



ORIGINAL

Experience as a physician attending to traffic accident victims in hospitals in Managua, Nicaragua

Experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito en Hospitales de Managua, Nicaragua

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia¹  , Karen Vanessa Herrera Castro¹  , Igor M. Ramos Herrera²  , Natalie Figueredo-Borda³  , Mirliana Ramírez-Pereira⁴  

¹Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua.

²Universidad de Guadalajara, Departamento de Salud Pública. Guadalajara, México.

³Universidad Católica del Uruguay, Departamento de Bienestar y Salud. Montevideo, Uruguay.

⁴Universidad de Chile, Departamento de Enfermería. Santiago, Chile.

Citar como: Chamorro Segovia EA de J, Herrera Castro KV, Ramos Herrera IM, Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M. Experience as a physician attending to traffic accident victims in hospitals in Managua, Nicaragua. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024; 4:.1349. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.1349>

Enviado: 27-02-2024

Revisado: 17-05-2024

Aceptado: 26-08-2024

Publicado: 27-08-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Introduction: every 23 seconds a person dies from a traffic accident in the world, that is about 3756 deaths per day, with the consequent impact on relatives and health personnel. Doctors are part of the health team that is on the front line of care. Although this is part of their daily work, their feelings and emotions are deeply affected. There is a deficit of research of this type carried out by doctors.

Method: qualitative study, under the constructivist paradigm with a phenomenological approach. The objective was; explore the lived experience of doctors who treat victims of traffic accidents. The sample was intentional with five participating physicians. The phenomenological interview was used as an information collection technique and analyses were carried out according to Van Manen.

Results: from the analysis, 15 codes were obtained inductively, which gave rise to 6 sub-themes: Impacts of Tragedies; Communication of bad news; Becoming of emotion; Coping; Narratives that endure and Resignation that in turn made up the 3 central themes: Body Lived in the impact, Time Lived in the here and after and Human Relations lived: between narratives and resignation.

Conclusion: the study reveals that doctors are indirect victims of adverse events in the face of damage to the patient and their family in the face of a traffic accident. Constant monitoring of their psychological and emotional well-being, training communication strategies and improving patient-centered curricular programs are recommended. Extending the study to other specialties would enrich this understanding.

Keywords: Accidents; Traffic; Health Personnel; Attitude to Death; Emotions; Qualitative Research.

RESUMEN

Introducción: cada 23 segundos fallece una persona por accidente de tránsito en el mundo, esos son unos 3756 fallecidos al día, con la consiguiente afectación de cercanos y del personal de salud. Los médicos son parte del equipo de salud que está en la primera línea de atención. Aunque esto es parte de su trabajo diario, sus sentimientos y emociones se ven profundamente afectados. Se observa un déficit de investigaciones de este tipo protagonizadas por médicos.

Método: estudio cualitativo, bajo el paradigma constructivista con enfoque fenomenológico. El objetivo fue; Explorar la experiencia vivida por los médicos que atienden víctimas de accidentes de tránsito. La muestra fue intencionada con cinco médicos participantes. Se usó la entrevista fenomenológica como técnica de recolección de información y se realizó análisis según Van Manen.

Resultados: del análisis se obtuvieron 15 códigos inductivamente, los que dieron origen a 6 subtemas: impactos de las tragedias; comunicación de malas noticias; devenir de la emoción; afrontamiento; narrativas que perduran y la resignación que a su vez conformaron los 3 temas centrales: cuerpo vivido en el impacto, tiempo Vivido en el aquí y el después y relaciones humanas vividas: entre las narrativas y la resignación.

Conclusión: el estudio revela que los médicos son víctimas indirectas de eventos adversos frente al daño del paciente y su familia frente a un accidente de tránsito. Se recomienda seguimiento constante de su bienestar psicológico y emocional, entrenar estrategias comunicativas y mejorar programas curriculares centrados en el paciente. Ampliar el estudio a otras especialidades enriquecería esta comprensión.

Palabras clave: Accidentes de Tráfico; Personal de Salud; Actitud Ante la Muerte; Emociones; Investigación Cualitativa.

