



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO**



**FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19:
UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO**

AUTORA: Dra. María Gallango
TUTORA: Dra. Milagros Varón

Valencia, julio 2025.



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

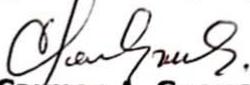
FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO

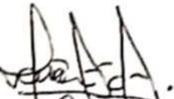
Presentada para optar al grado de **Doctor (a) en Enfermería. Área de Concentración Salud y Cuidado Humano** por el (la) aspirante:

GALLANGO T. MARIA W
C.I. - V.-5.749.368

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Milagros E. Varón A. C.I.V.- 7.018.366 , decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA**.

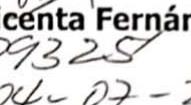
Acta que se expide en valencia, en fecha: **04/07/2025**


Dr. (a) Carmen A. Guerra S (Presidente)


Dr.(a) Milagros E. Varón A
C.I. 7018366
Fecha 04/07/2025


Dr. (a) Rosa Cardozo
C.I. 5494337
Fecha 04/07/2025


Dr. (a) Vicenta Fernández
C.I. 389325
Fecha 04-07-2025


Dr. (a) Rosa Reina
C.I. 9539111
Fecha 04/07/2025



TD:14-25

TD:14-25

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados de la Tesis Doctoral titulada: **FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO.** Presentado por el (la) ciudadano (a): **GALLANGO T. MARIA W** titular de la cédula de identidad N° V.-
5.749.368, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 04 - 07 - 2025 y convenimos en citar al alumno

para la discusión de su Tesis Doctoral el día: 04-07-2025

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 04-07-2025. Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: Mención honorífica

Presidente del Jurado
Nombre: Carmen Guerra
C.I. 5588119

Miembro del Jurado
Nombre: Milagro Varela
C.I. 7018366

Miembro del Jurado
Nombre: Wecinta Flores
C.I. 3893251

Miembro del Jurado
Nombre: Rosa Pérez

Miembro del Jurado
Nombre: Rosa Pérez

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA:
ÁREA SALUD Y CUIDADO HUMANO**

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

En la ciudad de Valencia, a los cuatro días del mes de julio del año dos mil veinticinco, a las 9:00 a.m., en el Salón 6 de la Dirección de Postgrado, se constituyó el Jurado integrado por las Doctoras Carmen Amarilis Guerra (en calidad de Presidente), Vicenta Fernández, Rosa Cardozo, Rosa Reina y Milagros Varón (en calidad de Miembros del Jurado) designado por el Consejo General de Postgrado, con el propósito de evaluar la Tesis Doctoral titulada “**Fatiga por compasión del profesional de enfermería en la pandemia COVID-19: una mirada desde el cuidado humano**”, presentada por la ciudadana **MARÍA WILMA GALLANGO TOVAR**, titular de la cédula de identidad N.^o 5.749.368, de conformidad con los Artículos 146 y 147 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en relación de la Constitución y Defensa de la Tesis, como requisito para optar al Título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración en Salud y Cuidado Humano”. Celebrada la defensa oral y pública del trabajo doctoral, de acuerdo con el Artículo 148 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, el Jurado considera que el estudio reúne méritos por las siguientes razones:

1. Relevancia y rigor científico del estudio:

- La investigación se adscribe a la línea *Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación* y aborda una problemática de alta pertinencia para la disciplina: la fatiga por compasión en profesionales de enfermería durante la atención en unidades COVID-19.
- El abordaje teórico-filosófico es coherente con los fundamentos del programa doctoral y sustenta adecuadamente el proceso de construcción del fenómeno estudiado, el cual emerge de las vivencias de los participantes.
- La contextualización está claramente delimitada, justificada y situada dentro de un marco institucional y sociocultural que realza su urgencia y oportunidad.

2. Aspectos técnicos y metodológicos del estudio.

- La estructura del trabajo responde con coherencia al problema de investigación, manteniendo una relación clara entre el título, los objetivos, el diseño metodológico y los hallazgos.
- El resumen refleja con precisión los elementos esenciales del estudio: propósito, relevancia, metodología y principales resultados.
- La introducción orienta al lector con nitidez, estableciendo con claridad la problemática, preguntas norteadoras, objetivos y estructura argumental del documento.

- El marco referencial está sólidamente fundamentado y actualizado, articulando las posturas de autores relevantes en torno al cuidado, la compasión y el sufrimiento en contextos sanitarios extremos.
- La metodología fenomenológica hermenéutica, fundamentada en la propuesta de Spiegelberg, fue aplicada con rigor analítico, permitiendo el despliegue de significados profundos desde las narrativas de los participantes.
- El análisis de contenido es pertinente, sistemático y coherente con los objetivos planteados, generando resultados interpretativos originales, discutidos críticamente con aportes significativos a la disciplina.

3. Conclusiones y aportes al conocimiento

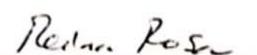
- Los hallazgos están describidos con claridad, vinculando los significados emergentes con los pilares teóricos del cuidado humano.
- El estudio aporta una visión humanizada del fenómeno de la fatiga por compasión, proyectando nuevas líneas de investigación e intervención desde una perspectiva ontológica, epistemológica, axiológica y profesional.
- La bibliografía es pertinente, actualizada y evidencia un manejo solvente de fuentes especializadas.

DECISIÓN DEL JURADO

Por las razones antes expuestas, el Jurado evaluador acuerda, **por unanimidad, aprobar la Tesis Doctoral presentada, y otorgar Mención Honorífica**, en reconocimiento a su excelencia académica, contribución original al campo disciplinar de la enfermería y rigor investigativo.



Dra. Carmen Amarilis Guerra S.
Presidenta del Jurado



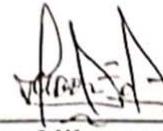
Dra. Rosa Reina
Miembro del Jurado



Dra. Rosa Cardozo
Miembro del Jurado



Dra. Vicenta Fernández
Miembro del Jurado



Dra. Milagros Varón
Miembro del Jurado

DEDICATORIA

Dedicada en honor a:

Todos los **PROFESIONALES DE ENFERMERÍA** sobrevivientes de la pandemia por COVID-19, tanto desde el punto de vista de la patología, como de las situaciones emocionales; sin cuya participación, esta investigación no hubiese sido posible.

A los futuros profesionales de enfermería, que se preparan de forma teórico-práctica para poder ejecutar intervenciones oportunas e idóneas, sin tomar en consideración la importancia que tiene la activación de sus emociones durante las intervenciones de enfermería.

A mi familia, mis hijos Marwendys, Maryelis, Edward, y mis nietos Miguelángel, Anyela, Samantha, Mathias, Lyan y Aaron, a quienes espero les sirva de inspiración en sus estudios futuros.

A todos los docentes que me han servido de modelo para ser el profesional de enfermería y la investigadora que hoy día soy.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi padre, mi guía eterno y fiel,
a mi madre Concha, luz en mi andar.

A mi tutora Dra. Milagros Varón, Faro y pilar fundamental
en esta hermosa senda que supe abrazar.

A la enfermería, arte y saber,
cuidar la vida, un noble deber,
salud emocional, un pilar vital,
en cuerpo y mente, un bien sin igual.

A mi querida y estupenda Universidad,
mi gratitud, por el saber y hermandad,
por forjar en mí un futuro claro,
donde el amor y la ciencia son faro.

A las informantes clave, por la expresión,
de sus vivencias y toda su emoción,
relevante acervo en mi investigación,
de sus experiencias, nueva significación.

FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO

Autora: Dra. María Gallango

Tutora: Dra. Milagros Varón

Fecha: Julio 2025

RESUMEN

La condición humana y solidaria del profesional de enfermería, es la razón por la que tenemos un elevado riesgo de ser víctimas de nuestro propio amor por el prójimo, porque, al darnos por completo durante el cuidar y curar, nos volvemos vulnerables ante las emociones y sufrimientos de la persona cuidada. **Objetivo:** Generar una construcción teórica relacionada con la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería, que emerja de sus vivencias durante la ejecución de las intervenciones de cuidado humano a los pacientes en el área COVID-19, de una institución pública. **Metodología:** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico-hermenéutico, abordada a través de las 6 fases de Spiegelberg (Descripción del fenómeno, fenomenología de las esencias, fenomenología de las apariencias, constitución fenomenológica, reducción fenomenológica y fenomenología hermenéutica), se realizó entrevista en profundidad a 3 informantes clave (profesionales de enfermería del área COVID-19) y 3 informantes externos (médico y supervisora de enfermería del área COVID-19 y un paciente) **Resultados:** Emergieron tres categorías. 1. Viviendo Intensamente el Cuidado Humano, con 2 sub categorías (Expresándome a través de las emociones y Calzándome sus Zapatos) 2. Evocando la experiencia del cuidado con 3 sub categorías (Conociendo la enfermedad, Presenciando la muerte y Agradeciendo la Supervivencia) 3. Percibiendo los efectos negativos del cuidado humano con 2 sub categorías (Sintiendo lo físico y Meditando lo Psicológico). **Consideraciones finales:** Durante la pandemia COVID-19, la relación de ayuda produjo en los partícipes del cuidado humano dentro del área COVID-19, fuertes sentimientos de empatía y compasión que al perdurar en el tiempo les generó mecanismos psicológicos de defensa como hiperactivación: (hipervigilancia, ansiedad, ira, sensación de amenaza, frustración); Evitación: (No querer regresar al área, evitar crear empatía, pérdida de energía) y Reexperimentación: (pensamientos y sueños intrusivos, distrés psicológicos, depresión, pensamientos e imágenes asociados con la experiencia, sentimientos de falta de idoneidad como profesional de enfermería), con sus respectivos efectos sobre las intervenciones de cuidado humano.

Palabras Clave: Enfermería, Cuidado humano, emociones, fatiga, compasión.

COMPASSION FATIGUE OF NURSING PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A LOOK FROM HUMAN CARE

Author: Dr. Maria Gallango

Tutor: Dr. Milagros Varón

Date: Julio 2025

SUMMARY

The humane and caring nature of nursing professionals, is the reason why we have a high risk of being victims of our own love for others, because, by giving ourselves completely during the development of our care for and cure, we become vulnerable to the emotions and suffering of the person being cared for. **Objective:** Generate a theoretical construction related to compassion fatigue in nursing professionals, which emerges from their experiences during the execution of human care interventions for patients in the COVID-19 area of a public institution. **Methodology:** Qualitative research with a phenomenological-hermeneutic approach, addressed through the 6 phases of Spiegelberg (Description of the phenomenon, phenomenology of essences, phenomenology of appearances, phenomenological constitution, phenomenological reduction and hermeneutic phenomenology), an in-depth interview was conducted with 3 key informants (nursing professionals in the COVID-19 area) and 3 external informants (doctor and nursing supervisor from the COVID-19 area and a patient) **Results :** Three categories emerged. 1. Living Human Care Intensely, with 2 subcategories (Expressing myself through emotions and English: Putting on their shoes) 1. Evoking the experience of care with 3 sub-categories (Knowing the illness, Witnessing death **and** Being grateful for survival) 2. Perceiving the negative effects of human care with 2 sub-categories (Feeling the physical and Meditating the Psychological). **Final considerations:** During the COVID-19 pandemic, the helping relationship produced in the participants in human care within the COVID-19 area, strong feelings of empathy and compassion that, when lasting over time, generated psychological defense mechanisms such as hyperactivation: (hypervigilance, anxiety, anger, sense of threat, frustration); Avoidance: (Not wanting to return to the area, avoid creating empathy, loss of energy) and Re-experiencing: (intrusive thoughts and dreams, psychological distress, depression, thoughts and images associated with the experience, feelings of inadequacy as a nursing professional), with their respective effects on human care interventions.

Keywords: Nursing, Human care, emotions, fatigue, compassion.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
MOMENTO I: DEVELANDO LA PROBLEMÁTICA EN ESTUDIO	
Esbozando el Contexto	9
Objetivos: General y Específicos	26
Justificación de la investigación	27
MOMENTO II: CONTEXTUALIZANDO LA TEORÍA REFERENCIAL	
Reseñando los antecedentes epistémicos	
Internacionales	33
Nacionales	39
Referenciando la fundamentación Teórica	45
Afianzando el aspecto legal	95
MOMENTO III: ESTRUCTURANDO EL CAMINO METODOLÓGICO	
Describiendo el Camino Metodológico	100
Abordaje Metodológico	104

Informantes Clave del Estudio	110
Consideraciones Éticas	113
Estructurando el Rigor Metodológico	119
Análisis de la Información	123
MOMENTO IV: ABORDANDO EL FENÓMENO DE ESTUDIO	
Fase I: Descripción del fenómeno de estudio	125
Fase II: Fenomenología de las esencias	137
Fase III: Fenomenología de las Apariencias	154
Fase IV: Estableciendo la Constitución Fenomenológica	159
Fase V: Reducción Fenomenológica	171
Fase VI: Fenomenología Hermenéutica	172
MOMENTO V: TEORIZANDO EL SIGNIFICADO DE LA COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL CUIDADO HUMANO	
Significado eidético del fenómeno	194
Del Significado a la Teoría	205
MOMENTO VI:	
Consideraciones Finales	210
Recomendaciones	212
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214
ANEXOS	229

INTRODUCCIÓN

Sin importar cuál sea la profesión, es indudable que todas generan algún tipo o nivel de estrés en los profesionales que las practican, debido a las diferentes situaciones y condiciones que se presentan en el entorno laboral. Existen profesiones que, por la dinámica misma de su práctica, mantienen un contacto directo y continuo con personas que sufren, con problemas de salud crónicos o en etapa terminal; exponiéndose a un mayor desgaste emocional. Esto genera una serie de sentimientos y emociones que se suman a las experiencias de índole laboral y que al mezclarse incrementan los efectos negativos del estrés, lo cual, termina afectando su rendimiento y buen desempeño, en el ámbito laboral y en su vida personal.

Entre las profesiones que tienen un mayor nivel de contacto con este tipo de personas están los profesionales de la salud y de éstos, la profesión que mantiene un mayor tiempo de contacto con la persona que sufre, debido a la naturaleza misma de su accionar (el cuidado humano), es la nuestra, Enfermería. Los profesionales de enfermería tendemos a medir la calidad de la atención brindada a nuestros usuarios a través de la respuesta dada por el paciente, de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades. La calidad de los cuidados de enfermería es un término utilizado desde Florence Nightingale, quien postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan tratamientos con resultados. (1)

Es que nuestra intención principal, es generar en los resultados obtenidos como consecuencia del cuidado humano brindado, los cuatro componentes fundamentales de la enfermería, que según Meleis, vienen a ser parte del Marco Epistemológico de la profesión, es decir: Perspectiva, dominio, definiciones conceptuales (existentes y aceptadas por la enfermería) y los patrones de conocimiento de la disciplina).

Sin embargo, es específicamente en la perspectiva, donde se encuentra la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, donde confluyen los aspectos de la práctica, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre el cliente y la enfermera, y por último la perspectiva de salud y bienestar. Es precisamente en este último aspecto, donde se mezclan el conocimiento, la relación enfermera paciente y la representación mental que nos formamos los profesionales de enfermería, acerca de la salud. (2)

Es justamente esta mezcla de conocimiento, emociones y sentimientos, lo que nos lleva a emplear acciones que incluso van más allá de nuestra responsabilidad profesional con el paciente, lo que se conoce como actividades extra laborales y que al estar ligadas a aspectos tales como la gestión organizacional, características de la estructura de trabajo, condiciones del medio ambiente de trabajo, jornada física, carga laboral, fatiga física, entre otros. En pocas palabras, condiciones inherentes al ejercicio profesional y condiciones operativas laborales, que pueden someternos a factores de riesgos tanto físicos, como psicológicos. (3)

Es indiscutible que la exposición a estos factores de riesgo pueden causar diversos trastornos, entre los cuales se encuentran el síndrome de desgaste profesional, trastorno de la personalidad, fatiga crónica, adicción a sustancias psicoactivas, estrés, depresión, sentimientos de fracaso, insatisfacción laboral, desordenes cardiovasculares, digestivos y osteomusculares, que no solo van debilitando la salud del profesional de enfermería, sino que además afectan nuestra productividad, pero, sobre todo la calidad en la ejecución de los cuidados prestados, repercutiendo directamente en una especie de déficit en la aplicación del cuidado, y por consiguiente en la satisfacción de las necesidades del paciente.(3)

Si en algún momento, los profesionales de enfermería tuvieron una sobrecarga física y emocional en el entorno laboral, ha sido durante la pandemia por SARS-CoV-2, decretada por la Organización Mundial para La Salud (OMS) en marzo del 2020 y que aún mantiene en vilo a los profesionales de la salud y a los gobiernos en todo el mundo. Paradójicamente, en mayo del 2019 durante la 72° asamblea mundial de salud, la OMS designó al 2020, como el Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y Partería. (4)

La intención de este decreto, reconocer a estos profesionales por su excelente labor a nivel mundial, sin embargo, lejos estaban de siquiera imaginar para ese entonces, cuanta relevancia tendrían estos profesionales en el desarrollo de los sucesos de ese año, y menos aún cuántos de ellos, pondrían en riesgo sus vidas con la intención de proveer CUIDADO HUMANIZADO, integral e idóneo para ayudar a

satisfacer las necesidades de las personas atendidas en los espacios denominados “Áreas COVID”.

La exposición de los profesionales de enfermería, a elevados niveles de estrés en su medio ambiente laboral no es un tema novedoso; debido a que, durante nuestra intervención profesional, mantenemos una constante relación de ayuda a los pacientes, la cual se conserva, gracias al nivel de empatía desarrollada por enfermería, con el objetivo de comprender las actitudes y necesidades de la persona a quien brindamos cuidado. A mayor necesidad del paciente, mayor empatía se emplea y mayor exposición a factores de riesgo, siendo precisamente esto, lo que puede generar un efecto adverso en el cuidador, conocido como, desgaste por empatía o fatiga por compasión.

Fue Carla Joinson, quien tras la elaboración de un estudio a un grupo de enfermeras de una unidad de oncología en 1992, acuñó el término de **Desgaste por Compasión**, posteriormente, Charles Figley en 1995, introduce el término **Desgaste por Empatía o Fatiga por Compasión**; sin embargo a pesar de tener diferentes expresiones, ambos términos significan lo mismo, incluso conforman una serie de signos y síntomas que padecen los profesionales sometidos a altos niveles de estrés, en el que se incluyen aspectos laborales, emocionales y sentimentales.(5)

Cuando se inició la cuarentena formalmente en Venezuela en marzo del 2020, me encontraba desarrollando mi rol docente, en la Universidad de Carabobo. Recuerdo, que el día que la directora de la Escuela de Enfermería, informó de la suspensión de las actividades por parte del gobierno nacional, nos encontrábamos

iniciando las pasantías clínicas, apenas habíamos asistido 8 semanas fue un día viernes, ya habíamos tenido alguna información acerca de la situación fuera del país, pero no estaba muy claro lo que sucedía.

También recuerdo, que una compañera de trabajo hizo el comentario de haber estado en una reunión y haber observado a una persona estornudando con frecuencia, ese día, nos invadió el temor y todos nos colocamos tapabocas, suministrados en ese momento por la directora de escuela y tratábamos de no estar cerca de la docente que nos había hecho el comentario anteriormente mencionado; todo esto sin que aún hubiésemos tenido información de algún caso en nuestro país.

A medida que fue avanzando el tiempo dentro de la cuarentena, el nivel de temor en la población se fue incrementado, al punto de que la mayoría de las personas no querían salir de sus residencias, mucho menos tener contacto con personas ajenas al entorno familiar, cada persona foránea al entorno interno del hogar, representaba un riesgo, un contagio inminente, una posible fuente de infección para todos.

Sin embargo, había un grupo de personas, que debían luchar contra su temor a salir de casa, a estar cerca de los pacientes con signos y síntomas COVID-19, luchar contra el temor al contagio. Los profesionales de la salud debían asistir a sus puestos de trabajo, atender a los usuarios, mantenerse cerca o dentro de las denominadas áreas COVID-19; mis colegas asustadas, asistían a sus puestos de trabajo, sin el equipo de protección personal (EPP) incluso sin guantes y sin el tipo de tapabocas adecuado.

Algunos de ellos, terminaron con sintomatología COVID-19, hospitalizados en la misma área donde trabajaban, atendidos por los compañeros con quienes días

atrás estaban luchando por las vidas de sus pacientes y por las propias. Muchos sucumbieron ante las complicaciones multisistémicas causadas por el agente patógeno, pero tal vez, hubo otro agente, otro factor coadyuvante, como, por ejemplo, el efecto sistemático del estrés, la ansiedad y la fatiga causada por la combinación de las condiciones sociales, económicas y sanitarias, que experimentaban estos profesionales en su momento, lo cual se exacerbaba con cada muerte de un compañero de trabajo.

En Venezuela, la crítica situación del sistema de salud se agravó con la llegada de la COVID-19, debido a la crisis económica del país, al déficit de personal, la escasez de equipos de protección personal, de medicamentos y equipos de ventilación mecánica, adicional a la poca adherencia de la población a las medidas de distanciamiento físico y la disponibilidad limitada de las pruebas diagnósticas, todo esto aunado al complejo desarrollo microbiológico y celular del agente patógeno, por lo que esta enfermedad representó un reto para los sistemas de salud, puesto que sus trabajadores son altamente vulnerables, debido al contacto frecuente y cercano con los afectados, por lo que se encuentran en riesgo de infectarse y posteriormente transmitir la enfermedad a sus familiares y compañeros de trabajo. (6)

Todo lo anteriormente expuesto, mostró una ventana al mundo emocional de los profesionales de enfermería, los cuales estamos sometidos de forma consuetudinaria a altos niveles de estrés en nuestro medio ambiente de trabajo. Sin embargo, esto no es visto como relevante y por consiguiente, sus consecuencias en la salud, no ha sido lo suficientemente estudiada en Venezuela, ni antes, ni en pandemia.

Por lo que considero relevante explorar, en estos tiempos de COVID-19, cómo es percibida por los profesionales de enfermería, la empatía generada durante el proceso de cuidado humano a los pacientes del área COVID-19; de manera de poder dilucidar ¿Cómo los sentimientos de compasión percibidos durante el proceso de cuidado humano, afectó al profesional de enfermería que labora en el área Covid-19?

El estudio, está enmarcado en la línea de investigación IV del Doctorado de enfermería, denominado Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, salud y educación, y adscrito a la Unidad de investigación de enfermería (UNIVE) de la Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Se constituye por los siguientes momentos. Momento I: Describiendo el Objeto de Estudio: Percepción del fenómeno de estudio, el objetivo de la investigación y la justificación del estudio.

