors: The intensive care unit physicians' view. *Heart Lung J Acute Crit Care*. 2006;35:190-7.
46. Sanner MA. Two perspectives on organ donation: Experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. *J Crit Care*. 2007;22:296-304.
47. Fox RC, Swazey JP. Spare parts: Organ replacement in American society. Oxford: Oxford University Press. 1992.
48. Gruener N. Burnout among Israeli transplantation coordinators. *Harefuah*. 2006;145:495-8.
49. Orioles A, Miller VA, Kersun LS, Ingram M, Morrison WE. "To be a phenomenal doctor you have to be the whole package": Physicians' interpersonal behaviors during difficult conversations in pediatrics. *J Palliat Med*. 2013;16:929-33.
50. Kesselring A, Kainz M, Kiss A. Traumatic memories of relatives regarding brain death, request for organ donation and interactions with professionals in the ICU. *Am J Transplant*. 2007;7:211-7.