INTRODUCCIÓN

Los datos estadísticos indican que cada 23 segundos fallece una persona por accidente de tránsito en el mundo, esos son unos 3756 fallecidos al día. En las Américas, el 34 % de los fallecidos son conductores y pasajeros, el 45 % son peatones y motorizados y el 90 % de las colisiones ocurren en países de bajos ingresos.⁽¹⁾

La problemática de los accidentes de tránsito en Nicaragua es similar. Según el Ministerio de Salud (MINSAL) las muertes por accidentes ocuparon el octavo lugar en el año 2022⁽²⁾ y el anuario estadístico de la Policía Nacional reportó 939 fallecidos ese mismo año, un 6 % más que el año anterior, dejando con lesiones al doble de estos. El registro de traumatismos y causas externas asociados a los accidentes de trayecto son de 10791, un 7,95 % más que el año anterior.⁽³⁾

Es importante reconocer que además de las víctimas directas, el personal que atiende en las unidades de salud está constantemente afectado por esta carga excesiva de accidentes.⁽⁴⁾

Las actitudes de los profesionales que responden inicialmente a un accidente son fundamentales para proporcionar una respuesta precisa, rápida y eficaz al incidente.⁽⁵⁾

En el ámbito de la salud, el estrés es el mecanismo de adaptación como reacción a situaciones adversas de peligro o amenaza, mediante el cual aumenta el estado de alerta y se producen cambios fisiológicos y emocionales y en algunos casos trauma.⁽⁶⁾ Los trabajadores de la salud están en la primera línea de atención lo que puede tener efectos debilitantes desde el punto de vista mental y físico.^(7,9) En estos entornos, la comunicación de malas noticias es una fundamental para los médicos que tratan a pacientes con traumatismos graves y a sus familiares.⁽¹⁰⁾

Las investigaciones han identificado falta de directrices, rutas de derivación y marcos de decisión como obstáculos importantes para que los médicos puedan manejar a los pacientes después de un accidente de tráfico.^(11,12)

Los países occidentales como Estados Unidos, Reino Unido y Australia son la principal fuente de evidencia y conocimiento sobre la gestión de emergencias prehospitalarias, y se observa falta de estudios en los países en vías de desarrollo.⁽¹³⁾

La pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito en Hospitales de Managua, Nicaragua? y el objetivo fue: explorar la experiencia vivida por los médicos que atienden víctimas de accidentes de tránsito.

MÉTODO

Este estudio es una investigación cualitativa que se enmarca en el paradigma constructivista. Se buscó explorar cómo estos profesionales construyen y significan su realidad profesional y emocional desde sus experiencias y de los significados que atribuyen a la atención de personas víctimas de siniestros de tránsito.

^(14,15) En este marco, se adoptó el enfoque fenomenológico propuesto por Max van Manen, quien enuncia que “la fenomenología busca lograr una comprensión más profunda de la esencia o el significado de nuestras experiencias”, en lugar de teorizar sobre ellas. Analiza cuatro facetas de las experiencias vividas: cuerpo vivido, tiempo vivido, espacio vivido y relaciones humanas vividas.^(16,18)

Los participantes fueron seleccionados de manera intencionada,⁽¹⁹⁾ estableciendo como criterio de elegibilidad tener un año de experiencia en áreas de hospitalización y en contacto directo con pacientes lesionados por accidentes de tránsito.⁽¹⁷⁾

Las entrevistas fueron realizadas por dos de los investigadores, de género femenino y masculino, con experiencia probada en esta técnica, tuvieron una duración de 30 minutos en promedio y se realizaron en espacios seguros, privados y libres de interrupciones. Para la saturación de los datos se utilizó la saturación teórica.⁽²⁰⁾

Las entrevistas fueron transcritas sin edición por el equipo de investigación. Para el análisis se utilizó el enfoque fenomenológico interpretativo de seis pasos de Van Manen.^(16,20)

Para asegurar la calidad y validez de la investigación, se cumplieron los criterios de rigor metodológico de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y adecuación teórico-metodológica.⁽²²⁾ Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de las entrevistas. La investigación fue aprobada por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la UNAN-Managua según consta en el Acta N.º 001 del 2024, Código SCEHM-2024-0.

RESULTADOS

Se entrevistó a cinco médicos especialistas, 4 hombres y 1 mujer, con un promedio de edad de 44,4 años, con un promedio de años de experiencia laboral de 15,4 años. Entre las especialidades, dos son ortopedistas y traumatólogos, dos son emergenciólogos y uno se desempeña como psiquiatra (tabla 1).