Momento II: Contextualizando la Teoría Referencial: Antecedentes relacionadas con la temática del estudio, fundamentos y dimensión ética y legal. Momento III. Estructurando el Camino Metodológico: Metodología seleccionada, tipo de estudio, características de los informantes, proceso para la recolección de la información, hermeneusis, especificaciones éticas y el rigor metodológico. Momento IV: Abordaje del fenómeno en estudio y desarrollo de las fases de Spiegelberg, Momento V: Significado del Fenómeno, surgimiento de una nueva significación, Momento VI: Consideraciones Finales y recomendaciones y Finalmente se reseñan las referencias bibliográficas y los anexos.

MOMENTO I

DEVELANDO LA PROBLEMÁTICA EN ESTUDIO

A partir de este momento, se inicia el hermoso camino investigativo que me permitió desentrañar el misterio psico-emocional que se da en el profesional de enfermería, más que en cualquier otro miembro del equipo de salud. Ese que emana de nuestro ser, que fluye de nuestro interior, como parte de nuestra humanidad; ese lazo emocional que guarda relación directa con la intersubjetividad y que indudablemente, activa la objetividad nuestra y la de la persona cuidada durante las intervenciones de enfermería, ese al que llamamos humanismo.

Esto se debe, a que nuestras intervenciones, no son simples actividades planificadas con un fin individual, cada una, es una parte del todo que queremos alcanzar, por lo que ponemos en ello, toda nuestra emocionalidad con el fin de captar el sufrimiento del paciente y de esa manera poder serle de utilidad. Al captar su vivencia, empatizamos con su sufrimiento, e incluso podemos llegar a sentirlo como dolor propio. A modus proprio considero, que éste, es el mecanismo de respuesta humana que nos permite diferenciarnos de otros profesionales de la salud.

No obstante, es precisamente esta condición humana y solidaria, la razón por la que tenemos un elevado riesgo de ser víctimas de nuestro propio amor por el prójimo, porque, al darnos por completo durante el desarrollo de nuestras intervenciones para cuidar y curar al usuario de nuestros servicios, nos volvemos vulnerables ante las emociones y sufrimientos del medio ambiente que nos rodea. En tal sentido, en el desarrollo de este capítulo, procuré la concisión en un tema por demás controversial, en el cual enfermería de tanto dar amor, puede terminar por sentir desapego, incluso hasta por su profesión.

ESBOZANDO EL CONTEXTO

La humanidad, ha sido víctima en varias oportunidades de crisis de salud devastadoras como consecuencia de pandemias; las más relevantes fueron, la Peste Negra surgida entre 1347-1351 con aproximadamente 200 millones de muertes, la Viruela en 1520 con 56 millones de muerte aproximadamente, la Gripe Española entre 1918-1919 con 50 millones de muertes, recientemente en el 2002-2004 el SARS-CoV (Síndrome, respiratorio agudo severo) con más de 800 muertes en 26 países de Asia y para el 2012 el MERS-CoV (Síndrome respiratorio del medio oriente) causó más de 850 muertes en 27 países de Asia. (7,8)

El último, el virus SARS-CoV-2, inicia su proceso patológico en diciembre del 2019, el primer paciente fue asociado al mercado de animales de Wuhan/China,

causó gran cantidad de muerte y desolación, avanzó rápidamente, propagándose por Asia, Medio Oriente, Europa y América. El séptimo hermano de la familia de los coronavirus, ataca a humanos, sin distinción de raza, credo, ni estatus social; ensañándose con los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas o debilitantes. (9)

Indudablemente, ningún profesional de la salud estaba preparado para enfrentarse a tal lucha férrea, para rescatar de los efectos de este virus a sus víctimas, ninguno estaba preparado para ver morir a tanta gente en tan poco tiempo y aunque sabía que la mayoría de los pacientes eran de la tercera edad, que ameritaban de mayor cuidado, comprensión y dedicación, las condiciones propias de la pandemia por COVID-19, muy probablemente les generó sensación de frustración, debido a la cantidad de fallecidos.

En este sentido, un aspecto interesante a considerar es, que este fenómeno sanitario les obligó a modificar aspectos como: la vestimenta empleada para brindar los cuidados, los mecanismos de comunicación, e incluso las formas de acercamiento a los pacientes; se hizo necesario cambiar la rutina de intervención y acción, en la procura de resguardar su propia salud, mientras recuperaban la salud del paciente afectado. Por primera vez en décadas, esta generación de profesionales de enfermería, experimentó una profunda toma de conciencia, sobre su inherente vulnerabilidad frente a agentes patógenos altamente contagiosos y del inminente riesgo de muerte, redefiniendo drásticamente su percepción de seguridad personal y laboral.

Es necesario recordar que, el sólo hecho de ser profesional de enfermería, trae consigo muchos factores de riesgo, a los cuales, cada uno se debe enfrentar en su día a día y de forma continua, lo que nos hace propensos a muchas afectaciones de salud, sobre todo de la salud mental; esta última, muy frecuentemente por cierto, debido a la exposición excesiva y continuada al estrés personal, causado en la mayoría de los casos, no solo por las característica de los pacientes, las condiciones del trabajo o el aspecto estructural o administrativo del ámbito laboral, sino además y sobre todo, porque como seres humanos, que tratamos con seres humanos, desarrollamos sentimientos de empatía con y por nuestros pacientes.

Entre las afectaciones en la salud mental más comunes en enfermería, se encuentra el estrés, la ansiedad y la depresión, lo cual, pudiese terminar mermando y afectando nuestro bienestar y por ende nuestra salud. La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Con lo cual se entiende que la salud es considerada para la sociedad como una condición elemental, requerida por cada ser humano para potenciar sus condiciones y posibilidades dentro de su medio ambiente, y que para hablar de salud es menester hablar de bienestar; obviamente esto incluye a los profesionales de enfermería. (10)

Sin embargo, la sociedad tiende a sub valorar a la salud y solo es tomada en cuenta cuando se deteriora o se pierde, este hecho nunca había sido tan cierto, como en este momento, cuando el mundo entero tuvo que ser testigo de la manera en que el SARS-CoV-2 y su consecuencia el COVID-19 fue afectando de forma relevante

nuestra salud. Otro aspecto subvalorado, es la importancia “per se” del personal de salud, en especial el personal de enfermería. Por alguna razón, la OMS declaró el 2020 como el año del reconocimiento para Enfermería y la partería, aunque lejos estaban siquiera de imaginar, lo que este año nos traería, nadie tuvo la menor idea de cómo vendría el reconocimiento a los héroes de enfermería, a su valor y mucho menos el costo que tendría su entrega y su amor por el prójimo.

En la labor de enfermería, nuestras acciones y los cuidados que proporcionamos en pro de la recuperación de la salud de cada paciente, siempre pondrán en riesgo nuestra propia salud, pero este contacto de riesgo no es solo por los microorganismos propios de las patologías que aquejan a los pacientes; el mayor riesgo al que nos enfrentamos es, sin lugar a dudas, nuestra propia condición humana, es la intervención de nuestras propias emociones mientras brindamos cuidado humano a cada paciente, en pocas palabras, es nuestra empatía. Enfermería es el profesional de la salud, que permanece más tiempo con el paciente, dedica más tiempo a su cuidado integral y cuya atención requiere de la empatía para la satisfacción de las necesidades encontradas.

Es obvio que mientras más delicada sea la salud del paciente, mayor es el tiempo que dedica enfermería a la recuperación de su condición, no solo durante una jornada laboral, sino, durante todo el espacio de tiempo en el que permanezca el paciente en la unidad, hasta que se logre su recuperación. Esta situación empeora con el tiempo, porque por lo general, como enfermeras tendemos a crear vínculos de

solidaridad, vínculos emocionales, en fin, algo que le permita al paciente resistir la adversidad y salir adelante.

Cuando el profesional de enfermería realiza sus intervenciones de cuidado, lo hace tomando en consideración, la corporalidad, la emocionalidad, los sentimientos y el sistema de creencias del paciente, porque de ello depende en gran medida su pronta recuperación. Sin embargo, la pandemia cambio muchos de los aspectos del cuidado humano que se podían ofrecer al paciente, puesto que una vez que se encontraba internado en el área COVID-19, se quedaba en aislamiento obligatorio; por lo que las únicas personas con la que podía interactuar pertenecían al equipo de salud, pero estos, hacían el contacto efectivo con el paciente, totalmente cubiertos con los equipos de protección personal (EPP), prácticamente era interactuar con un traje de astronauta, con el rostro cubierto con un tapa boca, adicional a la pantalla facial.

Sin importar la edad, ni condición de salud, el único medio de contacto que tenía el paciente con su familiar era el personal de enfermería, quienes se encargarían de transmitir los mensajes emitidos del paciente para el familiar y de este para el paciente. Mientras escribo estas líneas me estoy imaginando a enfermería, expresando al paciente, con lujos de detalles cada uno de los mensajes emitidos por los familiares, incluso hasta exagerando en cuanto a la emocionalidad, con el fin de motivar al paciente; a quién además de la sintomatología propia de la patología, también se le observaban síntomas de depresión.

Porque durante la pandemia, a pesar de las instrucciones de alejamiento social, enfermería estuvo más cercana que nunca, debido a que los pacientes tenían

restricción de visitas. Debían prevenir el contagio masivo al resto de la población y para colmo, la mayoría de los pacientes afectados por el COVID-19 pertenecían al grupo de la tercera edad, por lo que, mientras aplicaban los cuidados intervencionistas, debían ver sufrir a los abuelos y observar a pesar de la dedicación, como la dama de la hoz, se los arrebataba ineluctable de las manos.

Otro aspecto que debemos recordar es que una vez decretada la condición de pandemia por la OMS, como consecuencia del SARS-CoV-2, todas las comunidades estaban aterradas, sabían que debían protegerse y evitar al máximo el contacto con aquellas personas que presentaban cualquier sintomatología relacionada con el COVID-19, por lo que la mayoría decidió alejarse, aislar, evitar el contacto y con ello el contagio, muchos tuvieron éxitos, otros no tanto.

Para el personal de la salud esto no fue posible, estos, debían estar allí, presentes en las áreas COVID-19, tenían que atender a los pacientes, debían luchar entre el temor de ver morir a sus pacientes, el terror de contagiarse y el pánico de llevar el virus al seno de su familia. Debían vivir la experiencia de cuidar, ver morir a muchos de sus compañeros del equipo de salud dentro de su área de trabajo, sentir que ellos, podrían ser los próximos, y a pesar de esto tenían que armarse de fuerza y valor para poder seguir con su labor.

Estas, han sido circunstancias de mucho estrés para todos los profesionales de la salud, Ortega y González (11) publicaron dos entrevistas a profesionales de enfermería que laboraron en espacios Covid, en una institución hospitalaria de Miami, donde expresaban, cuantos querían prestarles los mejores cuidados posibles a

sus pacientes, pero a la vez, sentían que debían protegerse para no llevar el virus a sus casas y a sus familias, y sobre todo para no enfermar ellos mismos. También explicaban que era difícil, sobre todo cuando veían a un colega que enfermaba y requería intubación, puesto que en ese momento recordaban su propia mortalidad. Estos profesionales, debían luchar no solo contra la patología, también lo hacían, contra su propio temor a los efectos letales del virus sobre ellos.

A pesar de todo esto, ninguno de los profesionales de salud, podía saber hasta dónde llegarían sus propias fuerzas, esas que fluían desde el interior de estos súper héroes y heroínas, que ponían en riesgo su salud y su vida para cuidar la salud y la vida de otros. Porque cuidar nunca fue fácil, pero en momentos de pandemia fue muchísimo peor, debido a la situación de incertidumbre que generó y que sigue generando. En el 2020 no se conocía nada del SAR-CoV-2 y aún se sigue sin saber lo suficiente, cada vez aparecen nuevas cepas y con cada una de ellas el riesgo del personal de cuidado directo es mayor, situación que deja sensación de impotencia, traumas y estrés, lo cual, mina peligrosamente la salud del personal de enfermería.

Enfermería vivió la triste experiencia de sentir de primera mano la angustia, el miedo, la sensación de abandono y soledad; debido al aislamiento que debieron sufrir los pacientes en las áreas restringidas; pacientes que percibían la cercanía de la muerte, y al ver a su alrededor, solo tenían la compañía de sus compañeros pacientes y al personal del equipo de salud, personas que tal vez nunca antes habían visto y que incluso, muchos de ellos murieron sin saber quiénes eran. Enfermería fue, quien pasó más horas hombres trabajadas con ellos, porque además de ser quienes brindaron las

acciones de cuidado, adicionalmente y debido al déficit de personal, se organizaron horarios de 24 horas para enfermería en algunos centros de salud públicos, lo que representaba mayor tiempo de interacción con el mismo grupo de personas.

Enfermería, no solo quiere cuidar, también queremos ayudar a curar, vencer a la adversidad; sin embargo, en algunas oportunidades, solo nos quedamos con la sensación de frustración, debido a que las circunstancias nos superan de tal manera, que hace cuesta arriba poder contribuir apropiadamente y hacer de la estadía de los pacientes en este plano terrenal, un momento menos doloroso y desolado. Entonces es allí, cuando la empatía se convierte en compasión y ésta en decepción; porque lamentablemente en las áreas COVID-19, el aislamiento del paciente era una condición obligatoria.

Todas estas circunstancias pudieron traer como consecuencia estrés laboral y aunque pocos lo notaron mundialmente, todos estaban tristes y prácticamente tenían permiso para deprimirse, sin embargo, enfermería debía estar allí, incólume, prestos para la batalla, no se podían dar ese lujo, no se podían permitir debilidad en el momento en que la sociedad más los necesitaba. Por supuesto, dependiendo de las herramientas de afrontamiento personal desarrollada con antelación por cada uno de ellos, lo anteriormente descrito podría afectarlos severamente, pudiendo aparecer en estos profesionales un cuadro psicológico llamado fatiga por compasión, término utilizado por Carla Joinson en 1992, y que posteriormente en 1995, Charles Figley le denomina desgaste por empatía. (5)

En ambos casos, se trata de una condición generada por un estado de agotamiento, provocado por la exposición crónica al estrés por compasión, es decir, es un estado de trastorno del bienestar del profesional de enfermería, como respuesta ante la exposición prolongada al dolor y sufrimiento de los pacientes a su cargo. Sin lugar a dudas, esta situación empeora debido a que nosotros, a diferencia del resto de los miembros del equipo de salud, debemos detectar y dar respuesta a las necesidades de los pacientes, mediante la implementación de cuidados, que no se centran solo en el ámbito físico, sino también en el emocional y espiritual, por lo cual prestamos apoyo a través de nuestra empatía. (12)

Esta empatía sentida por enfermería, como respuesta a la condición de ciertos pacientes durante la implementación de los cuidados, nos genera sentimientos de compasión, que conllevan la necesidad de buscarle alivio a su sufrimiento. Cuando enfermería logra mejorar o erradicar el elemento causante del dolor o sufrimiento, esto le genera una sensación de complacencia o bienestar conocido como, “Satisfacción por Compasión”, es decir siente gratificación por dispensar cuidados, convirtiéndose en un aspecto positivo en nuestro desempeño laboral. (13)

Por el contrario, cuando las condiciones de la persona a quien cuida, rebasan su capacidad de resolución, reiterativamente; el estrés emocional, debido tal vez, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, las muertes frecuentes, las preguntas existenciales de familiares y pacientes y al conflicto que puede surgir entre “curar” vs “cuidar”, podrían hacerle vulnerable a los efectos psicológicos de experimentar, estrés post traumático, fatiga por compasión e incluso Burnout.

Personalmente considero, que la satisfacción por compasión es el mayor y mejor motivador para un profesional de enfermería; cada uno de los cuidados brindados a mis pacientes, los chistes, las bromas, los momentos de escucha silente, dieron sus frutos, al calmar la ansiedad, o mejorar la depresión del paciente. Al terminar la guardia, sentía que había cumplido con mi meta, mi objetivo como profesional, por supuesto con el tiempo entendí que siempre me proponía objetivos que estaban más allá de mis obligaciones profesionales, pero, no más allá de mis responsabilidades como ser humano, tanto la empatía, como la compasión fueron herramientas indispensables en mis intervenciones, como el amperímetro para el electricista o el lápiz para el dibujante.

Durante mi experiencia en la unidad de cuidados neonatales y cuidados intensivos neonatales, vi padecer y morir a algunos neonatos, a los cuales atendí, como si fueran mis hijos, los acunaba, les cantaba, hablaba con sus madres, padres e incluso abuelas. Por supuesto, me preocupaban las posibles secuelas, me entristecía su muerte, pero, también me llenaba de satisfacción ver egresar a aquellos que lograban superar la adversidad.

La satisfacción por compasión, no la sentimos todos los profesionales, hay quienes no manejan bien sus emociones, sus frustraciones, sus traumas, creados durante la aplicación de cuidados de enfermería en pacientes en condiciones de salud especiales, razón por la cual, estos profesionales de enfermería se convierten en presas fáciles de sus propias emociones. Crean una barrera de protección psicológica,

que no les permite volver a sentir o vivir reiteradamente el mismo dolor y se convierten en profesionales diferentes.

Debido a que actualmente me desempeño, solo como docente universitario no puedo hacer referencia explícita del cuidado del paciente con COVID-19 a nivel institucional, sin embargo, he tenido la oportunidad de escuchar las narrativas de colegas, que sin trabajar en esta área, se encontraban en un fuerte estado de vulnerabilidad psico-emocional. El fuerte temor al contagio del virus durante sus actividades profesionales, prácticamente los paralizaba, somatizando el pánico, requiriendo incluso reposo.

El 19 de junio del 2020, inicié con una sintomatología extraña para mí, un fuerte dolor en banda en la zona del epigastrio, que prácticamente me imposibilitaba mantenerme erguida, además de esto, taquicardia y fuerte dolor de espalda. Esta epigastralgia se me hacía conocida debido a que había tenido antecedentes de gastritis, en momentos diferentes de mi vida. Como era de esperarse (por la pandemia), ningún médico me quería examinar, la sensación de muerte inminente era abrumadora, 3 meses después, sentí algo de mejoría, sin poder realizarme endoscopia gástrica, ni prueba para descartar COVID en ese entonces; jamás sabré, si la sintomatología era debida a este agente patógeno.

Esta vivencia avasallante, de una sintomatología desconocida para mi cuerpo, me permitió reflexionar y comprender de primera mano, no solo la sintomatología, también las sensaciones, la depresión y el enorme temor de contagiar a mis seres

queridos, de tal manera, que me identifico de forma más empática con las personas que presentaron dicha sintomatología.

Obviamente ser el que necesita cuidado, no es lo mismo que ser el cuidador, pero, en mi caso yo fungí como ambas partes, el destino me permitió una vez más, aplicar los conocimientos adquiridos como profesional de enfermería, para proporcionarme autocuidado y agradecida con Dios, salir airosa de esta situación. Cualquier cosa que yo pueda decir acá, es poca comparada con la experiencia misma de ser una sobreviviente de la primera ola del COVID.

Posterior a esa experiencia, tuve que cuidar de familiares afectados por el SARS-CoV-2. Para el 2021, dos de mis hermanas presentaron neumonía bilateral y neuritis intercostal, una de ellas con prueba COVID positiva, pero el resultado de la segunda, nunca llegó al centro de salud, es decir, se presume por la sintomatología, que era COVID. Mi familia me necesitaba, debía cuidarlas, tomarle la vía de administración endovenosa, administrarle tratamiento y sobre todo, explicarle los síntomas, cómo se iban a sentir, cómo sería el proceso y la actitud que debían asumir para superar el virus.

A pesar del temor al virus, era imperioso cumplir con la labor de cuidado a mis hermanas en su casa. Aterrada, pensaba en que podía contagiarme nuevamente del virus, que ésta pudiera ser una cepa diferente a la que me afectó, sabía que estaba aún convaleciente y peor aún no quería ser el vehículo que transportara el virus a mi hija y a mi nieto, me colocaba batas, tapaboca y pantalla de protección, me lavaba las manos con antiséptico antes y después de atenderlas y antes de entrar a mi casa, me

colocaba nuevamente antiséptico, al llegar, me bañaba con agua caliente y dejaba la ropa al sol, al menos por 12 horas, antes de lavarla.

Obviamente, el cuidado de un familiar en casa (personalizado), jamás se compara con el cuidado que se brinda en una institución (especializado), donde hay varios pacientes afectados, donde la diferencia es mucho más amplia, sobre todo si se trata del área especializada para este tipo de pacientes. El temor al contagio, es muy fuerte, pero la necesidad de cuidar a la persona que te necesita, te proporciona la energía necesaria para emprender la actividad misma.

Recuerdo que un día hable por teléfono con una colega, que trabajaba en el área de emergencia de adultos y me refirió “a veces no quiero ni siquiera pararme de la cama para ir a trabajar, pero...debo ir...es muy triste ver morir a tanta gente sin poder hacer nada”. Me refería su temor a contagiarse y posteriormente me llamo para comentarme que tenía COVID y que le preocupaba enfermar a su madre, adulta mayor de 80 años, que además sufría de Alzheimer; que ella estaba encerrada en casa y que temía complicarse y morir sola.

Contextualizar mi experiencia personal con respecto a la pandemia por COVID-19, durante el cuidado de mi familia y además escuchar las narrativas de algunas colegas, me permitía tener una visión, como víctima de la patología, como familiar del paciente y a la vez, vivir la experiencia de sentir empatía por las personas afectadas, su temor, su ansiedad, el motivo de su depresión. Esta misma empatía, en el caso de mi familia me generó satisfacción al ver como en el lapso de 15 días mis hermanas se habían recuperado de la afección respiratoria, superando la crisis.

En el caso de la colega, me generaba una sensación de impotencia, querer ayudarla y no saber cómo, saber que necesitaba cuidados, pero yo no podía proporcionarlo (no estaba a mi alcance). Esto me generaba estrés, impotencia, ansiedad, lo cual me producía incremento de la frecuencia cardiaca (FC) y de la tensión arterial (T.A), me imaginaba su situación, porque yo, había experimentado la sintomatología. Consideré prudente calmarme, puesto que, como secuela del COVID, tenía neuritis intercostal crónica, hipertensión y arritmia, y con preocuparme no la ayudaba a ella y mucho menos a mí.

Otro aspecto relevante a tomar en consideración, fue dejarme llevar por la necesidad de buscar información respecto a las experiencias o vivencias de los profesionales de enfermería que estaban en primera fila, atendiendo a los casos en las instituciones de salud. Expresiones como “Me encuentro aislada de mi familia, mis hijos”, “Siento ansiedad al iniciar el turno, miedo de contagiarne y llevar la enfermedad a mi familia, me siento muy limitada en la relación enfermera-paciente”, revelan algunos sentimientos y emociones de profesionales de enfermería que laboraron en áreas en hospitales de Ecuador, que al igual que otros muchos sufrián estrés por la condición de salud de sus pacientes. (14)

No sólo, son las expresiones verbales, también las imágenes en medios televisivos, que muestran angustia, agotamiento, impotencia del profesional de la salud, que luchaba día a día para ayudar a salir de la contingencia, tanto a los pacientes, como a sus compañeros del equipo de salud. El medio ambiente, las horas de trabajo, las condiciones críticas de salud de los pacientes, la cantidad de decesos,

sumado a las experiencias y traumas previos sufridos por el cuidador, forman una cadena de eventos que facilitan la presencia de afectaciones, generadas por la empatía propia del profesional de enfermería.

Afectaciones que debemos tomar en consideración en el profesional de enfermería, debido a que la situación personal, la historia, los conflictos, la enfermedad corporal, las condiciones histórico-sociales, las vivencias, incluyendo el funcionamiento del organismo y los posibles desequilibrios bioquímicos, son factores que pueden mermar su salud y su desempeño laboral, de allí la relevancia de este estudio, al considerar al profesional de enfermería como un ser humano, con debilidades humanas, como cuidador de seres humanos, que necesita ser cuidado.

Hemos sido preparados para ver al ser humano, en su condición humana y su complejidad, como un ser integral en sus seis dimensiones, corporal, afectiva, cognitiva, social, estética y espiritual. Sin embargo, no nos visibilizamos a nosotros mismos dentro de ese enfoque integral y menos aún recordamos que estas dimensiones nos acompañan, incluso ejerciendo nuestra profesión. Somos educadores de personas que ameritan aprender a cuidarse, pero tendemos a no incluirnos como personas necesitadas de cuidado, con frecuencia solemos ignorar nuestra propia condición humana.

De allí la relevancia del empleo de la fenomenología, para abordar cómo la empatía siendo una respuesta humana, afecta al profesional de enfermería. Su abordaje desde este enfoque, me permitió obtener información de los actores principales y poder desentrañar la realidad vivida por el profesional de enfermería,

sus experiencias, percepciones y recuerdos, durante la prestación de cuidados al paciente dentro del área COVID-19 y además el efecto que esto tuvo sobre su salud.

El ser humano es holístico, y su salud debe ser abordada de la misma forma; hablar de salud holística se refiere a la experiencia de la persona respecto de la armonía y responsabilidad en la gestión de su propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones humanas. La salud física se refiere a la corporeidad, a todos los aspectos relacionados con el cuerpo; la salud en el plano mental, no solo es la ausencia de patología psíquica, sino que la entendemos, como la concesión de sus propias cogniciones. (15)

En cuanto a la salud emocional, esta se considera holística, cuando manejamos de manera responsable nuestros sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombres, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores con el fin de controlar los sentimientos de manera asertiva, y afirmativa, de manera que podamos tener equilibrio armónico de nuestra emocionalidad. En tanto que el acompañamiento en la salud espiritual integral, se refiere a la presencia de un ser trascendente, con conocimiento de sus propios valores y del respeto a la diversidad de escala. (15)

Todo esto es aprendido y aprehendido por enfermería, como base cognoscitiva importante de nuestra formación, lo aplicamos en todo paciente o usuario de nuestros cuidados; sin embargo, por alguna razón, aparentemente restringimos el uso de dicha práctica en nosotros mismos, nos enfocamos tanto en cuidar a otros, que nos olvidamos del cuidado que debemos darle a nuestra propia salud, o tal vez sea que,

creemos que somos inmunes. La única forma de poder encontrar la respuesta, es penetrando el maravilloso mundo del fenómeno de la respuesta humana ante la expresión empática del profesional de enfermería.

De manera pues que, desde la esfera fáctica de la fenomenología, obtuve la esencia del significado de las experiencias y de los procesos de pensamientos empleados en un momento histórico específico, dentro del área COVID-19 durante la intervención de enfermería, con lo cual pude interpretar sus experiencias, sentimientos, emocionalidad y espiritualidad, reflejada por medio de sus expresiones humanas y que revelaron la presencia de los efectos negativos o positivos de la compasión.

Tal vez por ello, algunos estudios relacionados con el tema, como el de Abendroth - Flannery y Slocum-Gori et al, revelaron que el mayor porcentaje de riesgo para desarrollar fatiga por compasión, se encuentra en los profesionales de enfermería cuyos cuidados radican en proporcionar alivio al dolor físico, emocional o espiritual, proporcionar soporte psicosocial a pacientes y familiares e incluso los que proporcionaban apoyo emocional a otros miembros del equipo. Entre los más vulnerables aquellos capaces de sacrificar su propio bienestar psicológico en pro de la satisfacción de las necesidades del paciente, lo cual acaba minando su salud física y emocional. (16-17)

Muchas personas se quejan de los profesionales de enfermería que laboran en ciertas áreas, critican su actitud, se refieren a ellos como indolentes, insensibles, incluso hasta les tildan de inhumanos, tal vez, todo esto que ellos ven en el exterior de

mis colegas no sea más que una caparazón, una armadura, tal como sucede en el libro de Fisher, **El Caballero de la Armadura Oxidada**, es decir, su actitud es una herramienta psicológica de protección, un mecanismo de defensa, para evitar sucumbir ante su propia fragilidad humana, una manera de controlar sus emociones y sentimientos, esos que le permiten sentir dolor, estrés, tristeza, depresión y otras tantas emociones que surgen, además de la empatía y la compasión. (18)

Los diversos estudios científicos realizados en relación a la fatiga por compasión, se han enfocado preferiblemente en el personal de enfermería por una razón, somos, el personal de salud con un riesgo mayor de ser vulnerables a esta condición. Entre las áreas estudiadas, están la UCI, emergencias y el área de oncología, sin embargo, es innegable que el área Covid-19, posee características similares a todas ellas, aunque aún no había sido estudiada debido a que el virus es de reciente aparición.

Por esta razón, es interesante saber, ¿Cuál es la percepción que tiene el profesional de enfermería que laboró o labora en el área Covid-19 sobre el efecto causado por la empatía y la compasión sentidas al brindar cuidado humano a pacientes en condiciones de dolor y sufrimiento? y además comprender ¿Cuál es el significado que le da el profesional de enfermería a las circunstancias relacionadas con la fatiga por compasión durante las experiencias de cuidado humano vividas en esa área?

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

General

Generar una construcción teórica relacionada con la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería, que emerja de sus vivencias durante la ejecución de las intervenciones de cuidado humano a los pacientes en el área COVID-19, de una institución pública.

Específicos

- ✓ Describir el fenómeno a través de las vivencias aportadas por los informantes del estudio acerca la compasión percibida por el profesional de enfermería durante el cuidado proporcionado al paciente en el área COVID-19 de una institución pública.
- ✓ Explorar la fenomenología de las esencias a través de los datos aportados por los agentes externos respecto al fenómeno en estudio.
- ✓ Comprobar la fenomenología de las apariencias de acuerdo a las formas en que el fenómeno aparece en las narrativas de los participantes del estudio.
- ✓ Conformar la constitución fenomenológica a través de una estructura de triangulación que permita la interrelación y validación de las fuentes.
- ✓ Mantener la reducción fenomenológica durante el desarrollo de la investigación, garantizando en todo momento la epoje.
- ✓ Obtener la fenomenología hermenéutica a través de la descripción e interpretación de las esencias fundamentales surgidas de las experiencias de vida y el significado de la compasión percibida por el profesional de

enfermería durante el cuidado proporcionado al paciente en el área COVID-19 de una institución pública.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Enfermería está expuesta de forma constante al sufrimiento, al dolor, a la angustia y a la amenaza de muerte; sometida a intensas demandas físicas y emocionales como consecuencia de involucrarse en el cuidado del paciente con un nivel de intimidad no comparable con la de otros profesionales de la salud. A lo largo de nuestra carrera debemos ser el bastión que mantiene erguida la unidad de atención, sin importar el nombre que lleve esta, somos quienes organizamos, administramos, quienes observamos mejor la sintomatología del paciente, no solo en la patología en sí misma, sino en cómo ésta y otras circunstancias afectan su salud en el espectro biopsicosocial, es decir, preservamos la integridad holística. (19)

Nuestros compañeros del equipo de salud pueden o no darse cuenta de este atributo que tiende a acompañarnos, sin embargo, es muy difícil que puedan notar con acierto o antelación, cuándo, nuestro propio deseo de brindar un apropiado cuidado humano, en pro de satisfacer las necesidades de los pacientes, e incluso de nuestros compañeros de equipo, comienzan a tener efecto en nuestra salud. Nuestros colegas pueden o no asociarlo con el ambiente laboral, incluso con el tipo de paciente que

manejamos, pero, al estar dentro del mismo ambiente, también podrían pensar que si no les afecta a ellos, ¿Por qué habría de afectar a otros?

Este estudio permite entender desde nuestra representación deontológica, la importancia de reconocer, detectar y comprender a tiempo, los cambios significativos que acompañan a la fatiga por compasión, cómo esta nos afecta desde lo personal, desde nuestro interior, lo que sentimos como profesionales de enfermería ante circunstancias que nos atrapan y nos sumergen en un mar de frustraciones inútiles y difíciles de prever.

También ofrece una ventana abierta, para observar el misterioso mundo que atrae y contrae los sentimientos y emociones del profesional de enfermería, que se ve atrapado en un sin número de fracasos y frustraciones al intentar ayudar y salvar a sus pacientes, obteniendo poco o ningún éxito durante el proceso. Permite interpretar mejor las historias no narradas que consumieron largas horas de insomnio y desesperanza de los profesionales de enfermería que laboraron y/o laboran en el área Covid-19, quienes se preguntaron incesantemente, ¿qué hice mal, en que fallé o que dejé de hacer?

Por otro lado, tomando en cuenta lo dicho por Figley, respecto a que la compasión y la empatía son valores fundamentales e ineludibles en nuestra profesión, éstos conjuntamente con la responsabilidad, el respeto y otros valores, permite demostrar que este estudio, también sirve de reflexión axiológica, de manera que se

puede deducir, a través de las respuestas dadas por los propios profesionales de enfermería, sus emociones y la lucha diaria desarrollada para lograr aliviar el dolor físico y emocional de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el área COVID-19. (20)

Todo esto, permitió descifrar cómo estos profesionales pueden combinar los aspectos ético-morales, sociales y personales, con los principios deontológicos de enfermería, que le facilitaron cumplir con sus deberes y además, encontrar la respuesta a preguntas como ¿por qué algunos pudieron tomar la decisión de poner distancia y otros solos decidieron cambiar de profesión o tipo de actividad laboral?, ¿tendrá relación con la ectopia?, en pocas palabras, hasta qué punto las emociones y sentimientos expresados por estos profesionales, son una consecuencia de la empatía y la compasión experimentada durante el cuidado aplicado en el área COVID-19?

Este estudio, me ayudó a encontrar nuevas formas de validar epistemológicamente nuestras dianacias, con la finalidad de procurar elementos meta cognitivos que permitan preparar a los futuros profesionales de enfermería generalistas, o crear nuevas asignaturas relacionadas con la formación de un profesional de enfermería con condiciones, habilidades y recursos necesarios y adecuados para afrontar las diferentes circunstancias a las que debe enfrentarse durante su desarrollo y evolución, como profesional del cuidado humano.

En pocas palabras, el estudio permitió realizar una simbiosis científica entre las doxas y noemas de cada uno de los participantes de estudio, obteniendo con ello, no solo reforzar mis conocimientos en relación con el fenómeno de estudio sino además, y esto lo considero relevante, los de las personas que tengan en bien compartir esta experiencia a través de la lectura de los resultados de este estudio, conformando de esta manera una nueva ancla epistémica, científica meta cognitiva.

Por último, si bien es cierto que la mayoría de los estudios relacionados con fatiga por compasión se han realizado en profesionales de enfermería, también es cierto que han sido desarrollados en su mayoría por Psicólogos o trabajadores sociales; paradójicamente, no necesariamente por profesionales de enfermería; pocos han sido de metodología cualitativa. En el ámbito nacional el número de estudios relacionados con este tema y desarrollado por profesionales de enfermería es escaso, sobre todo si guardan relación con el Sar-CoV-2 debido a que la pandemia es de reciente data, y persiste la ausencia de antecedentes cualitativos. Por consiguiente, este estudio, es un importante aporte para la sociedad científica de nuestro país.

Es importante que el profesional de enfermería se identifique con los términos compasión y empatía, que comprenda con claridad la relevancia que tiene el empleo de sus emociones y sentimientos durante sus intervenciones y evaluaciones durante el cuidado de enfermería, pero sobre todo que realice investigaciones, que le permitan comprender y manejar de manera más sólida estos términos y sobre todo, a entender a

nuestros colegas y compañeros del equipo de salud, por lo que considero que este estudio aporta información relevante para alcanzar esta meta.

MOMENTO II

CONTEXTUALIZANDO LA TEORÍA REFERENCIAL

Posterior a la descripción del fenómeno en estudio, me parece oportuno reflejar, la expresión metódica de los aspectos epistémicos desarrollados con antelación; cada uno de los cuales sirvieron de apoyo referencial y a su vez me orientaron respecto de los elementos cualitativos de la investigación, sin embargo aunque no fueron necesariamente empleados como un marco teórico rígido, fungieron como fundamentación para la interpretación y comprensión del fenómeno, conformando la matriz epistémica, en función de la interpretación de la fatiga por compasión en el profesional de enfermería.

RESEÑANDO LOS ANTECEDENTES EPISTÉMICOS

A continuación, procedo a presentar algunas investigaciones relacionadas con el fenómeno en estudio, comenzando con aquellos desarrollados en el campo internacional y acto seguido continúo con los nacionales. Estos incluyen investigaciones de diferentes enfoques paradigmáticos, tomando en cuenta que ambos pueden coexistir sin menoscabo de la relevancia de cada uno de ellos.

Internacionales

Galanis, et al. (21), realizaron una investigación en el 2021 denominada Agotamiento de las enfermeras y factores de riesgo asociados durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y metaanálisis. Cuyo objetivo fue examinar el agotamiento de las enfermeras y los factores de riesgo asociados durante la pandemia por COVID-19. Búsquedas en PubMed, Scopus, ProQuest, registro Cochrane COVID-19, CINAHL del 1 al 15 de noviembre del 2020.

Concluyeron que, de 935 profesionales de enfermería participantes, la prevalencia global por agotamiento era del 34,1%, de despersonalización de 12,6% y de falta de realización del 15,2%. Los principales factores de riesgo que aumentaron el agotamiento fueron la edad (más jóvenes), disminución del apoyo social, baja preparación de la familia y de los colegas para hacer frente a la pandemia, aumento de la amenaza percibida, recursos materiales y humanos insuficientes, mayor carga de trabajo y menor formación especializada, frente al COVID-19.

La identificación de los factores de riesgo para el agotamiento, podría ser una herramienta importante que brinde mejor preparación al profesional de enfermería para el futuro. Este trabajo de investigación, no se relaciona con la fatiga por compasión, pero si con el Burnout y a pesar de ser un estudio cuantitativo, expresa de manera clara como la fatiga y el agotamiento, generan despersonalización en los profesionales de enfermería.

Souza et al. (22), realizaron en el 2021 un estudio denominado, Trabajo de enfermería en la pandemia de COVID-19 y repercusiones para la salud mental de los trabajadores, estudio teórico reflexivo con dos ejes temáticos, la pandemia por COVID-19 y el trabajo precario durante la pandemia con sus efectos en la salud mental. El objetivo fue reflexionar sobre el contexto de trabajo de los profesionales de enfermería en la pandemia y las repercusiones para su salud mental.

La pandemia reveló la precariedad en el sector salud, así como el sufrimiento psicológico de enfermería, debido a la escasez de equipos de protección individual, la fragilidad en la descripción de los protocolos y los flujos al hospital, control de infecciones, prolongadas horas de trabajo y capacitación inadecuada para la crisis. Concluyendo que el agravamiento de los escenarios de salud, aumenta el potencial de impacto negativo en la salud mental de los trabajadores. Este trabajo de investigación se relaciona con mi estudio, debido a que en ambos se trata de documentar los efectos del trabajo dentro del área COVID sobre la salud del profesional de enfermería.

Michala, Estrella y Prieto (14), en el 2020 realizaron un estudio denominado Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes COVID-19. Cuenca-Ecuador; cuyo objetivo fue explorar las vivencias y emociones del personal de Enfermería durante la asistencia de sus cuidados a pacientes con Covid-19. El estudio exploratorio con análisis cualitativo, fenomenológico, con selección de 10 enfermeras

profesionales mediante entrevista individual semiestructurada y la observación de campo.

En la conclusión se puede observar que, en la atención por el personal de enfermería se presenta situaciones negativas de miedo al contagio y positivas como la satisfacción al ver al paciente recuperado, gracias al cuidado directo. Este estudio guarda relación directa con mi investigación, debido a que es un estudio cualitativo, fenomenológico, aplicado en profesionales de enfermería que laboran dentro de un área COVID-19 y como las emociones afectan su salud.

Cáceres, Torres y López (23), en el 2021 realizaron en la Universidad Cooperativa de Colombia Campus Bucaramanga, un estudio denominado **Fatiga por compasión y factores relacionados en enfermeras de cuidados intensivos: Un estudio Multicéntrico**; cuyo objetivo fue determinar los niveles de fatiga por compasión y sus factores relacionados en profesionales de enfermería de tres Unidades de Cuidado Intensivo de la ciudad de Bucaramanga. Estudio correlacional de corte transversal realizado entre febrero del 2018 y febrero del 2020, utilizaron muestreo a conveniencia y aplicaron el cuestionario de Calidad de vida para profesionales ProQoL (Professional Quality of Life Scale).

Evidenciaron niveles inferiores al promedio de satisfacción por compasión 45.71% (n=32), niveles medios de Burnout: 56.34% (n=40) y niveles medios de trauma por compasión: 49.30% (n=35). No reportaron diferencias significativas en

relación a los años de experiencia laboral, la edad, el género, ni el estado civil. En pocas palabras los bajos niveles de satisfacción por compasión, ubicó al personal participante en una situación que incrementa el riesgo de fatiga por compasión. Este estudio guarda relación con el fenómeno en estudio, debido a que investiga los efectos de la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería en áreas de cuidados restringidos, sin embargo, es un estudio cuantitativo.

Chiquillan y Tarrillo (24), realizaron un estudio denominado **Consecuencia del Coronavirus en la Salud Mental del Personal de Enfermería en Clínica Limatambo-Lima 2021**, estudio de campo, descriptivo, no experimental, cuya muestra estuvo conformada por 40 enfermeras, utilizaron el instrumento DASS-21 (Depresión, ansiedad y estrés) con 21 ítem, 7 por cada dimensión. Los resultados mostraron que el 85% presentaron consecuencias moderadas ante el coronavirus, el 27,5 % presentó depresión severa y 50% moderado.

En cuanto al estrés 20% severo, 32,5% moderado; y a la ansiedad 60% severo y 40% extremadamente severo. Concluyeron que más de la mitad del personal de enfermería de esta institución de salud, presentó altos niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el contexto pandemia. A pesar de ser un estudio cuantitativo, guarda relación con el estudio realizado, debido a que demuestra las consecuencias de brindar cuidado humano durante la pandemia por coronavirus, para el profesional de enfermería.

Ñope y Soto (25), realizaron en el 2021 un estudio denominado **El estrés en el desempeño laboral del personal de enfermería del área Covid-19 del Hospital de Barrancas Lima Perú.** Estudio descriptivo, transversal, no experimental, cuya población y muestra fue de 30 profesionales de enfermería a quienes se le aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI-1999) Concluyen que el estrés, agotamiento y despersonalización causado por el estrés influyó sobre el desempeño laboral del profesional de enfermería en el área, entre enero y junio 2021 en la mencionada institución.

Este estudio guarda relación con mi investigación debido a que busca las causas del estrés, agotamiento y despersonalización, durante la prestación de cuidado de enfermería a los pacientes en un área similar, arrojando como resultado que fueron las condiciones experimentadas durante el trabajo las que provocaron los cambios en el personal de enfermería, sin embargo, es un trabajo cuantitativo.

Huang et al (26), realizarón un estudio denominado **Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.** China 2020 Estudio descriptivo transversal, con el objetivo de conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. 246 participantes, muestreo por conglomerados, se aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la

escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), entre 20 a 59 años de edad, 70 médicos (30,4%) y 160 enfermeras (69,6%).

La tasa de ansiedad fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de $42,91 \pm 10,89$ puntos. Incidencia de ansiedad severa 2,17%, ansiedad moderada 4,78% y ansiedad leve 16,09%. La Tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres; y los puntajes más altos (43,78) vs (39,14), la tasa de ansiedad entre las enfermeras, fue mayor que la de los médicos, al igual que los puntajes de ansiedad. La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de 42,92 puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alto que el de los hombres.

Concluyen que el personal de salud tiene una alta incidencia de ansiedad y de estrés. Las instituciones de salud deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras. Además, se deben desarrollar equipos de intervención psicológica para proporcionar asesoramiento en el manejo de ansiedad y de estrés en el personal de salud. Este estudio al igual que los otros, guarda relación con mi investigación, debido a que a pesar de ser cuantitativo, las conclusiones evidencian que tanto médicos como enfermeras, presentaron importantes niveles de estrés y ansiedad, sin embargo, fue el

personal de enfermería, quien arroja estadísticamente mayor porcentaje de estrés y ansiedad durante el cuidado de pacientes.

Nacionales

Muñoz, et al (27), realizaron un estudio observacional, analítico y transversal denominado, **Síndrome de Burnout en los trabajadores de las salas de emergencia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) durante la pandemia COVID-19, Mérida-Venezuela, 2020**. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dimensiones en el personal de salud activo de las áreas de emergencias (adultos, obstétrica y pediátrica) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), durante septiembre y octubre del año 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19. (28)

Participantes 227 (médicos, personal de enfermería, obrero y técnico del área), se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) encuesta física y digital. Del total de los participantes, el 18,9% presentó criterios completos para ser diagnosticados con Síndrome de Burnout; con niveles altos de Agotamiento Emocional (34%), Despersonalización (30,8%) y bajos deseos de Realización Personal (52%). Observaron mayor frecuencia de síndrome en médicos o técnicos, y personal perteneciente al servicio de emergencia pediátrica, así como en personas con menor edad. La prevalencia de Síndrome de Burnout es mayor

que la observada en estudios anteriores en la misma población, pero impresiona que este aumento no se relacione con la pandemia de COVID-19.

Este estudio se relaciona con el síndrome de Burnout durante el contexto de la pandemia por Covid-19, sin embargo, sus signos y síntomas están muy relacionados con la fatiga por compasión y esto pudiese incrementar el riesgo de su presencia. Por otro lado, el mayor porcentaje de investigaciones de sintomatología similar, realizados en nuestro país se refieren al Síndrome de Burnout y no a la fatiga por compasión.