Código	Edad	Sexo	Especialidad	Años de experiencia
D1	52	Masculino	Emergenciólogo	22
D2	40	Femenino	Emergenciólogo	10
D3	60	Masculino	Psiquiatra	30
D4	38	Femenino	Ortopedista y Traumatóloga	10
D5	32	Masculino	Ortopedista y Traumatólogo	5

Se analizaron los relatos del fenómeno en estudio; la experiencia vivida por los médicos y se establecieron 3 temas principales, 6 subtemas y 15 códigos, los que fueron emergieron inductivamente, para posteriormente ser mapeado según de van Manen en cuerpo vivido, tiempo vivido y relaciones humanas vividas, los que se describen a continuación. La figura 1 gráfica el fenómeno.

Tema 1: cuerpo vivido en el impacto

En este tema emergen los subtemas Impactos de las tragedias, con códigos asociados catástrofe y muerte y comunicación de malas noticias con los códigos comunicación del riesgo vital y de la muerte y asertividad.

Los médicos describen las situaciones enfrentadas en la atención a víctimas de accidentes de tránsito como devastadoras e inesperadas. Estas experiencias generan un impacto emocional profundo, caracterizado por una sensación de impotencia y frustración ante la fatalidad de los eventos. La muerte súbita y las graves lesiones de los pacientes afectan a los médicos, quienes deben mantener una actitud profesional mientras enfrentan su propio duelo, frustración y sensación de fracaso.

Citas de Participantes:

- D1: “es algo fatal, catastrófico”
- D2: “como una catástrofe, todo inesperado, todo lo que aparece, de forma súbita es una catástrofe”
- D3: “una situación horrible, que puede tener consecuencias devastadoras”
- D4: “en el abordaje de los pacientes con, incidencia de tránsito, la mayoría de ellos fallece a lo inmediato”

Por otro lado, los médicos enfrentan por un lado el desafío de transmitir información crítica, como es el riesgo vital, con consecuencias físicas, sociales y psicológicas y por otro, la carga emocional de ser portadores de noticias devastadoras. Esta dualidad genera un estado de tensión entre la necesidad de mantener la profesionalidad y la empatía hacia los pacientes y sus familias.

Las citas que evidencian este tema se presentan a continuación:

- D1: “La parte más compleja que lleva, un componente de sentido profesional y humano es transmitir la mala noticia”
- D2: “Cuando viene la familia y tienes que dar esas noticias fatales y explicar que está en riesgo la vida”
- D5: “De las partes más duras, es decirles a las mamás que sus hijos fallecieron”

Tema 2: tiempo vivido en el aquí y el después

En este tema emerge desde los subtemas el Devenir de la emoción y el Afrontamiento, con códigos asociados de tristeza y compasión y, por otro lado, ocio, religión, desconexión del entorno laboral y el apoyo social y profesional, respectivamente.

El devenir de las emociones que experimentan los médicos en la atención a víctimas son intensas y variadas. La vulnerabilidad, la tristeza y las fluctuaciones emocionales son comunes, y los médicos deben encontrar formas de manejar estas emociones para evitar el agotamiento. En este proceso se traen a la memoria diversos recuerdos y situaciones laborales y personales en que se evocan emociones similares.

El afrontamiento por otro lado emerge con estrategias en que se encuentran la reflexión y el apoyo religioso, donde algunos profesionales encuentran consuelo y fortaleza en la oración y la lectura de libros inspiradores que les ayudan a procesar sus emociones y a liderar con empatía en su entorno laboral.

En palabras de los participantes:

- D3: “Vivimos con subidas y bajadas de adrenalina, nos hemos adaptado bien, nos da un poco de lástima la pérdida de un ser humano”
- D1: “Ahí es cuando uno dice que hay que reflexionar cada que suceden estas cosas y orar, a mí me ha ayudado mucho la lectura de libros como este de liderazgo, para tener que asumir esas emociones en trabajo y con el equipo”

Tema 3: relaciones humanas vividas: entre las narrativas y la resignación

A partir de los discursos de los participantes emerge este tema, que presenta como subtemas las Narrativas que perduran con los códigos recuerdos que impactan, impotencia y frustración y la Resignación, con los códigos: aceptación e interacción.