Rebolledo y Serrano (28), realizaron en el 2018 un estudio denominado **Relación entre los estilos de afrontamiento, factores psicosociales laborales, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela**, para optar al título de licenciado en psicología en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) cuyo objetivo fue determinar si los estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales, tales como el tipo de profesión, la antigüedad de servicio profesional y el género, predecían el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud tomando en cuenta la crisis humanitaria en Venezuela.

Estudio no experimental, ex post facto, causal-correlacional, mediante el análisis de ruta, instrumentos: (a) Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981), (b) Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride,

Robinson, Yegidis y Figley, 2004), (c) Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993), y (d) el cuestionario simple de factores psicosociales laborales y afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida. La muestra 270 profesionales de medicina, enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social, con edades comprendidas entre los 22 y 79 años, 68,5% fueron mujeres.

Como resultado, más del 70% de los participantes reportaron sentirse muy afectados en su trabajo por la situación de crisis en el país, 8 de 10 indicadores de crisis humanitaria (Human Rights Watch, 2016) fueron reportados con una prevalencia superior al 70%. Se encontró que los profesionales con estilos de afrontamiento adaptativo reportan menor Burnout, es decir, se orientan a la resolución de los problemas disminuyendo los síntomas de estrés crónico laboral. Mientras que, los que utilizan un estilo de afrontamiento desadaptativo, indican mayores niveles de Burnout y fatiga por compasión, de manera que, enfocarse en la emoción negativa o la evitación del problema le genera mayor estrés crónico laboral y agotamiento asociado al trabajo con pacientes.

A pesar de que en este estudio el enfoque principal es la crisis humanitaria, sin lugar a dudas guarda relación con mi estudio debido a que la pandemia pasó a convertir la crisis humanitaria previa en Venezuela en una crisis humanitaria sanitaria compleja, por tal motivo si ya los profesionales de enfermería se encontraban en

niveles elevados de ansiedad y estrés por Burnout, la adición de la pandemia, paso a complicar aún más la aplicación del cuidado en las instituciones de salud, debido a las condiciones de los pacientes y al riesgo de contagio.

Ramírez y Angulo (29), realizaron un estudio denominado **Síndrome de Burnout y Resiliencia en el Personal de Enfermería de la Emergencia de Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), segundo semestre 2017**. Investigación cuantitativa, de campo, transversal, con el propósito de comparar el síndrome de Burnout con la resiliencia en el personal de enfermería del IAHULA, en el segundo semestre del 2017. Se aplicó una entrevista a 87 profesionales de enfermería, para el análisis de estos datos se empleó el paquete estadístico SPSS 22.0.

Concluyen que la mayoría tiene 5 años o menos de experiencia en el área, que a mayor tiempo de experiencia laboral, menor incidencia del síndrome de Burnout y mayor resiliencia; más de la mitad del personal entrevistado trabaja más de doce horas diarias y descansa solo 4 horas al día, manifestando que dicho tiempo de descanso no es reparador, por lo que sienten presión tanto dentro como fuera de la jornada laboral; la muestra presenta índice intermedio y alto para Síndrome de Burnout, en el grupo intermedio, se presenta con mayor frecuencia las dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Sus recomendaciones fueron, promover entornos laborales saludables, fomentar mejores condiciones y ambiente laborales seguros, con el fin de alcanzar el máximo bienestar, físico, mental y emocional en los profesionales de enfermería, diseñar campaña para la promoción de la resiliencia en este personal. Este trabajo científico no se relaciona con la fatiga por compasión, ni el COVID-19, pero muestra como las condiciones laborales del área de emergencia, (muy similar al área covid-19) pueden afectar física, mental y emocionalmente a los profesionales de enfermería, con lo cual apoya mi investigación.

REFERENCIANDO LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación, se desarrollan los aspectos teóricos relacionados con el fenómeno en estudio, que sirvieron de fuente de información, de apoyo para la triangulación y de contrastación para la elaboración del aporte epistémico final.

Comprendiendo La Fenomenología

Ejecutar una investigación fenomenológica implica desarrollar un modo característico de aprehender los fenómenos, al tomar la información directamente de la realidad y convertirla en conocimiento propio, por supuesto, esto no supone para nada una toma inmediata, en el sentido en que se pudiera decir, que la fenomenología es un hacer simple que no necesita de disposición metódica alguna. Por eso Heidegger compara lo “fenoménico” y lo “fenomenológico” en la investigación, lo

primero es lo que tematiza y trata de los fenómenos, pero, lo segundo es lo relativo a la forma de mostrarse y explicarse de los fenómenos por sí mismos. Es por ello que la fenomenología busca responder a las interrogantes relacionadas con el sentido del ser de manera rigurosa y conceptual, es decir, es interpretativo, por ello es “hermenéutico”. (30)

La investigación fenomenológica se orienta hacia el abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interna del individuo, el cual conforma su mundo subjetivo construido por sus experiencias, percepciones y los recuerdos; todos estos, presentes en un momento histórico de sus vivencias. En este caso en particular trataré de comprender e interpretar de qué manera la fatiga por compasión ha afectado las vivencias desde la subjetividad de enfermería, durante el proceso de cuidado humano brindado a los pacientes hospitalizados en el área Covid-19.

Es indudable que los profesionales de enfermería, además de la calidad operativa, competencias técnicas y conocimientos científicos, deben desarrollar y expresar aptitudes y actitudes vinculares o afectivas que favorezcan su interacción con los pacientes, lo que hace que se impliquen personalmente y trasciendan de la mera entrega de un servicio transitorio; a este factor adicional se le denomina empatía.

Pero esta cualidad, significativamente humana, no siempre está generalizada, o presente en el común de la especie, debido a que, por el instinto de conservación, la

persona tiende a centrar la atención en sí misma como forma de autoprotección; de esta manera trata de escapar de situaciones amenazante para su propia existencia, velando primero por su propio cuidado, luego cuidará de su prole y de sus semejantes, incluso, cuidará de animales, vegetales y seres inertes en aras de procurarse un lugar mejor para vivir. También puede desarrollar empatía selectiva, es decir, solo comprender los sentimientos de aquellos que considera similares o de su mismo grupo o entorno. (31)

En pocas palabras, la empatía desarrollada dependerá siempre de las condiciones a las que se enfrente la persona y de la necesidad de salvaguardar su existencia, pudiese ser instinto de supervivencia, o no. De allí que, algunas personas prefieren preocuparse por ellos y sus situaciones, antes que considerar siquiera el sufrimiento o el dolor de los demás, aspectos que forman parte de la conducta humana. (31)

Filosofando Sobre El Ser Humano Holístico

Para comprender mejor el discurso de este paraje del estudio, considero relevante hacer referencia al concepto de la palabra “Holístico”. Cuando hablamos de la holística nos referimos a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que, por lo regular, no se perciben si se estudian por separado, los aspectos que conforman el todo. Etimológicamente el holismo

representa “la práctica del todo” o “de la integralidad”, su raíz procede del griego “holos” y significa “todo”, “íntegro”, “entero”, “completo”. Por lo que, un holón forma parte de un todo, pero este todo también es una parte de otro todo es decir otro holón. (32)

Al asociar este concepto con la visión holística del ser humano, esta puede ser entendida como el estudio del ser humano en su totalidad, en sus cuatro cuerpos que son: físico, emocional, intelectual y espiritual. En donde cada cuerpo representa a un holón, a su vez estructurado por otros holones, similar a un rompecabezas, donde cada pieza por separado nos da un poco de información, una chispa, una esencia, sin embargo, cuando todas las piezas se unen y forman un todo, podemos llegar a disfrutar de la hermosa imagen que se forma.

Por lo tanto, un ser humano holístico, es un ser constituido por diversos sistemas o grupos de sistemas que en conjunto proveen de una estructura correlacional, que mantiene la sinergia del funcionamiento idóneo de un cuerpo. De allí entonces, se entiende mejor lo expresado por Aristóteles, acerca de que el todo es más que la suma de sus partes. Cada una de las partes del ser humano, necesita del resto de las partes para funcionar adecuadamente, pero si solo una de las partes falla, causa un efecto en cascada que termina causando la falla de todo el sistema. (33)

La capacidad o condición holística del ser humano, que amerita que cada una de sus dimensiones funcione, adecuada y cronológicamente con las otras, es lo que se

puede perturbar o interrumpir en presencia del dolor o sufrimiento. Porque el ser humano más que un ser sufrible, tiene preferencia hacia el hedonismo, es decir, hacia la búsqueda del placer y del bienestar en todos los ámbitos de su vida, por lo que tendemos a tener, un enorme temor al dolor y a la muerte, en nosotros mismo y en las personas con las que interrelacionamos.

En el caso del profesional de enfermería, las personas con las que tenemos mayor interrelación son los pacientes, cada uno de los cuales debe ser visto como un ser integral, que tiene un cuerpo y un alma. Por lo tanto, debemos mantenernos enfocados en ver al paciente como un ser humano integral. Un ser único, con características propias, poseedor de una individualidad irrepetible, que inicia desde el momento mismo de la concepción, y se desarrolla como consecuencia de la relación constante con su medio externo e interno, estructurando un proceso de adaptación a los diversos cambios que confronta permanentemente.

Situaciones tales como el proceso salud enfermedad, también influyen en este proceso de adaptación del ser humano holístico, cuyas diversas circunstancias medio ambientales le cominan a practicar cambios, necesarios para alcanzar la homeostasis holónica de sus sistemas orgánicos y que serán la clave para la superación de circunstancias específicas. Es por ello, que Calista Roy en Cucliffe (34), reconoce en su modelo de adaptación, que el individuo es un ente biopsicosocial en interacción

constante con su ambiente y que esta interacción es precisamente lo que lo obliga a efectuar adaptaciones continuas.

Los profesionales de enfermería debemos tener en cuenta en todo momento que, aunque el paciente amerita de una relación de interdependencia enfermera-paciente, la misma no debe ser superior a la dependencia consigo mismo. Enfocada en la relación de dar y recibir amor, respeto y valía, las relaciones interpersonales, como aspecto importante de la conducta humana, se estructuran en la integridad de las relaciones y en el sentimiento de seguridad que estas producen. Razón por la cual, muchas de las relaciones establecidas entre los profesionales de enfermería y sus pacientes pueden llegar a formar lazos que perduran en el tiempo.

Pero al mismo tiempo, estos lazos de fraternidad y amistad e incluso de intima familiaridad, son los que pueden producir un porcentaje mayor de empatía, solidaridad y de compasión, que conlleven a que veamos a nuestros pacientes como seres significativos con grandes necesidades de apoyo emocional y espiritual. Una persona, cuyo proceso salud-enfermedad se encuentra alterado, pero por su condición humana, amerita ser tratado con dignidad y solo se puede lograr al comprender sus emociones y sentimientos.

Emociones

La amígdala cerebral, un conglomerado de estructuras interconectadas con forma de almendra (son dos amígdalas), encima del tallo encefálico, cerca de la base del anillo límbico, es quien se encarga de las emociones. Considerada como una estructura límbica muy ligada a los procesos del aprendizaje y de la memoria, es una especie de depósito de la memoria emocional, cuyo funcionamiento e interrelación con el neocórtex, constituyen según Goleman, el núcleo mismo de la inteligencia emocional. (35)

La amígdala, prácticamente es un vigía de la vida mental, una especie de centinela psicológico que afronta toda situación, nuestra respuesta dependerá de sus recuerdos. Cuando encuentra un contexto que reconoce y le produce miedo, envía mensajes, estimulando la secreción de noradrenalina, ésta activa al sistema cardiovascular (presión arterial, frecuencia cardiaca), músculos y vísceras (uir o luchar), pero además genera rasgos faciales de miedo, paraliza algunos músculos e impone la memoria cortical con el fin de buscar información relacionada con la amenaza y en algunos casos secuestra la memoria racional, como en la fobia. (35)

Los estudios de LeDoux, referido por Goleman, le permitieron descubrir que, anatómicamente hablando, el sistema emocional puede actuar independientemente del neocórtex, ya que existen ciertas reacciones y recuerdos que surgen sin la participación cognitiva consciente. El neocórtex (cerebro pensante), registra la

información, gracias a los lóbulos prefrontales, la comprende y analiza, cuando necesita una respuesta emocional, le envía mensaje a la amígdala y a los otros centros emocionales, pero su tiempo de respuesta es mayor, comparado con el empleado cuando ocurre un secuestro emocional, generado como emergencia en la amígdala.

(35)

En tal sentido las emociones experimentadas durante nuestra vida, son relevantes para el desarrollo y ejercicio de la razón, pues mantiene la homeostasis entre el pensar y el sentir, nuestras emociones guían nuestras decisiones constantemente, de la mano de la mente racional. Tal vez por ello Wenger, Jones y Jones referidos por Choliz (36), consideran que casi todo el mundo cree saber qué es una emoción hasta que intenta definirla, en ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla, esto se debe en gran medida a que las emociones son experiencias multidimensionales en las que actúan tres sistemas de respuesta, el cognitivo-subjetivo; el conductual-expresivo y el fisiológico-adaptativo.

En resumidas cuentas, una emoción sería una experiencia afectiva (agradable o desgradable dependiendo de la calidad fenomenológica), en la que se comprometen tres sistemas de respuesta, el conocimiento, la conducta/expresión y la fisiología/adaptación, que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de que la persona ponga en marcha los recursos que posee para controlar tal situación. Algunas de las reacciones fisiológicas y

comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse, a las respuestas emocionales innatas y universales se les denomina emociones básicas.

Emociones básicas:

Según el psicólogo y antropólogo Ekman, referido por Leperski (37), existen emociones que son universales, indistintamente del lugar del mundo a que pertenece la persona y las denomino emociones básicas (alegría, tristeza, enojo/ira, sorpresa, miedo y asco), estas, tienen un carácter biológico y hereditario e involucran las expresiones, el conocimiento y la respuesta autonómica; éstas son las emociones que se expresan de forma espontánea.

Para comprenderlas mejor, iniciaré describiendo a la ira, la cual según Zillman, referido por Pérez et al (38), es la sensación de hallarse amenazado de forma física o simbólicamente en nuestra autoestima (ser tratado ruda o injustamente, ser menospreciado, insultado, frustrado en la consecución de un objetivo, otros), lo cual actúa como detonante en el sistema límbico para la lucha o la huida. Todas las formas de estrés provocan una reacción adrenocortical, que disminuye el umbral de la irritabilidad, con lo cual torna al estresado más propenso a enfadarse por razones insignificantes e incluso producir secuestro emocional o amigdalar.

Sin embargo, para Izard, referido por Pérez et al (38), es una emoción que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad, viéndolo como un ataque. En cuanto a los síntomas fisiológicos según Rimé y Giovannini, referido por el mismo autor, se puede presentar el arousal displacentero (estado de excitación), la activación del sistema simpático, sentirse caliente, tensión muscular, incremento de la tensión arterial, aumento de la Frecuencia Cardiaca (FC), tensión muscular, comportamiento agresivo y hostilidad.

A pesar de todos estos síntomas, la ira como emoción es necesaria en circunstancia específicas, sin embargo, la consecuencia de la ira desadaptativa, por falta de afrontamiento personal, suele ser desagradable, puesto que puede causar ulceras gastrointestinales, enfermedades autoinmunes, dolor crónico y trastornos psicopáticos. Por otra parte, se puede observar que estas personas se vuelven mentirosas, manipuladoras, narcisistas y no empáticas, entre otras características (38)

En cuanto al miedo es la reacción emocional más relevante en los procedimientos de reforzamientos negativos, y por ende una de las emociones más investigadas, debido a los efectos negativos causados por los trastornos que produce. El miedo según Choliz (36), se produce ante un peligro real, cuya reacción es proporcional a este, facilitando la respuesta de escape o evitación de la situación peligrosa. Esta emoción permite prestar la mayor atención posible al estímulo temido,

facilitando la reacción orgánica de forma oportuna, sin embargo, si la misma es excesiva, se disminuye su eficacia, pudiendo generar aprensión, desasosiego, preocupación, inseguridad y pérdida de control, llegando incluso a caer en crisis de pánico.

En cuanto a la tristeza, el diccionario de las emociones de la Universidad nacional de México (39), lo define como un estado causado por un suceso desfavorable, que suele manifestarse con pesimismo, insatisfacción y tendencia al llanto. Generalmente aparece ligada a las perdidas (personas, objetos...), sin embargo, la tristeza, proporciona una especie de refugio reflexivo frente a los afanes y ocupaciones de la vida cotidiana, que nos sume en un periodo de retiro y de duelo necesario para confrontar las pérdidas y de esta manera poder asimilar su significado, llevar a cabo los ajustes psicológicos pertinentes y establecer nuevos planes futuros.

Entre los síntomas físicos observados están el llanto, retardo psicomotor, rostro abatido, falta de apetito, problemas de sueño, sensación de nudo en la garganta, de opresión, de pesadez en los hombros, de vacío y de dolor. La tristeza, incrementa el metabolismo cerebral, aumenta el consumo de oxígeno de 20 a 25% y de glucosa en el cerebro, aumento de la FR para poder suministrar ese flujo sanguíneo (10' de tristeza, causan gran cansancio al cerebro) debido a la liberación de orexinas, algunas personas después de llorar caen en un sueño profundo y a otras les da hambre. (40)

Al llorar, el cerebro interpreta con mayor velocidad los estímulos agresivos, la corteza prefrontal le otorga un componente proyectivo y prosocial, con lo cual, disminuye el enojo y la furia en los que presencian el llanto. El dolor físico o moral asociado al llanto activa aproximadamente 20 áreas cerebrales, de conocimiento, memoria, emoción e interpretación para valorar lo que nos hace llorar. Entre los síntomas psíquicos, están los pensamientos repetitivos relacionados con el problema, dificultad para concentrarse, pensamientos intrusivos, falta de confianza, sensación de vulnerabilidad, falta de interés y motivación. Por ello, la tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión. (40)

El llanto, es el método natural que poseemos para disminuir los niveles de neurotransmisores cerebrales que alimentan la angustia; las lágrimas son generadas por la amígdala, el hipotálamo y el giro del cíngulo en la corteza cerebral. A mayor testosterona menos llanto, al restringir el llanto se incrementan los niveles de estrés, de violencia y se hace proclive a los trastornos de personalidad; en pocas palabras llorar nos humaniza. Cuando se suprime el llanto, también se suprime la experiencia emocional, es pretender no vivir la emoción surgida o evitar deliberadamente las emociones experimentadas. (41)

Sin embargo, una de las consecuencias de la tristeza, es la depresión la cual según Nolen referida por Goleman, es la sensación de sobrecogimiento y alienación por encima de todo con una sensación abrumadora (odio hacia uno mismo, baja

autoestima, pesadumbre enfermiza), los síntomas que se pueden observar son agotamiento, escasa motivación, falta de energía, poco rendimiento, lo cual tiende a alimentar la tristeza y mantener un ciclo. El mantenimiento en el tiempo de este ciclo de tristeza es lo que produce la depresión persistente. (35)

Cuando la depresión se presenta por largos períodos de tiempo, puede traer como consecuencia secuelas intelectuales tales como: confusión, imposibilidad de concentrarse y pérdida de memoria, la persona siente que su mente está caóticamente distorsionada, y sus procesos mentales se ven arrastrados por una marea tóxica y abyecta que impide cualquier respuesta satisfactoria al mundo en el que vive, pudiendo causar insomnio y apatía. Efectos que se derivan, de un impacto en la función mental y el estado de ánimo, llevando a una distorsión de la percepción y dificultando el funcionamiento normal. (42)

En cuanto a la alegría, es una emoción agradable y positiva que se produce como respuesta a un suceso que consideramos positivo y que tiene muchos beneficios para la salud física y mental. Esta emoción, disminuye el estrés al producir hormonas anti estrés (dopamina, endorfinas), aumenta la autoestima, genera mayor fortaleza para afrontar los problemas, mejor rendimiento, mejora el sistema inmune, mejora la calidad y cantidad de sueño, incrementa la edad media de vida, ayuda a combatir el dolor, produce la risa. Al reír se activan más de 35 músculos, por ello, es considerada un reforzador de conducta. (43)

Reír contribuye a la segregación de hormonas antiestrés y acerca a las personas durante el suceso que provoca la alegría y de esa manera disfrutan de la situación, aumentando la empatía, favorece la comunicación. La alegría favorece la motivación, aumentando el optimismo y mejora la productividad, la autoestima y tiene un impacto positivo en la salud, durante el episodio de alegría el cerebro elimina endorfinas, lo cual favorece el sistema inmune, fortalece el organismo, disminuye los dolores, favorece la cicatrización de heridas físicas y psicológicas y mejora la cantidad y calidad del sueño. (42)

En pocas palabras, la alegría y la risa tienen un gran impacto en nuestra salud y bienestar; a nivel social, nos conectan con los demás, fortalecen la empatía y mejoran la comunicación. A nivel físico y mental, reducen el estrés, aumentan la motivación y el optimismo, mejoran la autoestima y la productividad y además, la alegría nos permite liberar endorfinas que fortalecen el sistema inmunológico, disminuyen el dolor y mejoran la calidad del sueño y la curación de heridas físicas y emocionales.

Emociones secundarias:

Plutnik, referido por Córdova, (44) apoya a Ekman en cuanto a las emociones básicas, universales e innatas, sin embargo, él les denomina emociones primarias y además, refiere la existencia de las emociones secundarias, como la combinación de emociones básicas, que son más maduras y complejas y se van aprendiendo en base a

las experiencias y a la interacción, como por ejemplo empatía, compasión, satisfacción, entre otras.

Empatía

Para el psicólogo Carl Rogers, referido por Eisemberg (45), la empatía no es más que, ver el mundo a través de los ojos de otra persona y no ver el nuestro a través de sus ojos, se trata pues de la capacidad que tiene una persona de comprender emocionalmente a otra persona, otra cultura, otra creencia o ideología, otro momento histórico... entendiendo sus deseos, acciones, necesidades, sin llegar al extremo de pensar igual que esa persona. Todo esto se encuentra soportado biológicamente, con el descubrimiento de las redes neuronales denominadas “Neuronas Espejos” del cerebro humano, las cuales nos ayudan a deducir los actos, emociones y sentimientos de los demás, y tratar de no solo imitar, sino además comprender sus acciones.

Empatizar es muy importante para nuestro desarrollo intelectual y personal, es parte fundamental de la comunicación humana, que nos permite tener percepciones sobre los sentimientos de otras personas (dolor, alegría, miedo, angustia, esperanza, etc.) y ser solidario con ellas, entender sus comportamientos y el porqué de sus decisiones, lo cual permite dar una respuesta adecuada y un apoyo bien orientado en base a ese conocimiento y sentimiento mutuo.

Como todos los sentimientos, nuestra capacidad de empatizar con otra persona, está determinada por múltiples aspectos que son parte de la personalidad,

tales como: aspectos genéticos, el medio ambiente, la educación, el estado espiritual y hormonal, la capacidad de introspección y autocrítica, emociones necesarias para la convivencia e interrelación, por ende, no todos lo expresan de la misma forma.

Dentro de la psicología del desarrollo, la empatía, es la habilidad inconsciente y automática para responder a las emociones de otros, es decir, la capacidad de compartir las emociones ajenas; con lo cual interpreto que se trata de un componente netamente emocional de la empatía. Sin embargo, algunos estudios referidos por Eisenberg y Fibes (45), coinciden en que la empatía incluye también componentes cognitivos; de allí que Decety et al. (46), definen la empatía cognitiva como la capacidad de explicar, predecir e interpretar con precisión las emociones de los demás vinculadas a una situación específica de un contexto histórico dado.

En conjunto, se refieren a la atribución de estados emocionales básicos a partir de gestos faciales (alegría, miedo, tristeza o ira) o a la predicción de una emoción vinculada a una situación. Con la finalidad de tener una mejor comprensión de lo anteriormente descrito, me apoyaré en la Teoría de la Mente (ToM), término acuñado en 1978 por Premack y Woodruff, y que se refiere a la habilidad para atribuir estados internos, tanto de naturaleza epistémica (pensamientos, creencias, intenciones) como emocional (deseos, emociones) apoyándose fundamentalmente en las estructuras neuro anatómicas. (47)

Una definición más sencilla de la ToM es la aportada por Uribe, Gómez y Arango (48), quienes la definen como la habilidad cognitiva compleja, que permite que un individuo atribuya estados mentales a sí mismo y a otros, ésta no sólo favorece la comprensión del engaño y la mentira, sino que sirve para engañar y mentir. En pocas palabras, es un sistema de conocimiento que permite inferir creencias, deseos y sentimientos y de esta manera conseguir interpretar, explicar o comprender los comportamientos propios y de los otros, así como predecirlos y controlarlos.

En base a esto, la ToM interpreta, que la empatía afectiva y la cognitiva tienen diferentes trayectorias de desarrollo, debido a que son atendidas por redes cerebrales separadas, pero, que interactúan entre sí, es decir, mientras la empatía afectiva se apoya en regiones más primitivas, fundamentalmente del sistema límbico, como la amígdala y la ínsula, la empatía cognitiva parece apoyarse en regiones más específicas.

Estas estructuras neuro anatómicas específicas serían: La corteza Pre Frontal (procesa la información social y sirve para comparar las perspectivas propias), Corteza Orbito-Frontal (Regula la inhibición y el juicio social), Opérculo frontal (se encarga de la empatía y lengua), Giro frontal inferior (reconocimiento de las emociones), córtex singulado dorsal anterior, caudal e ínsula anterior (relación con las experiencias de dolor, y los casos en los que uno observa a otros sufriendo), junción

temporo parietal (sirve para reconocer las intenciones de creencias de los otros) surco temporal superior análisis de la mirada del otro), Corteza somatosensorial (codifica experiencias táctiles), Lóbulo parietal inferior y surco parietal inferior (parte del sistema de las neuronas espejo) amígdala (opera la regulación y el aprendizaje emocional). (48)

En pocas palabras la empatía, no trata solo de lo que el instinto de preservación de la especie me conmina a creer o a intuir, también lleva consigo un componente cognoscitivo, que me permite reconocer en la otra persona, actitudes y aptitudes propias de una situación o condición específica (emociones, sentimientos, reacciones), y en función a eso me proporciona la información idónea respecto a cuál puede o debe ser mi respuesta, ante la otra persona. Sin lugar a dudas, todos los seres humanos tienen necesidad de ser comprendidos y queridos por los demás, sin embargo, no todos tienen la capacidad de ser empáticos, debido a que la personalidad y los valores de cada persona son diferentes.

Empatizar requiere de ser generoso y tolerante, para intentar entender y aceptar pensamientos, sentimientos y decisiones de otras personas, algunas cercanas y otras totalmente ajena. Sobre todo, en el caso de estas últimas, porque al desarrollar una interrelación empática, las características del otro, pasan a ser incorporadas a nuestro yo interno. El ser empático busca dentro de sí, situaciones similares en las

que se ve reflejado y por eso al sentirse identificado con la situación del otro, busca y siente la necesidad de ayudarle.

En este sentido, la empatía es una capacidad valiosa y aquellos que la posean, inevitablemente la reflejan hacia los otros, son seguros, cordiales, confiables, no hacen juicios prematuros, poseen capacidad de escuchar a los demás, de ser objetivos y analíticos y en base a ello, son generosos con sus actos, proporcionan palabras de aliento y consejos. En pocas palabras, la empatía es un valor indispensable en todos los aspectos de nuestra vida, pero lo es más, como parte de las características de un excelente profesional de enfermería, sin ella, es muy difícil enriquecer nuestras relaciones interpersonales y practicar el altruismo. (47)

Es por ello que Freire (49), considera a la empatía como una herramienta fundamental de la práctica del personal de salud, esto se debe a que a través de su implementación le permite al profesional elaborar diagnósticos y aplicar tratamientos más asertivos, para mejorar la condición de salud del paciente, por ello es un elemento importante en la calidad de atención dentro de los espacios de salud.

Filantropía

El altruismo o filantropía, es una capacidad psicológica producto de la evolución, cuya palabra significa amor por el ser humano, sin embargo, no todos los seres humanos son capaces de expresarlo, tal vez por eso Batson (50) refiere que solo

cuando nos identificamos con una persona y experimentamos empatía, sentimos la necesidad espontánea de activar una conducta altruista. Las personalidades psicopáticas rara vez muestran este sentimiento, de allí la razón por la que no desisten de sus acciones a pesar de las suplicas. La motivación altruista evocada por la empatía, se manifiesta sin esperar nada a cambio, se actúa con generosidad sin esperar recompensa.

Son muchas las investigaciones que hacen referencia al altruismo de los profesionales de salud, haciendo énfasis, en un mayor porcentaje para el personal de enfermería; la razón más sobresaliente, la cercanía con el paciente y el tiempo que permanece a su lado. Sin lugar a dudas, la mayoría de los profesionales de la salud empatizan con el paciente, pero no necesariamente todos realizan acciones altruistas; las acciones altruistas, se identifican a través de comportamientos amables y desinteresados, a menudo provocados por sentimientos de compasión, los cuales emanan de la empatía y son precisamente estos sentimientos, los que sensibilizan y pueden afectar la salud de los cuidadores, razón por la cual algunos aprenden a emplear la ecpatía.

Ecpatía

Fue González de Rivera (51) quien en el 2004 trae a la palestra el término “ECPATÍA”, el cual hace referencia a nuestra capacidad de controlar la reacción empática mediante la exclusión activa de los sentimientos inducidos por los demás.

La práctica de la ecpatía nos protege de la inundación afectiva y del dejarnos llevar por las emociones que nos circundan, mediante una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal. En pocas palabras la ecpatía es el mecanismo de defensa psico emocional, que utiliza el ser humano, para evitar los efectos negativos o traumas psicológicos, que podrían devenir como consecuencia del uso indiscriminado de la empatía hacia otra persona.

Obviamente este tipo de respuesta (la ecpatía) no se considera patológica, sino más bien, de afrontamiento positivo o efectivo ante las condiciones emocionales que sobrevienen de la actividad comunicacional y/o laboral. Como se mencionó en párrafos anteriores, la empatía se da con mayor presencia en las personas que se desenvuelven en profesiones altruistas, aquellas en las que existe relaciones de ayuda hacia el usuario de los servicios prestados, como por ejemplo enfermería; por consiguiente deberíamos saber utilizar herramientas de afrontamiento efectivo y eficaz ante las diferentes situaciones de sufrimiento que podemos manejar durante el cuidado de nuestros pacientes, más aún en áreas de cuidados especiales, como emergencia, UCI y recientemente, área COVID-19.

Si bien es cierto, que una adecuada práctica profesional requiere del despliegue de nuestra capacidad empática y de la alianza de ayuda; también lo es el hecho de conservar la distancia emocional necesaria para mantener la efectividad de la relación enfermera-paciente, debido a que se genera más desgaste, en un contexto

de interacción con personas, parejas, familias o grupos que experimentan situaciones de sufrimiento físico, psíquico, relacional o emocional. Por ello, en enfermería debemos acercarnos lo suficiente al paciente para poder interrelacionarnos con él y lograr crear vínculos de confianza para entender sus necesidades, pero, al mismo tiempo, es preciso mantener distancia emocional sana, evitando los efectos adversos para nuestra salud psicológica.

Cuando el profesional de enfermería emplea la empatía, crea una alianza enfermera-paciente, que puede generar tres significativas fuentes de desgaste. La primera, al intentar contrarrestar nuestro reflejo empático espontáneo, que irreflexivo e inconsciente, se traduce en una escucha desequilibrada de las narrativas que los usuarios nos cuentan y que están inundadas de problemas, malestar, incapacidad o dolor. En ellas, nuestra capacidad empática se dispara y se traduce en escucha activa, sin embargo, debemos recordar que una buena escucha no es un juicio y, que corregir esta tendencia involuntaria requiere de un esfuerzo que genera desgaste. (52)

La segunda, la actitud empática, implica una predisposición consciente y voluntaria para comprender la posición del otro, el discurso del otro y el significado que el otro da a su discurso, sus emociones y sus vivencias. Para desarrollar una aprehensión de los significados, enfermería debe percibir y experimentar parte del malestar que sienten las personas. Esto, implica experimentar parte del dolor del otro, crear una versión personal del sentir del otro, cual genera desgaste. (52)

La tercera fuente de desgaste, está relacionada con la necesaria distancia emocional, por la tensión paradójica entre empatía y ecpatía, es decir empleando nuestra capacidad de controlar la reacción empática mediante la exclusión activa de los sentimientos inducidos por los demás, con la finalidad de evitar ser absorbidos por el torbellino de emociones y sentimientos generados durante la interrelación. (52)

La empatía en los profesionales de enfermería, es la cualidad que nos permite establecer la relación que conduce al conocimiento interpersonal o a la relación enfermera-paciente-familia, a través de la cual, se tiene el conocimiento de la pluralidad de sujetos, del yo propio, la objetividad y el yo ajeno, producido por auto objetivación. Con el tiempo y la experiencia, vamos adquiriendo y mejorando la empatía como una fuente de conocimiento, la cual pasa a formar parte de nuestra inteligencia emocional y esta nos permitirá luego la identificación precisa de las respuestas emocionales de los demás, las cuales nos producen compasión.

Compasión

Se entiende por compasión el sentimiento de gran empatía y pesar, que siente una persona, por otra que se encuentra afectada por un gran sufrimiento. Es un sentimiento muy humano que se manifiesta junto a un deseo personal de ayudar a aliviar el malestar emocional del enfermo, o de eliminar su causa. La palabra

compasión significa “sufrir juntos”, es un sentimiento que surge cuando percibes el sufrimiento del otro y te sientes motivado a aliviar ese sufrimiento a través de la acción. Cuando sentimos compasión, ocurren cambios psicológicos y fisiológicos, nuestra frecuencia cardíaca se ralentiza, secretamos Oxitocina (hormona del apego) y se activan algunas regiones del cerebro que están vinculadas con la empatía. (53)

Cuando los profesionales de enfermería, aplicamos el cuidado humano al paciente que se encuentra en condiciones de sufrimiento, como es el caso de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, emergencia y en especial, el área COVID-19, además de cuidadores, también somos seres humanos y empatizamos con el usuario, sin embargo es indudable que nuestra respuesta empática tiende a ser mayor y es la razón por la que nos destacamos como seres humanos altruistas, compasivos, con una enorme necesidad por ayudar a nuestros semejantes, no solo aliviar el dolor, sino además tratamos de procurar al paciente terminal una muerte tranquila, serena, digna.

Como profesionales de la salud batallamos día a día con situaciones extremas relacionadas con la salud, la vida y la muerte; sin embargo, no queremos perder a ningún paciente, no queremos que sufran, no queremos verlos deprimidos, entregados a su patología, resignados a morir. Buscamos entre nuestros conocimientos y experiencias previas la estrategia adecuada para poder contribuir a aliviar su dolor, su pesar, su temor, su angustia; pero no solo lo buscamos dentro de nosotros, muchas

veces consultamos en textos, con otros compañeros, guías espirituales, sacerdotes, amigos, entre otros; en pocas palabras hacemos nuestro, el pesar del paciente.

Durante la pandemia por el SARS-CoV-2, la situación del profesional de enfermería no fue diferente, pero las condiciones sanitarias si, los profesionales de enfermería, se enfrentaban a condiciones completamente adversas, tenían en su contra las condiciones sanitarias institucionales (lugares con condiciones no apropiadas, falta de insumos, déficit de equipo de protección personal (EPP), desconocimiento de la patología y sus causas (por ende del manejo apropiado del tratamiento, de la intervención en sí), temor a contagiarse (sobre todo a contagiar a su familia) temor a morir, escases de personal (incertidumbre de saber si te recibirían la guardia, cubrir 24 horas continuas o más).

En los profesionales de enfermería venezolanos, existían condiciones de ansiedad y estrés previas, generadas por condiciones laborales propias de la crisis humanitaria dentro del país y que por supuesto afectaba a las instituciones de salud (provocando síndrome de Burnout en algunos trabajadores de salud). Con la pandemia, la crisis institucional se vuelve compleja. Enfermería, se aboca a ayudar a sus pacientes, pero al mismo tiempo ninguno quería ser el próximo paciente COVID, debido a que ya eran testigos, de ver como sus compañeros del equipo de salud, ingresaban al área COVID-19 y fallecían 2 o 3 días después.

Enfermería durante el desarrollo de su vocación como cuidadora, indudablemente se asegura de lograr la interrelación enfermería-paciente, porque esto nos permite conocer mejor al paciente, identificar sus necesidades y verificar la satisfacción de las mismas, parte fundamental de la primera fase del proceso de enfermería. Es precisamente en esta etapa cuando se forman los lazos emocionales que activan las zonas mentales de la empatía y que posteriormente, nos permitirá enfocarnos en cómo ayudar al usuario, de allí la necesidad de empatizar. A esta condición los psicólogos le denominan “Satisfacción por compasión”.

La satisfacción por compasión proviene de una motivación intrínseca, (vocación) que aporta plenitud en el plano espiritual, emocional y hasta sentimental. Poder llegar a sentir la satisfacción por compasión implica dotarse de fuerza y esperanza para hacer frente al sufrimiento ajeno, es como recibir una ola de inspiración, debido a la secreción de Oxitocina generada tras la actitud compasiva y altruista, que le provee de una carga extra de energía, que le impulsa a seguir adelante con sus metas. Al igual que a un deportista tras el triunfo, la satisfacción por compasión dota al profesional de enfermería de una gran resiliencia.

Por el contrario, no conseguir sentirla deriva en desesperanza y frustración, llegando incluso a incapacitar al profesional para el ejercicio de sus funciones. Si el profesional de enfermería no ha aprendido a manejar sus emociones y sentimientos, en pocas palabras, no puede aplicar adecuadamente la empatía; podría llegar a formar

parte del porcentaje de profesionales de la salud afectados por la compasión, a lo que se denomina “Fatiga por Compasión”, lo cual puede llegar a causarle deterioro físico y mental. Lo peor de todo es que esto ocurre de forma aguda, sin que el afectado o sus compañeros de trabajo o familia, asocien la empatía profesional con el cuadro clínico presentado.

Fatiga Por Compasión

Figley citado por Soler (12), define a la fatiga por compasión como el estado de cansancio y disfunción biológica y psicosocial como resultado de la exposición prolongada a estrés por compasión. Sin lugar a dudas para que se pueda dar esencial la empatía, puesto que esta permite percibir y entender lo que el paciente está experimentando. Por consiguiente, la respuesta psicológica a los elementos conflictivos de la empatía y el sufrimiento, es lo que provee las bases para desarrollar estrés por compasión y posteriormente fatiga por compasión, como respuesta al estrés constante que sufre por cuidar de otras personas con situaciones o condiciones de sufrimiento o dolor extremo.

Fonseca (52) refiere, que fue Figley, quien estudió por primera vez estas consecuencias con enfermeras que atendieron veteranos de la guerra de Vietnam en la década de los 60. Según sus estudios, estas profesionales tenían sentimientos de culpa y remordimiento por no haber podido “salvar” a sus pacientes, y a ese cuadro le denominó estrés por compasión. Sin embargo, fue Joison, quien primero utilizó el

término Fatiga por compasión, para referirse al efecto nocivo de la exposición continuada de las enfermeras a las historias de dolor y sufrimiento de sus pacientes. La fatiga por compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás. (54)

La fatiga por compasión, afecta no solo el aspecto emocional, social y espiritual, sino también aspectos físicos, como la respuesta ante el sufrimiento por situaciones adversas o agobiantes a las cuales se encuentra expuesta una persona. Es un tipo de estrés causado por una serie de factores, tales como: ayuda terapéutica, la empatía y el compromiso emocional, que afecta específicamente a aquellas personas que trabajan en aliviar el dolor generalmente de pacientes con enfermedades agudas, así como avanzadas o terminales (54)

En cuanto a los efectos físicos reportados en algunos estudios, Madero y cols. (55) expresan que el agotamiento físico del personal sanitario durante la pandemia, fue severo afectando su salud y desempeño laboral, Márquez (56), narra cómo los profesionales de enfermería durante la jornada laboral, debían hacer un gran esfuerzo para permanecer despiertos debido a la somnolencia, además de presentar dermatitis en las manos y Cáceres referido por Loyote y Cols. (57), también refieren que durante la pandemia enfermería laboró en espacios con hacinamiento de pacientes, poca remuneración, largas jornadas laborales, escasos recursos de material y de personal, lo que aumentó la razón paciente/enfermera.

Adicionalmente Márquez (56) refiere, que el uso de los EPIs en las áreas, hacia que enfermería restringiera sus necesidades fisiológicas a la mínima frecuencia, para no retirarlo por miedo al contagio, pero, adicionalmente, portarlos por tiempo prolongado, además, le terminaban causando lesiones en la piel, como dermatitis. Estas lesiones en la piel y las lesiones por presión causadas por los equipos, se convirtieron en posibles puertas de entrada para la infección por el virus. Algunas de las razones, alegadas por los profesionales de enfermería en Venezuela, para no retirarse los EPIS, es que no tenían como sustituirlos, por nuevos.

En cuanto a las afectaciones psicológicas, la empatía desarrollada durante las acciones de cuidado humano necesariamente producen una gran carga emocional y esta a su vez genera estrés, McGibbon, Peter y Gallop citados por Córdoba et al. (58), refieren que el estrés emocional puede deberse a la exposición repetida al dolor y al sufrimiento, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, al afrontamiento de muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias y pacientes, a la necesidad de empatía que se genera durante el cuidado y al conflicto que puede surgir entre la dualidad de curar *versus* cuidar y acompañar.

El profesional de enfermería cuida, con el objeto de curar, al no conseguir la meta, puede generar frustración, como la que ocurre ante la presencia de la muerte. Kluber-Ross (59), refiere que, al no comprender otras formas de concebir y experimentar la muerte y el duelo, las personas desarrollan sentimientos de fracaso,

desesperanza, sentir que nunca se hace lo suficiente, perder la compasión, perder la habilidad de empatía y sentir la impotencia de no poder ayudar a los pacientes. Es lógico que muera algún paciente en un área de cuidados paliativos, lo que el profesional de enfermería no espera, es que se les mueran todos los pacientes dentro de un servicio, con escaso tiempo de diferencia entre uno y otro, sin importar la calidad y cantidad de cuidado de prodigue.

La empatía motiva al profesional de enfermería al acercamiento y a la búsqueda de la mitigación del sufrimiento, esta acción es lo que se conoce como actividad compasiva. La Fatiga por compasión, surge de estar muy apegado emocionalmente a pacientes o familiares (empatía) y se refiere a una respuesta ante el sufrimiento de un individuo, personas vulnerables y/o que han experimentado trauma que puede repercutir en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional.

Además de las experiencias emocionales, también se han descrito otros factores relacionados tales como: la falta de trabajo en equipo, el contacto directo con pacientes y una pobre salud mental como condicionantes de riesgo para la fatiga por compasión. De allí la importancia de que el personal de enfermería tenga una preparación no solo, del manejo del paciente, también requiere tener un conocimiento adecuado del manejo de sus emociones. (59)

Bermúdez, citado por González et al. (60), expone que, entre las respuestas psicológicas como respuestas a la fatiga por compasión, se puede observar con frecuencia el cinismo o despersonalización, el cual se atribuye a la necesidad de autoprotección, a no dejarse afectar por lo que le sucede al otro, inconscientemente se crea una barrera entre el profesional y el usuario, con la finalidad de evitar enfrentarse a la carga emocional que le pueda afectar. Otro de los efectos es el pánico, considerada como la ansiedad extrema o miedo a la muerte o a la fatalidad, que se presenta en forma súbita y que puede causar pensamientos irracionales, pulso rápido, sudor y dificultad respiratoria, algunos sienten como si tuvieran un ataque al corazón. (61,62)

Enfrentarse a un episodio aterrador, de muerte y desolación, causa miedo y este puede transformarse en crisis de pánico, causando posteriormente un trastorno, reconocido como trastorno de estrés post traumático, el cual, ocurre en personas que experimentan un evento traumático aterrador, como amenaza de muerte. Las crisis de pánico suelen ameritar terapias específicas y largos períodos de tratamiento. Algunas personas, utilizan mecanismos de protección psicológicas para poder superar o esquivar los efectos negativos de las situaciones que enfrentan. (63, 64)

Como seres humanos empleamos tres mecanismos para afrontar una amenaza o agresión, estos son: el sobre compensador (lucha), el de evitación (huida) y el de rendición (paralización). La evitación es el mecanismo de afrontamiento más

utilizado por algunos profesionales de enfermería y es empleado para evitar exponerse a situaciones que generan malestar emocional, temor o inseguridad. El profesional de salud prefiere no crear ningún lazo emocional con los pacientes, y se aprecian fríos y apáticos, enfermería es más afectada que otras profesiones debido a su relación directa y frecuente con los pacientes, haciéndola más susceptible al estrés, agotamiento emocional y despersonalización. (65,58)

Estas afectaciones tanto físicas, como psicológicas y emocionales, surge de un proceso acumulativo por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes y puede desencadenarse frente a ciertos eventos precipitantes, como: enfrentarse nuevamente con una misma situación de trabajar con cuidados específicos (dejá vu); observar que el personal que atiende, desarrolla cierto distanciamiento social tanto con los pacientes como con las personas que no atiende; o cuando se enfrenta con alguna situación que lo coloca en tensión emocional activa o un estado de hiperactividad en sí.