Las experiencias vividas y narradas por los médicos tienen un impacto emocional y psicológico duradero. Los casos específicos de familias afectadas y jóvenes con graves secuelas físicas permanecen vívidos en la memoria de los médicos, intensificando su carga emocional.

Estas narrativas reflejan el impacto duradero de las experiencias traumáticas en la vida de los médicos. Los recuerdos de casos específicos pueden provocar una mezcla de tristeza, frustración y un sentido de responsabilidad continua.

Esto queda evidenciado con la siguiente cita:

- D2: “Una muchacha de 16 años que perdió un miembro y pasar todo el proceso y la seguís viendo, entonces eso te impacta porque cuando no ves de nuevo al caso, el procesamiento de emociones es distinto que cuando le das seguimiento, porque ves cómo el paciente se va deteriorando poco a poco”

Por otro lado, la resignación en las relaciones humanas se manifiesta como una profunda aceptación de circunstancias ineludibles, reflejando una interacción constante entre el mundo interno del médico y su entorno. Este estado emocional, que puede traer al mismo tiempo tanto alivio como melancolía, significa una reconfiguración de expectativas y aspiraciones previas.

Según los involucrados:

- D1: “hay que tener esa capacidad, de sobreponerse y tener el control del escenario, para darle fortaleza, consuelo y sentir”
- D4: “yo lo que pienso es actuar, actuar ya cuando se baja un poco el nivel de intensidad ya me da un poquito de cosa”

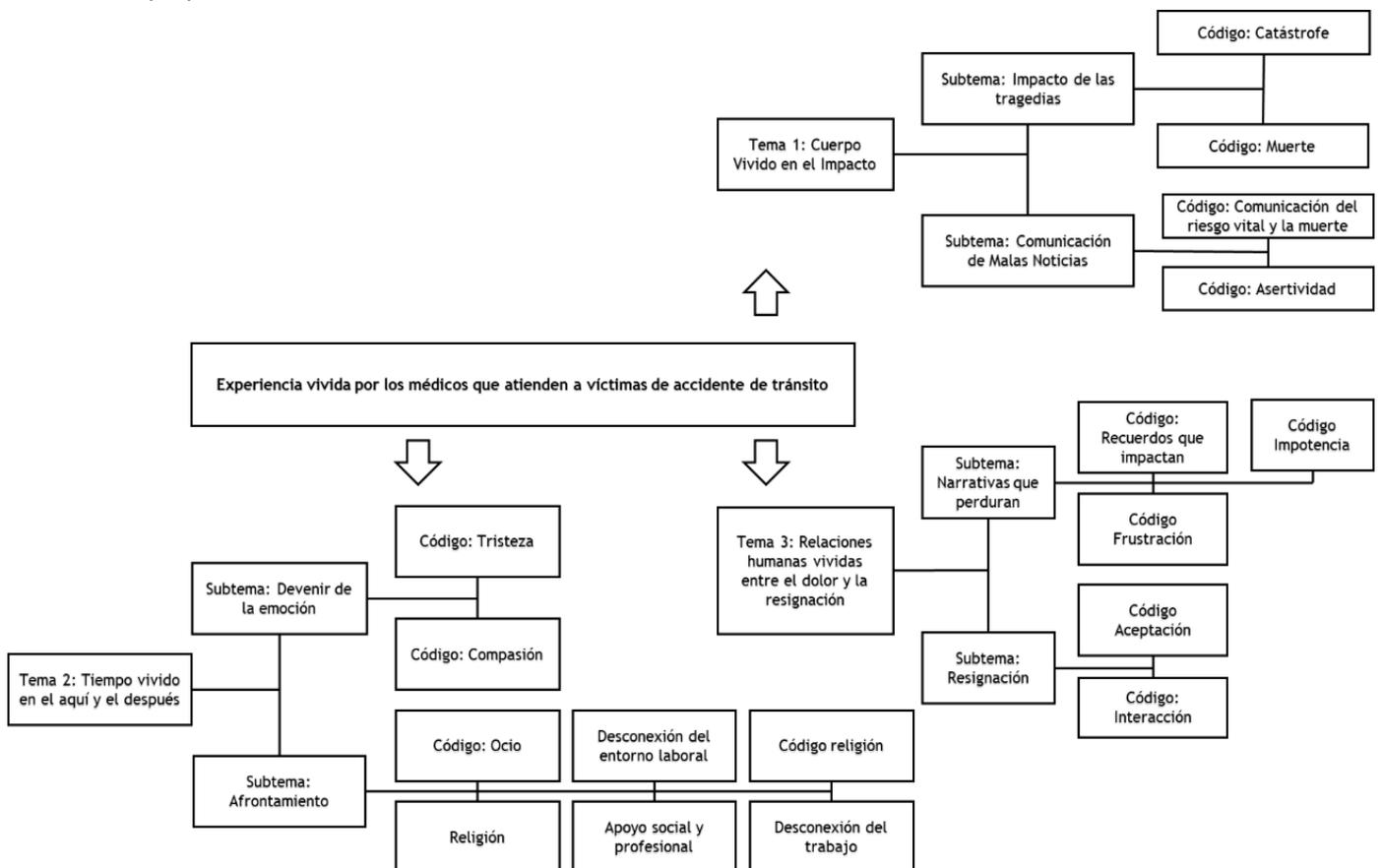


Figura 1. Experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito en hospitales Managua, Nicaragua

DISCUSIÓN

Cuerpo vivido en el impacto

Los profesionales de salud que atienden a las víctimas de accidentes de tránsito son especialistas en técnicas, métodos, procedimientos y habilidades para la atención integral y resolución de problemas. Debido al contexto real del número alarmante de accidentes de tránsito, se podría pensar, que esto implica que se habitúan a situaciones complejas y entornos cargados de emociones. Sin embargo, los resultados de este estudio demostraron afectaciones en los médicos participantes en el estudio.

El número de muertes y lesiones por accidentes de tránsito denota gran preocupación como problema de salud pública;⁽²³⁾ para los participantes del estudio, la experiencia de atender a víctimas de accidentes de tránsito se destaca por una experiencia de extrema gravedad y desesperanza. Se observa una dualidad catástrofe-muerte que podría estar dada por la respuesta a la visión holística de la atención clínica para la prolongación de la vida (lo cual no siempre se logra en accidentes graves).⁽²⁴⁾

En el contexto de eventos traumáticos, los médicos de emergencias pueden experimentar exposición a situaciones traumáticas al atender repetidamente a víctimas de dichos eventos. Esta confrontación constante con detalles aversivos puede generar un impacto emocional significativo en los profesionales.^(25,27)

Saifan et al.⁽¹³⁾ revelaron en su investigación que los profesionales experimentan frustraciones como la ambigüedad de roles y el agotamiento emocional en la atención de traumas. En contraste, nuestro estudio, centrado específicamente en médicos, no encontró las mismas dificultades, pero sí identificó otros desafíos, como enfrentarse a la sensación de impotencia y frustración.

Los profesionales médicos tienen la responsabilidad de comunicar malas noticias a los pacientes, lo que puede definirse como cualquier situación que genere una sensación de desesperanza o limite las decisiones futuras del paciente, además de poner en riesgo su salud mental y física.⁽²⁸⁾ Destacan que se ven afectadas principalmente las madres de un fallecido, lo que condice con Sánchez.⁽²⁹⁾ En la misma línea Almeida et al.⁽³⁰⁾, destacan la dificultad de gestionar la comunicación con los padres de víctimas pediátricas.⁽³¹⁾

El componente de sentido profesional humano en la comunicación de noticias difíciles surgió en los participantes del estudio. En esa lógica, se señala que cuando los profesionales de la salud enfrentan angustia moral, deben esforzarse por mantener su integridad mediante una práctica guiada por principios éticos y virtudes que promuevan la dignidad de todos los pacientes.⁽³²⁾

Tiempo vivido: el devenir de la emoción y estrategias de afrontamiento

Las emociones que experimentan los médicos al atender a víctimas son complejas y diversas, siendo afectados por la sensación de fragilidad humana. Por un lado, se aprecia un compromiso con su trabajo y por otro experimentan vulnerabilidad y tristeza.

Se menciona que el entorno hospitalario no permite expresar emociones y sentimientos empáticos hacia el duelo de los pacientes, convirtiéndose en un desafío para el rendimiento laboral y el bienestar emocional.⁽³³⁾ En esa línea, los participantes, optan por mantener una compostura profesional para brindar el mejor apoyo posible, dejando de lado las expresiones de su propio dolor.