Me parece relevante mencionar que en la fatiga por compasión los procesos homeostáticos emocionales se encuentran en desequilibrio, la sensación o el sentimiento compasivo no emanan con facilidad y cuando surge es muy fugaz. Es por ello que los profesionales de enfermería, deben aprender a manejar sus emociones y evitar irse a los extremos, es decir, no ser extremadamente empáticos, o por el contrario, adoptar un comportamiento frío o evasivo con el paciente. (66)

El factor desencadenante que más se toma en cuenta, es toda situación que produzca estrés, debido a que terminará generando más estrés, del ya acumulado, desarrollando así un círculo vicioso. De allí la importancia de comprender, que la mejor estrategia para que los profesionales de enfermería puedan prevenir la fatiga por compasión, es poner en práctica los conocimientos aprendidos y aprehendidos respecto al cuidado adecuado de la salud, no solo del paciente, sino además de la salud propia (Autocuidado).

El Cuidado Humano

Por lo general el imaginario colectivo, adjudica el cuidado, como objetivo central de estudio de la disciplina enfermera, y mediante el cual se identifican las acciones que realizamos en las instituciones de salud. Sin embargo, la connotación del quehacer enfermero va mucho más allá de la esfera asistencial y de la reducción del concepto cuidado. Como profesionales de enfermería desarrollamos nuestro cuidado, no solo cuando prestamos asistencia a los pacientes, también somos cuidadores, cuando educamos, investigamos, gestionamos, lideramos y comunicamos, cada uno de los elementos garantes de la salud.

El cuidado de enfermería contiene elementos sustanciales y particulares que lo caracterizan como un cuidado profesional de enfermería, enfocado en el estudio de las experiencias de salud y enfermedad de los seres humanos a nivel individual, familiar, comunitario y colectivo, dirigido a la multidimensionalidad de la persona y

sobre todo fundamentado en el conocimiento que le proporciona las ciencias biológicas, sociales y humanísticas; el contexto sociopolítico y sus propias teorías y tecnologías. (66)

La acción del cuidado profesional de enfermería implica un acto relacional, recíproco y transpersonal entre el sujeto cuidado y el cuidador (enfermero-a), en el cual se da un flujo de recursos que permite un crecimiento bidireccional, donde el paciente recibe el efecto del cuidado y el profesional recibe el efecto de la relación de cuidado, y es a través de esta experiencia de vida compartida donde se crea y recrea la situación de cuidado de enfermería. Como profesionales del cuidado, debemos tomar en consideración el efecto de los sistemas que rodean al paciente, con el fin de ajustar o modificar lo necesario para que en su condición humana este logre adaptarse.

Para ello, los cuidados de enfermería emplean el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y la enfermedad, por tanto, se enfocan en un amplio conjunto de fenómenos. Como cuidadores, empleamos la ciencia y el arte de nuestra profesión, durante el desarrollo de intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades humana de forma holística (física, sicosocial, cultural y espiritual) dentro de los ambientales de los pacientes y su familia; alcanzando de esta forma, la visión filosófica de que los totales en intervención son más que la suma de sus partes. (67)

Por consiguiente, lo que el ser humano puede y llegue a ser es una “obra” del “cuidado”. Que podría venir del cuidado de sí mismo o del cuidado de otros, incluso

de ambos. Pero el cuidar, es más que un acto, es una actitud, que abriga más que un momento de atención, de celo y desvelo. Cuidar representa una actitud de preocupación, ocupación, de responsabilidad y de envolvimiento afectivo con los otros. El cuidado, asegura la continuidad de la vida del individuo, del grupo, de la especie, con el cuidado se asegura la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. (68)

El cuidado humano, está relacionado con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones de salud-enfermedad y a las interacciones persona-entorno. Este puede ser demostrado y practicado interpersonalmente; pero, al mismo tiempo, el proceso de relación interpersonal, está enmarcado dentro de un contexto transpersonal; que trasciende a cada ser humano, y se mueve en círculos concéntricos del yo hacia el otro, al medio ambiente, a la naturaleza y al universo. En pocas palabras, el efecto causado por el profesional de enfermería a través de un cuidado humano transpersonal, va a trascender desde la intersubjetividad dentro del área de cuidado, hasta los espacios familiares. (69)

Cuando el profesional de enfermería, implementa sus acciones de cuidado humano, no solo emplea sus conocimientos científicos y empíricos en pro del paciente, también pone en funcionamiento la máquina de las emociones, sentimientos y creencias, en pro de conseguir la modificación de las condiciones de salud del paciente. No significa esto, que nosotros anteponemos nuestras necesidades a la del

paciente, por el contrario, como profesionales del cuidado humano, empleamos nuestras herramientas cognitivas y emocionales, con el fin de compenetrarnos con el sentir y las emociones del paciente de manera tal que podamos, comprender la condición de salud en la que se encuentra, no solo desde el punto de vista de su salud física, sino además en la emocional y espiritual, en pocas palabras, procuramos empatizar con el paciente, desde la holistica.

Al empatizar con el paciente, el profesional de enfermería, busca las estrategias necesarias para lograr el vínculo, que le permita acceder a su intimidad emocional y así lograr comprender mejor su situación, su razón y desde allí, contribuir a la mejoría física, mental y espiritual de su salud, aun poniendo en riesgo, la nuestra. El cuidado solo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal (prácticas culturales, comunidades...) y en forma particular en enfermería, de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales (66)

Como lo dije antes cuidar no es solo un acto, el proceso de cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no solo el estar con, sino también el ser con. La mayoría de las personas visualizan a los procedimientos, intervenciones o actividades técnicas realizadas con el paciente, solo como cuidado, sin embargo, al mismo tiempo podemos emplear durante cada uno de esos momentos, comportamientos de cuidar que pueden ser mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza atención, cariño, solidaridad,

interés, compasión, entre otros, que no son tomados en cuenta como parte del cuidado. (70)

Los profesionales de enfermería también podemos poner en práctica dentro de nuestras acciones de cuidado, la intervención terapéutica, la cual sin lugar a dudas representa la oportunidad para demostrar nuestras habilidades de presencia significativa, al acercarnos y despertar en nuestros pacientes, la suficiente confianza, para que ellos nos permitan ingresar a su mundo interior y que además reconozcan que nuestra presencia va más allá, de la ejecución de los procedimientos.

El cuidado significativo, indudablemente está determinado por la escucha activa, por ello involucra un proceso de aprendizaje de saber escucharnos a nosotros mismos para poder escuchar atentamente al otro. Saber cuándo emplear el tacto (tocar) y la manera de cómo hacerlo, el tocar es un acto significativo, dado que a través de él se transmite seguridad, afecto, sinceridad, calor entre muchos otros sentimientos y considero, que hay oportunidades en que con solo tocar basta, para expresar lo que se siente y esto es importante para la persona receptora del cuidado.

Otra actitud relevante en el cuidado significativo es la mirada, la cual pone de manifiesto a la persona cuidada, que su interlocutor le está prestando atención, por lo que determina la presencia significativa del profesional de enfermería. Es por ello que debemos aprender a interpretar, en cada expresión quinestésica lo que el paciente intenta manifestar, lo que siente en el momento del contacto interpersonal; una

mirada y una expresión facial, puede darnos más información que una respuesta directa del paciente. (70)

Es precisamente a través de la empatía, donde podremos interpretar asertivamente, la necesidad de comprensión, respeto, apoyo emocional y espiritual, que amerita el paciente. Al mezclar estas habilidades de presencia significativa, con el conocimiento, destrezas y seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos, podemos garantizar un adecuado cuidado humano, debemos constantemente tener presente, que el paciente es un ser humano integral y no una cama, un diagnóstico, una enfermedad o grupo de signos y síntomas.

Las bases ontológicas de enfermería afirman que el ser humano se caracteriza por la integralidad, la complejidad y la conciencia; la esencia de enfermería implica un proceso comprometido de humano a humano y la esencia de la práctica de enfermería es la relación de enfermera – paciente. A partir de esta reflexión se pone en manifiesto el sentido holístico de la profesión, con un carácter eminentemente dialógico el cual es el factor primordial en la relación enfermera paciente para así llegar a conocerse y brindar cuidados verdaderamente humanizados. (66)

Debido a que el cuidado humano, está destinado a satisfacer necesidades humanas, tiene destino, efecto y objeto, de allí entonces la necesidad por parte del profesional de enfermería, como cuidador, de proveerse de cuidados adecuados a si mismo (autocuidado), con la finalidad de poder contar con un estado de salud (bio,

psico, social) excelente, de manera tal, que pueda servir de ejemplo a sus pacientes, pero sobre todo, que pueda resistir el impacto que conlleva la aplicación constante de la empatía, el altruismo y la compasión.

COVID-19

Los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades como el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo grave y el síndrome respiratorio de Oriente Medio. En 2019 se identificó un nuevo coronavirus como la causa del brote de una enfermedad que se originó en China, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), cuya enfermedad causada es COVID-19. En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la COVID-19 como pandemia, para el 13 de marzo del mismo año el gobierno venezolano decreta estado de excepción de alarma en todo el territorio a través de la gaceta 4.160. (71)

La principal preocupación durante el manejo del paciente COVID-19, fue no saber cómo actuar, porque las instituciones carecían de información respecto a la magnitud de la pandemia, y de si los protocolos de actuación que se estaban implantando servían para protegerse a los sanitarios por sí mismos y a los pacientes, el personal de salud no recibió ningún tipo de entrenamiento y en Venezuela, ni siquiera se tenía experiencia respecto al uso adecuado de los EPIS, en el manejo de pacientes en pandemia y la prevención de contagios. (72)

El COVID-19 fue algo completamente nuevo, para el personal de salud latinoamericano, sabíamos que el número de personas infectadas iba a aumentar, pero no que fuera a ocurrir tan aceleradamente, se observaron síntomas como niveles bajos de oxigenación, diarrea o alteración de la presión arterial, entre otros. Cuando tienen neumonía y dificultad para respirar se hace necesario intubar, durante la primera oleada el número de decesos fue muy elevado, aun cumpliéndose con las pautas internacionales de tratamiento. (73)

Para el 2022 la ONU reveló que el número de muertes a nivel mundial por COVID 19 entre el 2020 y el 2021 sumaron aproximadamente 15 millones y para 2022 9,5 millones muerte por causas directas e indirectas relacionadas con la pandemia, en Venezuela fallecieron un total de 552.695 personas durante el mismo periodo, con una media de 628 personas al día. Algunas experiencias relacionadas con la muerte son “Sentí lo que sentimos cuando alguien muere: la congoja ya inútil, de que nada nos hubiera costado haber sido más buenos. El hombre olvida que es un muerto que conversa con muertos”. (74, 75, 76)

Sin lugar a dudas durante los dos primeros años de la pandemia, hablar del COVID- 19, era sinónimo de hablar de muerte y en grandes cantidades, el peor temor de los médicos era tener que intubar al paciente, porque esto representaba un mayor riesgo, la mayoría de los estudios relacionados con las muertes por esta patología, ubica como población o muestra a los pacientes intubados, sedados y con coma

inducido, por lo que reflejan en sus conclusiones, que dichas muertes ocurrieron sin dolor. Sin embargo, la realidad fue que no todos los pacientes, tuvieron la misma suerte de estar en esas condiciones en el momento en que la muerte cumplió con su cita inesperada.

Pero la muerte no es un hecho aislado en el cuidado de enfermería, como profesionales sabemos que en el proceso salud enfermedad, la muerte forma parte de la existencia y puede suceder en cualquier momento del proceso biológico del ser y nosotros sabemos que estamos incluidos en dicho proceso. En las áreas de salud siempre sobresale la vivencia anticipada de la propia muerte y la impotencia ante la muerte del paciente, asociadas al temor a la muerte, durante el duelo se verbalizan sentimientos de impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, entre otros. (77)

La muerte siempre viene acompañada de sufrimiento, e involucra la experiencia subjetiva del individuo y su trayectoria, así como la construcción intersubjetiva de dichos significados, que a su vez están vinculados con emociones y formas de emocionarse específicas, es muy fuerte presenciar la muerte de un paciente y el dolor que esto causa a su familia. Durante la pandemia, la muerte estuvo presente cada momento, de cada día y durante todas las guardias, enfermería no solo debía presenciar esas muertes, debía cumplir cuidados post morten y apoyar a la familia. (78)

Entre las estrategias implementadas por los profesionales de enfermería que laboran en áreas de cuidados paliativos oncológicos, emergencia y UCI, está el empleo de las acciones espirituales entre ellas, el empleo de las creencias religiosas para ayudar al familiar a tener fe en la recuperación de la salud del paciente. Durante la pandemia, no fue la excepción, frente al área COVID-19 de la CHET, hay una capilla, donde los creyentes católicos podían acudir a invocar sus oraciones en pro de la ayuda requerida por el paciente.

La Pandemia permitió la recuperación de la práctica de la fe en Dios y de esa manera superar cualquier adversidad. Tras ver cada una de las transmisiones de los medios de comunicación, donde se podía visualizar el efecto mortífero del virus, lo único que quedaba era creer en Dios. Demostrando en ese momento más que nunca, que la fe, tal como lo refiere el papa Francisco, es la luz que nos ilumina en nuestro camino y si esta luz se apaga, nuestra vida se hace tinieblas, por eso es necesario mantenerla prendida. Esa luz, nace de nuestra relación con Dios y se encarga de iluminar nuestro existir. (79, 80)

A pesar del abatimiento, del dolor, de la desesperanza, es precisamente cuando los profesionales de enfermería debemos demostrar que, en tiempos difíciles, hay personas que sacan a relucir lo mejor de sí mismos, ya sea en lo moral o en lo espiritual, pero siempre movidos por la compasión y el amor a Dios. A pesar del propio temor a la muerte, tal vez el saberse acongojado por ese terrible temor, se

podía comprender, las acciones y reacciones de los pacientes y de sus familiares. La fe, te lleva a la gratitud, la cual no es únicamente una clave para el gozo personal; también nos motiva a ser una bendición para todo aquel que nos necesite y a buscar la mejor forma de cambiar el mundo para mejor. (81)

La gratitud es una emoción y está fuertemente relacionada con la salud mental, la satisfacción vital, el optimismo, la autoestima las relaciones sociales y la felicidad, que perdura a lo largo de la vida. Básicamente es una habilidad esencial para lograr el autoconocimiento y la autogestión, es por ello que las personas agradecidas poseen un mayor nivel de compasión lo cual le permite generar relaciones sólidas. La gratitud contribuye sin lugar a dudas a la esperanza, la resiliencia y a un mejor afrontamiento de las situaciones críticas, debido a que contribuye con el manejo adecuado de las emociones negativas. (82)

Teorías de Enfermería que Apoyan El Estudio

Entre las teorizantes de enfermería existen tres que se destacan en sus teorías y que guardan relación con mi estudio. La primera, la teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson, la segunda, la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem y la tercera, el Modelo de Adaptación de Callista Roy, las cuales abarcan los aspectos epistémicos científicos necesarios para una mejor y mayor comprensión del cuidado del otro y del cuidado de sí mismo, manteniendo en todo momento a la persona, como un ser holístico integral.

Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson

La humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida, con lo que se entiende que la humanización del cuidado, no trata de la ejecución de una acción específica para seres humanos, sino de que esta acción, produzca un efecto de cambio positivo, dirigido a conservar la salud de la persona a quien va dirigida dicha acción. Las acciones de enfermería también incluyen un proceso, que lógicamente incluye todos los aspectos relacionados con la humanización, pero, adicionalmente es significativo, terapéutico e interpersonal e incluye acción, reacción e interacción. (34)

La humanización es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana, en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regula las prácticas en un contexto de salud. Enfermería debe tener siempre presente en su acción para y con el paciente el respeto a la dignidad, el cual es un valor único, intransferible, e insustituible en toda persona, de allí que el cuidado humanizado, siempre debe llevar como accionar transversal la ética y la moral. (83, 84, 85)

La Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson, sustenta la necesidad de respaldar sus preceptos en diferentes esferas del quehacer enfermero, tales como: gestión, asistencia, formación, docencia e investigación, convirtiendo al

cuidado en transpersonal, el cual dependerá, sin lugar a dudas, del compromiso moral del profesional de enfermería, de proteger y realzar la dignidad humana, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica. Este cuidado se cumple al valorar las necesidades de los pacientes con el fin de satisfacerlas con las intervenciones y actividades planificadas por enfermería, pero además, priorizando la participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad de su propio cuidado. (86)

Esta teoría se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, su enfoque filosófico tiene una base espiritual, que permite ver el cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería, donde el Cuidado Humano se transforma en un compromiso moral puesto que el proteger y realzar la dignidad humana, refleja algo más que una simple evaluación, al vivir la experiencia, percepción y la conexión con la persona cuidada, donde el profesional de enfermería emplea su empatía durante la interrelación enfermera paciente, pone en marcha sus sentidos y emociones con el fin de tener una mejor percepción de la situación en la que se encuentra inmersa la persona cuidada, con el fin de lograr una comunicación transpersonal.

Cuando los profesionales de enfermería aplicamos el cuidado humano a través de nuestras intervenciones, implementamos actividades comunicacionales con las cuales, nos conectamos con nuestros pacientes en diferentes espacios y de diversas

formas, trascendiendo desde el plano de la salud e incluso pudiendo llegar a un plano de hermandad o familiaridad, que nos permita desarrollar una relación transpersonal, que puede incluso, mantenerse más allá del ámbito salud enfermedad.

Esto sucede, debido a que, para cuidar de una persona, necesitamos conocer su entorno y sus necesidades, quién es, cuáles son sus fortalezas y limitaciones; todo lo cual llevará al profesional de enfermería, a saber, cómo responder a sus necesidades, y cuáles son nuestras propias fortalezas y limitaciones. Es precisamente de esta conexión de donde surge la empatía, las emociones, la compasión, que, tras la acción o intervención, nos puede causar satisfacción o fatiga por compasión.

Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem

Esta teoría, se encuentra dentro de los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento específico de su vida, y son acciones que preservan su vida. La teoría del déficit del autocuidado es un modelo general compuesto por tres sub teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería. Esta, sitúa los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano, de manera que pueda vivir feliz durante más tiempo, mejorando su calidad de vida. (87)

Personalmente considero que esta teoría permite a enfermería, actuar por la persona cuando esta no está en capacidad de hacerlo por sí misma, pero también ayudarla a actuar, a brindarle opciones y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma, con la finalidad de proporcionarle a la persona que recibe la intervención, la ayuda adecuada respecto al cuidado de su salud y que de esta manera el usuario pueda mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar su salud y por ende la vida, recuperarse de una enfermedad y/o afrontar las secuelas de dicha enfermedad.

Es relevante aclarar, que esta teoría no trata solo de enseñar al usuario de los servicios de salud, sus acciones también se circunscriben a su entorno y aplicando el cuidado transpersonal, también incluye al propio profesional de enfermería. Enfermería debe recordar que el cuidado efectivo, no solo promueve la salud, también el crecimiento personal y familiar, dentro de un ambiente que promueve el potencial que le permite al individuo elegir la mejor opción en el momento indicado y así practicar adecuadamente su propio cuidado.

Los miembros de un equipo de salud deberían poder reconocer que son vulnerables, que todos los eventos que pueden afectar al paciente, también pueden afectarles a ellos, y con ello, comprender que las situaciones de duelo y muerte, así como la empatía que se fortalece en el proceso de cuidado de las personas, pueden afectar su propia salud. El profesional de enfermería es afectado por el proceso salud

enfermedad, pero también le afecta el proceso mismo del cuidado a través de la empatía sentida hacia los pacientes y del efecto que esta causa como consecuencia de las situaciones inesperadas como la muerte. (88)

Estas acciones de cuidado de enfermería incluyen, la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, en la cual debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el paciente participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo científico, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión.

Mi experiencia en el empleo de esta teoría ha sido muy reconfortante, durante prácticamente toda mi vida profesional he estado implementándola, debido a que he trabajado durante mucho tiempo en el área materno infantil, donde se pone en práctica esta teoría al cien por ciento, y se brinda orientación y educación para la salud a la madre y a la familia del infante. Personalmente me ha traído mucha satisfacción poder proporcionar a la gestante, su pareja y a la familia del infante la información necesaria para mantener la salud, la nutrición y los cuidados apropiados,

aunque también he visto con desilusión, que en efecto es el propio personal de salud quien incumple con los cuidados apropiados de su salud, es decir su autocuidado.

Autocuidado

Orem referida por Prado (88), define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Por tanto, el autocuidado, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas con capacidades para ello, inician y llevan a cabo por sí mismas y con el fin de mantenerse vivos y sanos, conseguir un desarrollo personal y alcanzar el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo.

Por lo que se hace necesaria la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidado, y otorgarle| protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Es importante recordar que la salud no es solo responsabilidad de las instituciones gubernamentales de salud, por el contrario, la mayor responsabilidad recae en la misma sociedad y en sus miembros de forma individual. Es por ello que cada persona debe aprender a cuidarse desde el seno de la familia debido a que la cultura de cuidado es relevante para poder motivar a la persona a desarrollar actividades de autocuidado. Esta situación se hace más que necesaria en estos momentos de

pandemia, donde el autocuidado individual, repercute enormemente sobre las condiciones de salud grupal (familia, compañeros de trabajo, amigos...)

Tomando en cuenta que se debe enseñar con el ejemplo, los profesionales de enfermería, además de mantener actualizado constantemente nuestro conocimiento, también debemos ser modelo de autocuidado, a través del cuidado constante de nuestra salud física, mental y espiritual, con el fin de conservar un estado de bienestar adecuado para el ejercicio ideal de nuestra actividad, conforme a todos los argumentos y elementos biomédicos adquiridos. Debemos recordar que es importante no solo el cuidado y atención que se brinda a las personas o pacientes, sino también, que es necesario abordar el cuidado del cuidador. (89)

La realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, condicionada por el conocimiento y las habilidades adquiridas por la persona a lo largo de su vida y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda, y por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, es decisión de cada persona iniciar una conducta de autocuidado cuando sea necesaria, o por el contrario elegir no accionar, lo cual dependerá de sus prioridades. (90)

Como se planteó con anterioridad, las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y dependerán del medio ambiente que rodea a la persona, por ejemplo, las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la

sociedad; pero también de aspectos individuales, como la edad, el desarrollo y el estado de salud. En las unidades COVID-19 es innegable que los profesionales de enfermería deben compensar de forma total los cuidados que los pacientes no pueden realizarse a sí mismo, pero, ¿Quién compensa al profesional de enfermería cuando éste, debido a los efectos de la fatiga, no puede ejecutar adecuadamente sus acciones de autocuidado?