El recuerdo de haber perdido algunas víctimas y las mutilaciones accidentales les impacta negativamente al contrastar con su compromiso constante con el mantenimiento de la vida.^(34,36) En relación con las emociones asociadas a la pérdida de vidas, la literatura sugiere que para lograr una mayor conexión con los pacientes, se requiere un momento de silencio después de una pérdida.⁽³⁷⁾

El “evento inesperado” podría generar emociones ambivalentes, lo que es característico de las personas expuestas continuamente a situaciones adversas, las que logran mitigar y compensar con el razonamiento del contexto y el surgimiento de un “callo emocional”.⁽³⁸⁾

En el contexto de los médicos, afrontar la situación del accidente de tránsito, requiere de mecanismos personales y métodos de trabajo en equipo, los participantes refirieron que en algunos casos particulares se interiorizan los sucesos y se reflexiona sobre la frecuencia de estos en las áreas de trabajo, por lo que requiere de algunas estrategias para disminuir los efectos negativos de la exposición recurrente al trauma, esto condice con Nascimento et al.⁽³⁹⁾

Las enfermeras de urgencias desestiman su preocupación por la situación o consideran cuáles serían las circunstancias que podrían encontrar, anticipándose a ellas y manteniendo el foco. También, buscaron distancia emocional apartándose de la situación, afirmándose en la adopción de un rol profesional.⁽³⁰⁾

El recurso religioso como estrategia ha sido documentado constantemente para la respuesta a la pérdida humana, en algunos casos ha sido visto como una confrontación evitativa y en otros como un recurso auxiliar para alterar el origen del duelo y manejar la demanda de factores estresantes y emociones característicos del proceso.⁽⁴⁰⁾

Se evidenciaron ciertos comportamientos de evitación relacionados con temas fuera del entorno hospitalario, así como una preferencia por actividades familiares y salidas con individuos de otras áreas profesionales, como respuesta al desgaste ocasionado.⁽⁴¹⁾

Relaciones humanas vividas: entre el dolor y la resignación

Los entrevistados refirieron historias que los han marcado. Los médicos han sido denominados las segundas víctimas en los casos de incidentes graves.⁽⁴²⁾ Se sienten transformados, lo que les lleva a modificar sus prácticas laborales, volviéndose hipervigilantes, evasivos y afectando su identidad personal y profesional. A pesar de ello, no consideran buscar apoyo psicológico, ya que esto no es parte de la cultura clínica en la que se formaron.⁽⁴³⁾

La responsabilidad ante el evento y la reflexión sobre las respuestas emocionales cuando las posibilidades de supervivencia disminuyen conduce a un proceso de interiorización que a pesar del gran entrenamiento y compromiso los médicos no pueden resolver. Algunos estudios refieren que los profesionales podrían desarrollar trastornos mentales de leves a graves mientras se sobreexponen a la naturaleza rutinaria de los eventos.⁽³⁸⁾

La lesión y la muerte asociada al accidente son parte de las narrativas, además las repercusiones catalogadas como predictoras de malestar emocional durante un periodo de tiempo y que se agravan si el paciente permanece en el hospital o regresa continuamente. Se ha visto que los médicos que trabajan en entornos clínicos de alta presión perciben el trauma y los incidentes laborales adversos como parte de su trabajo. Esto frecuentemente resulta en demoras para buscar ayuda cuando desarrollan síntomas de estrés traumático agudo, trastorno de estrés postraumático y sus comorbilidades.⁽⁴⁴⁾

CONCLUSIONES

A través del enfoque fenomenológico y siguiendo la perspectiva teórica de Max van Manen, se estudió la experiencia vivida por médicos especialistas durante la atención de personas afectadas por siniestros viales.

A pesar de poseer técnicas personales de afrontamiento al igual que en los eventos adversos, los médicos pueden ser víctimas indirectas y se debe realizar seguimiento al bienestar constante para atenuar los posibles efectos psicológicos y emocionales a largo plazo. Se advierte la necesidad de brindar entrenamiento de estrategias comunicativas en todos los niveles de atención y sugerir el mejoramiento de programas curriculares centrados en el paciente.