Modelo de Adaptación de Callista Roy

Este modelo de enfermería, fue publicado por Roy en 1984, para ese momento, ella, consideraba que la meta de enfermería, era promover la adaptación. Luego de cuatro ediciones, en la última del 2009 publicó, que la meta de enfermería era contribuir a la meta general del cuidado de la salud, la cual consiste en promover la salud de los individuos en la sociedad. Por ende, su papel principal, es fomentar la adaptación del individuo en las diferentes situaciones de salud y de enfermedad, interpretando la interacción de los humanos con su medio ambiente. (34)

Para alcanzar esta meta, enfermería debe buscar la forma de mejorar las relaciones a través de la aceptación, protección y el fomento de la interdependencia, así como promover la transformación personal y ambiental, todo lo cual se alcanzará de manera exitosa al alcanzar una adaptación efectiva con las cuatro modalidades propuestas por Roy. La intención es que la persona sea capaz de reconocer el medio ambiente en el que se desenvuelve, es decir tanto el espectro externo, como el interno,

con la finalidad de que esta convergencia le permita, reconocer a otros, pero también reconocerse a sí mismo.

Para Roy las respuestas adaptativas son aquellas que afectan en forma positiva a la salud, es decir son las respuestas humanas que incluyen capacidades, aciertos, conocimiento, habilidades y compromiso con respecto a la salud, las cuales, por cierto, son conductas observables para enfermería, lo cual le permite intervenir con la finalidad de reducir las respuestas ineficaces para conseguir la adaptación adecuada a través de las diferentes modalidades. (34)

Las modalidades de adaptación de acuerdo a mi interpretación, son una manera organizada empleada por Roy en su modelo, para clasificar las necesidades individuales y grupales en cuatro grandes grupos, conformadas a su vez por necesidades básicas relacionadas con cada modalidad, tal como lo clasificó Maslow en su pirámide de las necesidades, pero además visualizando a la persona como un ser holístico. De allí entonces se desglosan, la modalidad Fisiológica-Física: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección. Además, incluye: líquidos y electrólitos, equilibrio ácido-base, función neurológica y función endocrina.

Se continua con la Modalidad Autoconcepto-Identidad: categoría de comportamiento: a) Necesidades básicas: integridad psíquica y espiritual y saber quién soy; b) Auto concepto (creencias y sentimientos de una persona en un momento determinado): ser físico: sensación e imagen corporal, ser personal: autoconciencia,

ideal personal y ser moral-ético-espiritual y la c) Integridad: relaciones interpersonales, imagen del grupo, medio social y cultural.

La Modalidad desempeño de funciones: comportamiento en relación con las funciones en los sistemas. Necesidades: a) Claridad en cuanto a funciones y b) Necesidad de comprender y comprometerse para cumplir las tareas esperadas, con el fin de cumplir metas comunes. y finaliza con la Modalidad de Interdependencia: interacciones que guardan relación con dar y recibir amor, respeto, valía y necesidad de apoyo.

Lo interesante del asunto, es que con frecuencia se emplean las teorías de enfermería para respaldar científicamente, como la ejecución idónea y asertiva de las intervenciones de enfermería, pueden tener un impacto positivo en la salud del usuario o paciente. En este estudio las teorías de enfermería presentadas, servirán para demostrar como nosotros, como profesionales de enfermería podemos hacer uso de cada uno de los conocimientos adquiridos, tanto científica como empíricamente, para que al aplicar nuestro propio cuidado, podamos adaptarnos a las diferentes circunstancias que se nos presenten y trascender a un espacio de superación de nuestros propios obstáculos físicos, emocionales y espirituales.

Afianzando el Aspecto Legal

Considero esencial iniciar el aspecto legal de esta investigación con la ley marco de todos los principios y fundamentos legales en nuestro país.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999), la cual establece lo siguiente: (90)

Título I: Principios Fundamentales

Artículo 3. El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines.

Título III: De Los Derechos Humanos y Garantías y De Los Deberes

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 19. El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con la Constitución, los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y las leyes que los desarrollen.

Capítulo V

De los Derechos Sociales y de las Familias

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 85. El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Estos artículos anteriormente mencionados, explicitan y aclaran que los profesionales de enfermería, tienen derechos irrenunciable, indivisible e interdependiente de sus derechos humanos y de salud, además de la obligación que tiene el Estado de garantizarles una educación apropiada para que estos, puedan a través del conocimiento adquirido formar parte de las instituciones de salud tanto públicas, como privadas y brindar, no solo, el cuidado a la salud de la sociedad, sino y sobre todo, a sí mismos.

Ley Orgánica De Prevención, Condiciones Y Medio Ambiente De Trabajo (LOPCYMAT) (91)

Esta ley, establece dentro de su estructura los deberes y derechos tanto de los trabajadores (as), como de los empleadores (as), con la finalidad de servir de guía en cuanto a las condiciones de salud y seguridad del entorno laboral, entre sus artículos destacan.

Título III. De la Participación y el Control Social

Capítulo II. Del comité de Seguridad y Salud Laboral

Art. 46. En todo centro de trabajo, establecimiento o centro de explotación de las diferentes empresas o de instituciones públicas o privadas, debe constituirse un comité de seguridad y salud laboral, órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las políticas, programas y actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo...

Título III. De los Deberes y Derechos

Capítulo I: Deberes y derecho de los Trabajadores y Trabajadoras

Art.53. Los trabajadores y trabajadoras tienen derecho a desarrollar sus labores en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el pleno ejercicio de sus facultades físicas y mentales, y que garantice condiciones de seguridad, salud y bienestar adecuadas.

El ejercicio del mismo tendrá derecho a:

1. Ser informados con carácter previo al inicio de su actividad, de las condiciones en que esta se va a desarrollar, de la presencia de sustancias tóxicas en el área de trabajo, de los daños que las mismas puedan causar a su salud, así como los medios o medidas para prevenirlo.
2. Recibir formación teórica y práctica, suficiente, adecuada y en forma periódica, para la ejecución de las funciones inherentes a su actividad, en la prevención de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, y en la utilización del tiempo libre y aprovechamiento del descanso en el momento de ingresar al trabajo, cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe,

cuando se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo...

3. Participar en la vigilancia, mejoramiento y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo, en la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales, en el mejoramiento de las condiciones de vida y de los programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social...
4. No ser sometido a condiciones de trabajo peligrosas o insalubres que, de acuerdo a los avances técnicos y científicos existentes, puedan ser eliminados o atenuadas con modificaciones al proceso productivo o a las instalaciones o puestos de trabajo o mediante protecciones colectivas. Cuando lo anterior no sea posible a ser provisto de los implementos y equipos de protección personal adecuados a las condiciones de trabajo presentes en el puesto de trabajo y a las labores desempeñadas de acuerdo a lo establecido en la presente ley y las convenciones colectivas.
5. Rehusarse a trabajar, a alejarse de una condición insegura o a interrumpir una tarea o actividad de trabajo cuando, basándose en su formación o experiencia, tenga motivos razonables para creer que existe un peligro inminente para su salud o para su vida, sin que esto pueda ser considerado como abandono de trabajo. El trabajador o trabajadora comunicara al delegado o delegada de prevención y al supervisor inmediato de la situación planteada. Se reanudará la actividad cuando el Comité de seguridad y salud laboral lo determine...
6. Denunciar las condiciones inseguras o insalubres de trabajo ante el supervisor inmediato, el empleador o empleadora, el sindicato, el comité de seguridad y salud laboral y el instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad laboral y a recibir oportuna respuesta.
7. Ser reubicados de sus puestos de trabajo o a la adecuación de sus tareas por razones de salud, rehabilitación o reinserción laboral.
8. Que se realicen periódicamente exámenes de salud preventivos, y al completo acceso a la información contenida en los mismos. Así como la confiabilidad de los resultados ante terceros.
9. Participar activamente en los programas de recreación, utilización del tiempo libre, turismo y descanso social.

Siendo la fatiga por compasión una afectación de la salud causada por el uso de la empatía y la compasión, durante el desarrollo de las actividades laborales de los

profesionales de enfermería, se podría considerar a la misma, como una enfermedad laboral, por consiguiente, su prevención se encuentra amparada por los artículos mencionados dentro de la LOPCYMAT. Todos los Profesionales de enfermería están en la obligación de denunciar las condiciones del medio ambiente de trabajo que vayan en detrimento del desarrollo adecuado de las acciones de enfermería y que además ponga en riesgo su salud y la de sus compañeros de trabajo.

MOMENTO III

ESTRUCTURANDO EL CAMINO METODOLÓGICO

Este espacio sirve para dar a conocer el engranaje metodológico que, empleado como mecanismo orientativo para el desarrollo de la investigación, con el fin de recabar, procesar y analizar los datos dispensados por los participantes, según sus propias vivencias, con el fin de obtener la información veraz y objetiva que me permitió llegar a los resultados del estudio manteniendo en todo momento los principios éticos científicos.

Describiendo el Camino Epistemológico.

El estudio se desarrolló bajo una postura epistémica post positivista, desplegada a través del enfoque fenomenológico-hermenéutico, con el cual logre interpretar y comprender el fenómeno, basándome en los aportes obtenidos de la experiencia vivencial del sujeto y su influencia en el medio ambiente social. En el cual mantuve presente en todo momento, que la investigación de la ciencia natural, trata de la interacción entre el mundo natural y nosotros mismos, donde la naturaleza

funciona como un entramado de relaciones en la como investigadora requiero de mucha creatividad.

La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena a su comportamiento y manifestaciones. A través de esta investigación, me concentré en indagar sobre aquello que une, conecta y relaciona al cuidador de enfermería, sus intervenciones y la fatiga por compasión. Abordando el todo, y al mismo tiempo sus partes, mediante un método que une, sintetiza e integra, cada una de los espacios holónicos que estructuran el significado y su significante. (92)

Es relevante recordar, que esta realidad es constituida no solo por los hechos observables y externos, encontrados, sino también por los significados, símbolos e interpretaciones elaboradas internamente por los propios sujetos, a través de su interacción con los pacientes en el área COVID-19. De allí que, la teoría hermenéutica busca identificar las reglas que rigen los fenómenos sociales. (93)

Para alcanzar la finalidad teleológica del estudio, debí fungir como intérprete del fenómeno de estudio, al dejarme llevar por la narrativa de sus actores principales, permitiéndome observarlo, desde las propias percepciones vivenciales de los profesionales de enfermería que aplicaron el cuidado humano en el área COVID-19, comprobando así las dimensiones fáctica, empírica y real, que me llevaron a comprender sus pensamientos, sentimientos y emociones durante su accionar.

En tal sentido, tomé en cuenta las creencias, perspectivas y predisposiciones de cada informante clave, el cual ve las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez, siendo éste, quien, a través de sus aportes experienciales, recreó sus recuerdos y vivencias aportando la información de primera fuente. El método empleado fue el fenomenológico, por medio del cual se obtuvo la descripción e interpretación de las estructuras de la experiencia vivida y el reconocimiento del significado que tiene esta para el participante. (94)

La fenomenología, es definida por Husserl, como la “ciencia de lo que aparece en cuanto tal” es decir, las esencias. Consiste en un conjunto de reducciones, especialmente la reducción eidética, como vía para la captación de las esencias. Es importante tomar en cuenta, que los seres humanos estamos a diario en relación directa con el mundo, de manera libre con la realidad exterior, en un constante conocimiento, que nos permite ver las cosas como aparecen en su estado natural. (95)

De allí que este científico considere, que es posible que la mente descubra fenómenos intuitivamente, es decir que capte la esencia de su manifestación, siempre y cuando la mente no tome los fenómenos tal cual se le presenta, sino que produzca un fenómeno de distanciación respecto de ello, una reducción que se denomina epojé. En este sentido, comprender un fenómeno como tal, significa referirse sólo a la información que se nos ha dado, sin añadirle ninguna otra acción o interpretación que emane de nuestra propia conciencia. (96)

Fenomenología Hermenéutica

La fenomenología hermenéutica como metodología permite explorar y comprender las experiencias de los sujetos, no explica su experiencia, pero nos pone en contacto con el mundo del sujeto permitiendo lograr insight (visión interna o percepción) y conocimiento. De allí que, el investigador hermeneuta interpreta todos los sucesos inmediatos a la luz de las experiencias anteriores, de sucesos anteriores, y de cualquier elemento que pueda ayudar a entender mejor la situación estudiada. (98)

En el caso de la persona que ingresa al área COVID-19, es un ser que además de estar viviendo por primera vez la experiencia de un virus mortal, como el SARS-COV-2, aunque haya experimentado otros ingresos hospitalarios por afectación de su salud, está condicionado por factores sociales: hábitos, costumbres, normas, creencias, valores, que son significativos para esta persona, pues los introyecta, forman parte de su conciencia y a la vez se representan en el comportamiento que asume en su contexto social, como expresión conductual para cuidarse y para requerir cuidados y compañía.

Es importante señalar que para la persona que ingresa al área COVID-19, cada experiencia desde su ingreso, su permanencia, hasta el egreso; es única, lo cual va desde la pérdida de su autonomía como sujeto, caracterizado por libre albedrío, estar condicionado a una serie de normativas que se extienden desde la modificación del horario para comer, bañarse, levantarse de la cama, hasta la restricción total de la compañía de sus familiares lo cual, puede afectar emocionalmente al paciente.

Otro aspecto a considerar es la respuesta del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades de este usuario, el cual pasó a depender de ellos al no poder

valerse por sí mismo, con vitalidad comprometida según la gravedad de la sintomatología, además de la restricción de las visitas de familiares debido al aislamiento social. Indudablemente, estas son experiencias que son significativas tanto para el paciente, como para el profesional, de allí la importancia del rol protagónico de enfermería durante el cuidado que proporcione a estos pacientes, porque dependiendo del éxito de los resultados obtenidos al final esta interacción, se convertirá en una experiencia de satisfacción o de frustración, para ellos.

Por todo lo antes planteado escogí el método fenomenológico hermenéutico, pues, el mismo me permitió explorar, describir y comprender las experiencias tal y como fueron percibidas por los profesionales de enfermería durante la implementación del cuidado humano en el área COVID-19, en relación a la satisfacción por los resultados de sus cuidados, que significó para ellos, cuales valores estaban presentes durante la aplicación del cuidado en esta área.

Abordaje Metodológico

A través del método fenomenológico, pude abordar el estudio, implementando el método de Spielberg, descritas por Leal (96) y que consta de seis fases: 1) Descripción del Fenómeno. 2) Fenomenología de las esencias. 3) Fenomenología de las apariencias. 4) Constitución fenomenológica. 5) Reducción fenomenológica. 6) Fenomenología hermenéutica.

Descripción del Fenómeno: Consiste en la “exploración y descripción del fenómeno” de estudio. La misma “estimula nuestra percepción e intuición” acerca de

las vivencias experimentadas por los informantes, con énfasis en la “riqueza, profundidad y amplitud de su experiencia”. Además, exige al investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer de forma directa y cercana sus respuestas significativas. Esto supone partir de la experiencia específica de sus autores, describiéndola de la manera más libre y rica posible, sin entrar en clasificaciones o categorizaciones, pero trascendiendo lo meramente superficial. (98, 99)

En esta investigación se describe como fenómeno de estudio, a la fatiga por compasión, desde las vivencias del profesional de enfermería, como cuidador dentro del área COVID-19. En esta primera etapa se entrevistó a cada uno de los informantes clave, con el fin de obtener los significados, desde sus noesis, sus conocimientos, obtenidos durante la experiencia del cuidado. Se corresponde pues, con el desarrollo de las entrevistas en profundidad a los informantes clave y la transcripción de la información textual de lo narrado por estos, conservando siempre la pureza de la información, manteniendo sobre todo una actitud eidética, observando lo vivido desde la experiencia del informante, es decir ver la vida desde el mundo del otro.

Fenomenología de las esencias: Consiste en comprobar, en los datos aportados por los informantes externos, los temas emergentes, y establecer patrones de correlación entre estos y el fenómeno de estudio, para identificar las relaciones fundamentales entre las esencias, lo cual exige un cuidadoso estudio de los ejemplos dados por los informantes. De esta forma, comienzan a obtenerse insights de las

estructuras y relaciones con el fenómeno para comprobar las esencias, proporcionando un sentido de lo sustantivo en la descripción del fenómeno. (100)

Natanson, citado en Martínez y Martínez (101), considera a las esencias, como unidades de significado comprendidas por diferentes personas en los mismos actos, o por las mismas personas en diferentes actos. En pocas palabras, hacen referencia al significado verdadero que le otorgan las personas a determinados eventos, a través de conceptos o unidades básicas que le permiten tener una mejor comprensión o una comprensión común del fenómeno en estudio. En la fenomenología, “las esencias son unidades ideales de significación que se dan a la conciencia intencional, cuando esta describe pulcramente lo dado, por lo que pueden ser intemporales y aprióricas, universales y concretas.

En consecuencia, en este estudio, la identificación de las esencias o significados, se desarrolló por medio de la comparación, de similitudes o diferencias existentes entre la información aportada por los informantes externos y la ya aportada por los informantes clave, en relación a las noesis, acerca de la experiencia vivida por el profesional de enfermería durante sus actividades de cuidado humano brindado al paciente dentro del área COVID-19, específicamente su experiencia sobre la fatiga generada como consecuencia de sus acciones compasivas.

Fenomenología de las Apariencias: Esta etapa exige dar atención a las formas en que el fenómeno aparece; focaliza su atención, no solo en el sentido de lo que aparece (sean esencias particulares o generales), sino también del modo como

aparecen. Existe la posibilidad de que un ente o fenómeno se muestre como “lo que no es” en sí mismo. La apariencia, en cuanto “apariencia de algo”, quiere decir “anunciarse algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra”. Por tanto, se establece una diferencia entre fenómeno (mostrarse en sí mismo) y “la apariencia que señala una relación de referencia dentro del ente mismo”, con ello quiere concretar que “los fenómenos o entes no son nunca apariencias, pero en cambio toda apariencia necesita de fenómenos”, hay que descifrar cada tema o concepto según lo apreciado por cada sujeto informante. (102, 103, 104)

Constitución Fenomenológica. Durante la constitución de la significación, profundicé más en el examen de la estructura, centrándome en cómo se forma la estructura del fenómeno en estudio, en la conciencia de cada informante; la idea fue estudiar el fenómeno, tal como está configurado en su conciencia. La constitución fenomenológica es el proceso, en el cual el fenómeno toma forma en nuestra conciencia hasta llegar a obtener una imagen de su estructura, la misma, puede ayudarnos a desarrollar “el sentido de nuestra relación con el mundo”. (105)

En esta etapa de la investigación, pude profundizar respecto del fenómeno en estudio, por medio de la organización e identificación de las semejanzas y diferencias conseguidas entre las vivencias o experiencias de cada uno de los sujetos de estudio, fundamentado en la información obtenida durante la indagación de la conciencia y la reflexión de cada una de las unidades estructurales del fenómeno que constituye la

significación. Su importancia radicó en la interpretación de los significados de las experiencias, vivencias, acciones e interacciones de los sujetos con su mundo, en un momento histórico específico, es decir, la interpretación de la empatía por compasión, desde la mirada de los profesionales de enfermería que proporcionan cuidados en el área COVID-19.

A partir del análisis reflexivo de las esencias, pude aprehender las estructuras dentro de cada una de ellas y las relaciones existentes entre sus estructuras. En esta etapa pude plasmar, los diferentes modos en que el fenómeno aparece o se manifiesta en la conciencia de los informantes entrevistados (noesis), bien sea en las esencias generales (globales) de donde surgen las categorías o en las particulares (singulares), de donde surgen las subcategorías, sin omitir detalles, evaluando cada fragmento de manera acuciosa, para que el fenómeno no pase desapercibido dentro de las expresiones de los informantes.

Reducción Fenomenológica. El desarrollo de esta fase, me exigió, prescindir de mis conocimientos, prejuicios, teorías o respuestas tentativas, en cuanto al fenómeno estudiado, con el fin de captar el verdadero significado de la realidad vivida por cada informante; en tal sentido, mis opiniones, mis experiencias y conocimiento sobre la empatía por compasión, se mantuvieron siempre separadas de la descripción de los participantes. Esto se debe, a que esta fase es crítica para la

preservación de la objetividad, por lo que también me abstuve de realizar cualquier revisión de la literatura hasta que la información estuvo completamente analizada.

A esta suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno, se le conoce como el uso de la epojé, que se refiere a que el investigador, debe evitar toda explicación personal acerca del fenómeno objeto de estudio, lo cual le permite avanzar hacia el objetivo propuesto que es la comprensión de las vivencias en toda su pureza. Para alcanzar el cumplimiento de esta fase, excluí mis conocimientos, prejuicios, creencias y teorías que pudieran influir en la “pureza de la información” aportada por los informantes claves, evitando la subjetividad y poder así garantizar la credibilidad de la información aportada por los sujetos de estudio, como parte del rigor metodológico.

Fenomenología Hermenéutica: es la fase de interpretación del fenómeno, en la que se saca a la luz los significados ocultos, tratando de extraer de la reflexión una nueva significación que penetre en las significaciones superficiales y obvias presentadas por la información acumulada a lo largo del proceso. En ella pude interpretar el sentido de los significados, a través de la descripción y la interpretación, con el fin de alcanzar la comprensión del fenómeno objeto de estudio. (106)

La fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, referido por Rodríguez et al (100), tiene su campo de aplicación en aquellas situaciones, en las cuales nosotros encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que requieren esfuerzos interpretativos. En tal sentido, esta etapa me permitió realizar la revisión exhaustiva de las respuestas obtenidas a las diferentes interrogantes

propuestas a los informantes, para ubicar los significados idóneos sin dejar ningún elemento fuera de la consideración, de manera de encontrar el significado, de sólo aquello que es plenamente vivido por esta persona.

Considerada por Galeano como hermenéutica filosófica, esta etapa demuestra, que comprender e interpretar textos, no es solo una instancia científica, sino que pertenece, con toda evidencia a la experiencia humana del mundo. Esto se debe a que tal como lo expresa Gadamer, son experiencias en las que se expresa una verdad, que no puede ser verificada con los medios disponibles de la metodología científica. En pocas palabras, la única persona que puede verificar si lo interpretado respecto a la significación surgida, de la interpretación de su experiencia, es la persona de quien surgió dicha información. (103).