Los resultados subrayan la necesidad de una atención integral centrada no sólo en las víctimas de accidentes de tráfico, sino también en los médicos que las atienden. Esto podría implicar el desarrollo de programas de apoyo psicológico y emocional para el personal médico.

Sería recomendable ampliar este estudio a las demás especialidades para incorporar la perspectiva de otros equipos de salud permitan enriquecer la exploración del fenómeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. MINSAL. Causas de defunciones. Managua: Ministerio de Salud; 2022.
3. INSS. Anuario Estadístico. Managua: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, División General de Estudios Económicos; 2023.
4. Díaz Tamayo A. Riesgos del personal que labora en atención prehospitalaria: Reto para los servicios de emergencia. Salud, Barranquilla [Internet]. 2021 diciembre [consultado el 20 de julio de 2024]; 37(3): 853-866. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000300853&lng=en. Publicación electrónica el 19 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.363.11>.
5. Kayhan U, Liman Z, Özdiñç Ş, Kiliç İ. Risks and responsibilities of electric vehicles (EV) for health workers. Am J Emerg Med. 2024;77:229-230. doi: 10.1016/j.ajem.2023.12.005
6. Seligmann-Silva M. Literatura e trauma. Pro-Posições [Internet]. 7º de março de 2016 [citado 20º de julho de 2024];13(3):135-53. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643943>
7. Correia AR, Dunningham WA. Estimativa da ocorrência de transtorno do estresse pós-traumático em policiais militares da Bahia. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2016; 20(3).
8. Oros L. Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. Revista de Psicología. 2005; 14(1).
9. Soriano-Sánchez J, Jiménez-Vázquez D. Recurso de afrontamiento “locus de control” en enfermeros y pacientes: una revisión sistemática de estudios longitudinales. Revista Estudios Psicológicos. 2023; 3(1): p.

7-17.

10. Griffiths A, Baker E. Exploring the experiences of healthcare professionals when breaking bad news in major trauma care. *Emergency Nurse*. 2024 Apr 30;32(3).

11. Azami-Aghdash, S . Meta-synthesis of qualitative evidence in road traffic injury prevention: a scoping review of qualitative studies (2000 to 2019). *Arch Public Health*. (2020) 78:1-110. doi: 10.1186/s13690-020-00493-0

12. Bernardo C, Hoon E, Gonzalez-Chica DA, Frank O, Black-Tiong S, Stocks N. Management of physical and psychological trauma resulting from motor vehicle crashes in Australian general practice: a mixed-methods approach. *BMC Prim Care*. 2024 May 16;25(1):167. doi:10.1186/s12875-024-02421-5

13. Rajeh Saifan A, Al-Jaafreh A, Mosleh S, Mohammad Alsaraireh M, Al-Yateem N, Refaat Ahmed F, et al. The lived experiences of healthcare professionals working in pre-hospital emergency services in Jordan: A qualitative exploratory study. *Int Emerg Nurs*. 2024;73:101405. doi: 10.1016/j.ienj.2023.101405.

14. Denzin N, Lincoln Y. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 5th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 2017.

15. Guba E, Lincoln Y. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 5th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2017. p. 191-215.

16. Van Manen M. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. New York: Routledge; 2016.

17. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. 2nd ed. New York: Routledge; 2017.

18. Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New York Press; p. 1-212.

19. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 2ª ed. Torres Santomé J, director de la colección. Madrid: Ediciones Morata, S.L.; 2007.

20. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*. 2018 Jul;52:1893-907.

21. Frechette J, Bitzas V, Aubry M, Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M. Capturing lived experience: Methodological considerations for interpretive phenomenological inquiry. *International Journal of Qualitative Methods*. 2020 Feb 19;19:1609406920907254.

22. Montero A, Ramirez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, Gonzalez D. Conscientious objection as structural violence in the voluntary termination of pregnancy in Chile. *Frontiers in psychology*. 2022 Nov 3;13:1007025.

23. Párraga AE, Giler SL. Accidentes de tránsito, un problema de salud pública: revisión sistemática. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*. 11 de mayo de 2024;6(3):313-32.

24. Campos Villalobos G, López Castillo C. Patologías mentales derivadas de los accidentes de tránsito. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2008 septiembre;25(2):27-34.

25. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, Shahly V, Stein DJ, Petukhova M, Hill E, Alonso J. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*. 2016 Jan;46(2):327-43.

26. Carvajal C. Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuropsiquiatría*.

2011;49(3):221-4.

27. Jones S. Describing the mental health profile of first responders: A systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2017 May;23(3):200-14.

28. González-Cabrera M, Fernández-Prada M, Iribar-Ibabe C, Peinado JM. Design and validation of a questionnaire on communicating bad news in nursing: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 10;17(2):457. doi:10.3390/ijerph17020457.

29. Sánchez CI, Zaragoza RC, del Campo Acosta MG, Segovia RO, Ortega JG. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*. 2014;24(5):20-6.

30. Almeida M, Lobão C, Coelho A, Parola V. Emotional management strategies in prehospital nurses: a scoping review. *Nurs Rep (Pavia)*. 2023;13(4):1524-1538. doi:10.3390/nursrep13040128.

31. Oikonomidou D, Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Ploumpidis D, Stylianidis S, Tountas Y. Doctors' perceptions and practices of breaking bad news: a qualitative study from Greece. *Health Commun*. 2017;32(6):657-666. doi:10.1080/10410236.2016.1167991.

32. Jackson VA, Emanuel L. Navigating and communicating about serious illness and end of life. *N Engl J Med*. 2024;390(1):63-69. doi:10.1056/NEJMcp2304436.

33. Córdoba-Rojas DN, Sanz-Guerrero D, Medina-Ch AM, Buitrago-Echeverri MT, Sierra-González ÁM. Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade*. 26 de julio de 2021; 30: e200478.

34. Sareen J, Belik SL, Affi TO, Asmundson GJ, Cox BJ, Stein MB. Canadian military personnel's population attributable fractions of mental disorders and mental health service use associated with combat and peacekeeping operations. *Am J Public Health*. 2008;98(12):2191-2198. doi:10.2105/AJPH.2008.134205.

35. Phillips CJ, Leardmann CA, Gumbs GR, Smith B. Risk factors for posttraumatic stress disorder among deployed US male marines. *BMC Psychiatry*. 2010;10:52. doi:10.1186/1471-244X-10-52.

36. Abaz B, Babbino V, Volpi M, Gabriel O, Valdez P. Estudio del estrés postraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. *Revista argentina de medicina*. 2016 Aug 11;4(9):40-9.

37. Welch AA, Esquibel BM, Osterloth KA, Kallies KJ, Fitzsimmons AJ, Waller CJ. Trauma and death in the emergency department: A time to PAUSE (Promoting Acknowledgment, Unity, and Sympathy at the End of Life). *J Trauma Nurs*. 2022;29(6):291-297. doi:10.1097/JTN.0000000000000671.

38. Samper Lucena E. Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: Fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*. Septiembre de 2016; 72 (3): 209-15.

39. Nascimento JC, Costa TM, Sarmiento SD, Santos KV, Dantas JK, Queiroz CG, Dantas DV, Dantas RA. Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais emergencistas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022 Mar 11;35:eAPE03232.

40. Yoffe L. Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en psicología*. 15 de diciembre de 2015;23(2):155-76.

41. Adán JC, Jiménez BM, Herrero MG. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*. 1 de septiembre de 2004; 123 (7): 265-70.

42. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-727. doi:10.1136/bmj.320.7237.726

43. Barton-Sweeney C. What is the lived experience for doctors when they are involved in a serious incident? A descriptive phenomenological analysis [doctoral thesis]. London: University of East London, School of Psychology; 2021. doi:10.15123/uel.89965.

44. Leung KC, McCarthy C, McLean LM. Post-traumatic stress disorder in doctors: origins, approach and Eye Movement Desensitisation and Reprocessing therapy. *Australas Psychiatry*. 2023;31(2):136-138. doi:10.1177/10398562231166293.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Curación de datos: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Análisis formal: Igor M. Ramos Herrera, Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro, Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.

Investigación: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Metodología: Igor M. Ramos Herrera, Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.

Administración del proyecto: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Recursos: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Software: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Supervisión: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Validación: Igor M. Ramos Herrera, Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.

Visualización: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro, Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.

Redacción - borrador original: Igor M. Ramos Herrera, Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, Karen Vanessa Herrera Castro.

Redacción - revisión y edición: Natalie Figueredo-Borda, Mirliana Ramírez-Pereira.