Otro aspecto a considerar, es que, en la hermenéutica, para enunciar algo, se requiere de una respuesta a una interrogante, es decir, que a la dialéctica de la interpretación le debe preceder siempre la dialéctica de preguntas y respuestas, lo cual determina la comprensión de un acontecer, en pocas palabras, la realidad de la persona con su mundo de vivencias histórica y lingüística. En tal sentido, en mi condición de hermeneuta, pude ser capaz de valorar e interpretar adecuadamente, la variedad de significados surgidos desde la conciencia de los profesionales de enfermería, en cuanto a la empatía por compasión, durante la aplicación del cuidado humano en el área COVID-19. (106)

Informantes Clave del Estudio

Se considera informante clave, a la persona que voluntariamente está dispuesta a participar en el estudio, la cual, debe demostrar interés por transmitir sus experiencias vitales, y tener la capacidad de reflexionar sobre su propia existencia. Estos, son integrantes del grupo con conocimiento, posición social o habilidades de comunicación especiales, que están dispuestos a compartir lo que saben con el investigador, facilitando al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en determinado contexto (103, 106).

En este estudio, los informantes clave fueron representados por 3 profesionales de enfermería de atención directa en el área COVID-19 de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, durante el periodo 2020-2022 Valencia Carabobo.

Criterios de Selección de los Informantes Clave.

La selección de la muestra en un estudio cualitativo requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o el fenómeno de investigación, usando criterios (que justificará) que pueden basarse en consideraciones teoréticas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otras consideraciones. La selección de informante es una tarea continuada en la que se pone en juego diferentes estrategias conducentes a establecer cuáles son las personas o grupos que, en cada momento del trabajo de campo, puede contribuir con la información más relevante a los propósitos de la investigación. (106)

Una de estas estrategias de selección de los informantes, es la selección basada en el caso ideal típico, el cual es un procedimiento en el que el investigador, idea el perfil del mejor caso, más eficaz o más deseable de la población y después encuentra un caso en el mundo real, que se ajusta a aquel de forma óptima. En consecuencia, se estableció los siguientes criterios de selección para los informantes claves: ser Profesional de enfermería (Lcdo. /a o TSU), trabajar o haber trabajado (2020-2022) en el área COVID-19, permitir ser entrevistado y aceptar voluntariamente participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. (105)

Agentes Externos Participantes en el Estudio.

Es conveniente tener varias fuentes de información, debido a que la investigación cualitativa se apoya en la triangulación; la cual se basa en el hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección, para contrastar la información. Los informantes externos de este escenario fueron representados por: un (1) profesional de enfermería supervisora del área, un (1) médico residente del área y un (1) paciente sobreviviente del COVID-19, que hayan estado interno en el área. Esto me permitió, no sólo obtener la información de diferentes fuentes sino además contrastar la información recibida entre los informantes clave y los agentes externos, a fin de identificar las semejanzas y diferencias en la información aportada. (106)

Acceso al Campo de Estudio

Es el proceso por medio del cual, se va accediendo a la información fundamental del estudio. En un primer momento, supone simplemente un permiso que hace posible entrada a una institución, o comunidad donde se va a realizar la investigación. Sin embargo, el acceso al campo es algo más que un mero problema físico, y llega a significar la posibilidad de recoger un tipo de información, que los participantes solo proporcionan a aquellos en quienes confían. En pocas palabras es el contexto físico y social en el que tiene lugar el fenómeno objeto de estudio. (106)

Este proceso lleva implícito, la tramitación de los respectivos permisos tanto en las instituciones, como con las personas que han de participar en el estudio. Para alcanzar esta meta, solicité el permiso correspondiente ante los entes rectores de la institución de salud para el desarrollo la investigación, una vez entregada la carta de solicitud de permiso para la investigación en el Instituto Regional para la Salud (INSALUD), procedí a retirar de esta institución el oficio de respuesta por escrito, que me autorizaba a ejecutar la actividad investigativa en la CHET, y que procedí a entregar en la oficina administrativa de dicho centro.

También establecí contacto con los informantes clave y externos seleccionados, a los cuales les hice entrega para la lectura del oficio emitido por INSALUD, autorizándome a contactarlos dentro de la institución, les di una explicación clara y sencilla con relación a la teleología del estudio y posteriormente le hice entrega del consentimiento informado el cual fue previamente leído y firmado,

expresando así la voluntariedad de participar en la investigación, previo al desarrollo de la entrevista en profundidad en un encuentro car a cara.

Consideraciones Éticas

La investigación, en el área de la salud involucra a los seres humanos, haciéndose necesario que el actuar sea regido por los valores y principios éticos, pues al utilizar a nuestros semejantes, por muy elevados que sean nuestros fines, debe implicar respeto a su dignidad, a su bienestar y procurar por todos los medios posibles una atmósfera de confianza en la que nuestra intervención no sea perjudicial.

Desde este punto de vista, cualquier acto contrario debe interpretarse como una violación a las normas éticas más elementales, del ser humano.

Para alcanzar este propósito, el investigador necesita dos cualidades: la sensibilidad para identificar un problema ético y la responsabilidad para actuar consecuentemente en función de lo que se ha descubierto. De allí entonces, la necesidad de destacar el valor primario de la vida, como punto de partida de la valoración ética, de la que surgen las nociones filosóficas que hacen posible el discurso bioético y sus principios, tales como: la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía, los cuales deben estar presentes en todo momento durante el proceso investigativo. (107)

En cuanto al principio de autonomía, su expresión consiente se manifiesta y reconoce con el consentimiento informado, el cual, es un acuerdo, resultado entre un

consenso de actores que voluntariamente deciden participar en el logro de las metas científicas, fundamentado en la comprensión clara de toda la información pertinente. Su principal objetivo es salvaguardar los derechos de los sujetos de investigación o de los afectados por la misma y tiene como condición básica la transparencia, a fin de que tanto los sujetos de estudio como los investigadores se vean beneficiados de los resultados parciales y finales del estudio en particular y otros estudios que pudieran sucederle. (108)

Mi principal obligación como investigadora, fue en todo momento, evitar vulnerar la integridad, bienestar y los intereses de las personas o grupos participantes de la investigación. Durante el estudio, hubo reciprocidad y transparencia en los compromisos asumidos, acerca de la naturaleza de mi trabajo, y del uso, destino, acceso y salvaguarda de la información que recabé. En el contexto jurídico de Venezuela, el artículo 46 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, señala la necesidad del libre consentimiento de la persona de someterse a experimentos científicos. (90)

Asimismo, los participantes del estudio pudieron conocer de primera fuente, el objetivo, riesgos y beneficios, entre otros aspectos de la investigación, para poder tomar decisiones de forma consciente sobre su participación. Considerando lo antes planteado y cumpliendo a cabalidad con cada uno de los aspectos mencionados, para el presente estudio se diseñó un formato de consentimiento informado, el cual contiene aspectos específicos que fueron leídos y aceptados por los informantes, tales

como: el objetivo de la investigación, los beneficios, la confidencialidad de la información, la libertad de grabar o no alguna información de acuerdo a su decisión, así como su autonomía; entre otros aspectos. (108)

Técnica de Recolección de los Datos.

Las técnicas de recolección de datos, se refieren a diferentes mecanismos, mediante las cuales los investigadores cualitativos obtienen la información que buscan en sus estudios, las mismas, deben permitir que el investigador se sumerja en el fenómeno de estudio, por lo que, tienen que ser flexibles y abiertas. Los datos cualitativos son recogidos en aquellas situaciones en las que el observador dispone de una accesibilidad fácil para su adquisición, sin tener que recurrir a crear o fingir situaciones inexistentes en la realidad y sin tener que recurrir a intermediarios. (102, 109)

A través de la recolección de los datos, se pretende estudiar a una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar, permitiendo, mediante el empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, reducir de modo intencionado y sistemático, la realidad natural y compleja. Basándome en esta premisa, procedí a emplear la entrevista en profundidad como técnica de recolección de información, cuya aplicación en este estudio, estuvo siempre orientada hacia la obtención de la información que me permitió comprender el fenómeno objeto de estudio, desde la percepción de los participantes. (98)

Entrevista en Profundidad o Enfocada.

Son encuentros reiterados, cara a cara entre el investigador y los informantes, los cuales están dirigidos, hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respectos de su vida, experiencia y situaciones expresadas con sus propias palabras, respecto al fenómeno estudiado y se desarrolla, como una conversación entre iguales y no como un intercambio formal de preguntas y respuestas. (98)

Con la implementación de esta técnica, pude obtener información sobre determinado problema y a partir de esos datos, establecí una lista de temas o categorías relacionados con el fenómeno, en los que se focalizó la entrevista, y con las cuales pude buscar determinados factores o elementos relevantes, pero sin sujetarme a una estructura formalizada a priori. La entrevista se desarrolló de forma abierta, permitiendo flexibilidad y libertad en las expresiones del participante; aunque los propósitos de la investigación rigieron las preguntas formuladas, por lo que sus contenidos, declaraciones y secuencias están bajo mi tutela como entrevistadora.

Tomando en consideración que, la entrevista en profundidad es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de la sociedad o cultura, obteniendo datos a partir del propio lenguaje de los sujetos, que permiten acercarse a las ideas, creencias, significados que las personas le atribuyen a los objetos y a las experiencias vividas. Utilicé esta técnica a fin de indagar sobre las

vivencias, emociones, sentimientos y experiencias acerca de la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería durante el cuidado de los usuarios en el área COVID-19. (109)

Durante la entrevista utilicé la grabadora digital del teléfono celular, para recabar la información suministrada por los participantes, la cual fue desgravada y transcrita posteriormente, para luego ser mostrada a los participantes con la finalidad de corroborar que fuese la información que ellos quisieron trasmitir, así mismo utilicé un cuaderno de notas y lápiz para apuntar aquellos elementos que surgieron durante la entrevista.

En cuanto a la cantidad de entrevistas, esta dependió de la saturación de los datos aportados por los entrevistados. En la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. El punto de saturación, es el momento de la recolección y análisis de datos, en el que ya el elemento muestral no agrega nuevas categorías, considerando que la muestra se ha “saturado”, por lo que ya no es necesario, seguir buscando o anexando información. (109)

Relación Entrevistado-Entrevistadora.

Sin lugar a dudas, para poder mantener un hilo comunicacional armonioso y de respeto, fue necesario presentarme como una persona sincera, dispuesta a asumir y

mantener un compromiso en la relación con los participantes del estudio (informante clave, los informantes externos y la institución), por otro los tuve en cuenta siempre en la redacción de la transcripción de sus propias ideas, dándoles voz y además, el derecho a réplica como informantes, para que expresen una posición diferente ante la situación estudiada. (96)

Es fundamental, tener claro que el contacto se ve facilitado, cuando los participantes consideran como valiosos los propósitos del investigador o al menos como inofensivos, por lo que les clarifiqué los principios éticos que guiaban mi estudio y se los comuniqué abiertamente. El rapport, es indispensable en este tipo de estudio, porque cuando se comienza a lograr la conexión con los participantes del estudio, estos se sienten motivados y son más participativos, con lo que se logra que se abran y manifiesten sus sentimientos respecto al escenario y a otras personas; por esta razón durante las entrevistas mantuve una relación cordial con los participantes del estudio. (100)

ESTRUCTURANDO EL RIGOR METODOLÓGICO

Entre los criterios que comúnmente se utilizan para obtener el rigor científico de una investigación cualitativa están: la credibilidad, transferibilidad, consistencia y la auditabilidad. La credibilidad, hace referencia a que los datos de la investigación deben ser aceptables, es decir, creíbles. En pocas palabras debe haber un isomorfismo, homogeneidad, entre los datos recogidos por el investigador y la

realidad de donde fueron obtenidos; razón por la cual, una vez transcritas las entrevistas, estas, deben ser revisadas y aprobadas por los entrevistados (93)

La credibilidad se logra, cuando el investigador, a través de conversaciones y observaciones con los participantes en el estudio, recolecta información que producen hallazgos que son reconocidos por los informantes como una aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten; es decir la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. La credibilidad estuvo conformada por el reconocimiento de los hallazgos reportados en el estudio, por parte de los profesionales de enfermería del área COVID-19, al leer y aceptar las copias transcritas de sus entrevistas. (110)

La transferibilidad se refiere al grado en que los sujetos analizados son representativos del universo al cual pueden extenderse los resultados obtenidos. Para lograrlo debo realizar una selección minuciosa de los sujetos de estudio, en situaciones adecuadas al fenómeno de estudio, es decir las características de los sujetos participantes del estudio; para poder posteriormente interpretar los datos aportados por estos y establecer comparaciones y su correspondencia con otros contextos y situaciones posibles. Serán precisamente las características previamente expresadas, las que servirán para comparar con otros contextos, a la hora realizar

rélicas del estudio, en otras instituciones de salud que manejen áreas COVID-19 y obtener similares resultados (97)

La consistencia en términos cuantitativos, guarda relación con la confiabilidad, y tiene que ver con la estabilidad de la información, aun presentándose cambios en la realidad estudiada, la investigación debe poseer cierto grado de estabilidad en la información recogida. Esta se logró a través de la triangulación con observadores externos y el establecimiento de las pistas de revisión del diario de investigación (diario de campo). Igualmente se identificó y se describieron, las técnicas de recogida de información, de interpretación y se delimitó en contexto físico, social e interpersonal del estudio. (104)

En relación a la confiabilidad, esta implica que un estudio se puede repetir con el mismo método sin alterar los resultados, es decir, es una medida de la replicabilidad de los resultados de la investigación. Los requerimientos del método científico exigen dos tipos de confiabilidad, una externa que se logra cuando al replicar un estudio, diferentes investigadores llegan a los mismos resultados y una interna, que ocurre cuando varios investigadores estudiando la misma situación, concuerdan en sus conclusiones. (111, 112)

La Auditabilidad representa a la objetividad, debido a que los resultados provienen de lo que aportan todos los implicados en la misma, cuya participación se debe garantizar. Para alcanzar la objetividad se debe tomar en cuenta lo siguiente:

recogida de registros, lo más concreto posible, transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales, revisión de los hallazgos con otros investigadores y las recogidas mecánicas de datos (grabaciones). Todo lo anterior permite a otros investigadores, poder seguir el camino, de lo realizado por el investigador original (113, 114)

En relación a la auditabilidad para este estudio, se tomaron en cuenta las narraciones pormenorizadas de todos los informantes, las cuales fueron grabadas y transcritas, según lo expresado por sus autores, así como los criterios de inclusión de los mismos en dicho estudio, todo ello con la intención de que la investigación sirva de base para estudios futuros relacionada con la empatía por compasión durante el cuidado de pacientes en el área COVID-19

La investigación cualitativa, aunque tiene un diseño flexible y emergente, debe ser creíble y fiable. Tomando en cuenta, que la Fiabilidad es el grado en que las respuestas son independientes de las circunstancias accidentales de la investigación y la Validez, la medida en que se interpreta de forma correcta dichas respuestas. Aunque siempre van juntas, no son reciprocas, puesto que, es fácil lograr una fiabilidad perfecta sin validez, mientras que la validez implica siempre fiabilidad. (99)

En cuanto a la validez, esta se clasifica en interna y externa; la validez interna es el grado en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y

representativa de una realidad o situación dada. Respecto a la validez externa, esta consiste en averiguar hasta qué punto las conclusiones de un estudio son aplicables a grupos similares. (113)

La validez de este estudio se obtuvo por medio de la triangulación, la cual Denzin, citado en Katayuma (114), define como la combinación o contrastación de dos o más fuentes de datos, teorías, métodos de investigación, relacionadas con el estudio del fenómeno. Es decir, al contrastar la información obtenida de los informantes, con las de estudios precedentes de otros investigadores tanto nacional como internacional, en las cuales se refleja el efecto de la empatía por compasión en los profesionales de enfermería en áreas COVID.

Análisis de la Información

Los datos descriptivos de los estudios cualitativos, están basados en las propias palabras pronunciadas o escritas de los informantes clave y en las actividades observadas y apuntadas por el investigador. Los estudios basados en entrevistas en profundidad, buscan que los lectores tengan la sensación de que “están en la piel” de los informantes y que vean las cosas desde el punto de vista de ellos. (115)

El análisis de la información, consiste en desentrañar las estructuras de significación y en determinar su campo social y su enlace: este se lleva a cabo básicamente a través de una descripción densa, donde lo que se interpreta es el flujo

del discurso social, que consiste en rescatar de sus ocasiones perecederas, lo dicho en ese discurso y fijarlo en términos susceptibles de consulta. Durante esta etapa, recopilé la información obtenida de los participantes, los organicé en unidades manejables, los sinteticé y busqué similitudes entre ellos, lo cual me permitió descubrir que era importante y cuál su aporte a mi investigación. (110)

El análisis de la información se desarrolló a lo largo de cada una de las fases del modelo de Spielgelberg, por consiguiente, a partir de la información generada organicé matrices de datos, que me permitieron establecer un orden, a través de la distinción de las categorías y subcategorías para posteriormente pasar a la siguiente etapa constituida por el proceso de triangulación, lo que me permitió identificar las semejanzas y diferencias en las respuestas aportadas por los informantes claves.

Seguidamente, procedí a elaborar la construcción de categorías principales para realizar el proceso de estructuración de las mismas lo cual me permitió establecer las relaciones entre cada una de ellas y las sub categorías, hasta llegar a la gran categoría o categoría principal, con la cual me propongo comprender el fenómeno objeto de estudio. Por supuesto de forma transversal, durante el manejo de información aportada tanto por los informantes clave, como por los agentes externos, mantuve la objetividad, por medio de la aplicación de la epojé.

MOMENTO IV

ABORDANDO EL FENÓMENO DE ESTUDIO

En este espacio se emprendió la búsqueda de las perspectivas que me llevaron a comprender el fenómeno de estudio. Inicié el abordaje, partiendo de la narrativa de las experiencias vividas por cada uno de los informantes, lo cual me permitió adentrarme en sus recuerdos y compartir con ellos sus experiencias, emociones y sensaciones, experimentadas durante el desarrollo de las actividades de cuidado dentro del área COVID-19. La meta teleológica, a través del desarrollo de las etapas de la metodología fenomenológica de Spiegelberg, obtener la hermenéutica fenomenológica del fenómeno en estudio.

ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DE SPIEGELBERG:

FASE 1: Refiriendo el fenómeno de estudio (descripción del fenómeno)

En esta fase, se exponen las entrevistas realizadas a los informantes clave, a través de la grabación y transcripción textual de sus respuestas, las cuales me permitieron como investigadora obtener una percepción e intuición sobre las vivencias percibidas por ellos, haciendo énfasis en la profundidad y amplitud de cada una de las respuestas aportadas. Aquí se pueden observar las opiniones emitidas por tres profesionales de enfermería, respecto a su experiencia durante el desarrollo de los cuidados proporcionados al paciente en el área COVID-19, durante el curso de la pandemia.

Con el fin de mantener el anonimato establecido en el consentimiento informado, los identifique con palabras relacionadas con sus emociones y sus respuestas.

Es importante aclarar que durante las entrevistas se realizaron preguntas establecidas con antelación con el fin de mantener el hilo conductor de la misma, y que posteriormente sirvieron para generar otras interrogantes en la medida que el informante exteriorizaba sus respuestas, con la finalidad de no desviar la temática de estudio y así obtener ideas y conceptos de cada una de ellas, que nutrieran la investigación. Para mantener una secuencia de las respuestas, coloque las preguntas principales y las respuestas emitidas por cada uno de los informantes, los cuales fueron identificados con sus seudónimos.

Perspectivas de los Informantes Clave

¿Cómo fue tu experiencia durante las actividades de cuidado directo brindadas al paciente en el área COVID-19?

Vocación: (Enfermera 1)

“fue impactante,... porque ... la información que se tenía a nivel mundial de la enfermedad, deee, de lo agresivo que era el virus, de tanta gente que podía morir, ... si tenía esa enfermedad..., mi mama no quería que yo trabajara...no vayas...eso era un pánico horrible. Yyy al llegar aquí, esteee...era como frustrante, sabes?, de ver que tu dabas...cumplías tratamiento...dabas esa atención y que nada fluía, las personas se iban (morían), verlos..., morían como pescaditos, sabes?...como cuando sacas al pez del agua buscando oxígeno, era impresionante”

“Hubo un señor que a mí nunca se me va a olvidar, que el trataba, como de escalar la pared (muestra con sus manos como hacia el

paciente) como buscando aire desesperado, de verdad que el COVID, para mí, fue algo muy impactante. Yo siempre lo digo, yo soy ... (una) antes y después del COVID. Porque sé que nosotros nos graduamos, somos enfermeras, vamos a dar cuidado humano, ¿sabes? Peerooo, COVID fue otra cosa, COVID fue otro nivel, de verdad que fue otro nivel. Ver a esos familiares con esa cara de desesperación, que no podían estar cerca de sus seres queridos, eso fue muy, muy marcante, para mí fue muy marcante”.

Evitación: (Enfermera 2)

“Fueron muchas experiencias tanto profesional, emocional, psicológico, físico, emmm, que te podría decir, al principio fue algo como que, dudamos, o sea yo de mi parte, tuve muchas dudas, primero porque yo bueno, era un paciente susceptible, porque fui paciente un día antes de que tomaran el área COVID el edificio COVID como tal, yo me esterilicé, entonces yo me voy de reposo durante un mes y luego me reintegro, luego del reintegro me dicen que tengo que ir a cubrir el servicio, pues de COVID. Obviamente esta es una enfermedad no conocida, desconocida para nosotros, en cuanto a la atención al paciente, en cuanto a conocimiento tanto científicos, pues porque la mayoría de la, la, primera etapa de nosotros fue empírico totalmente”

“entonces por una parte al principio tuve muchas dudas, porque sabe la parte emocional también, tenemos familia, tenemos hijos, tenemos esposo, entonces esta era una enfermedad desconocida que se estaba llevando a la gente, entonces si nos llevamos el virus para la casa, entonces si se morían, si nos echaban la culpa, eran todas esas cosas”

“muchas dudas, muchas incógnitas, muchas interrogantes, pero mi experiencia de verdad fue muy bonita en la parte de, de la atención del paciente, tuvimos que hacer el papel de psicólogo, tuvimos que hacer el papel de familiar, tuvimos que ponernos en el lugar de la persona, este, umm, ayudando mucho a los pacientes a salir de su estado crítico, de su estado emocional, de su miedo de su afrontación a lo que era la enfermedad, porque ya todo el mundo asociaba al COVID con la muerte. Entonces ya cuando decían

COVID, la persona decía, me voy a morir, entonces había que ayudar a la persona en eso, pues, a educarlo, a orientarlo, de que no de que si se iban a hospitalizar era porque necesitaban mejorar y todas esas cosas, no dejar solo al paciente, atendiéndolo, estar con el allí ayudándole en todas las cosas”.

Entereza: (Enfermera 3)

“Fue estresante porque, los pacientes no tenían acceso a los familiares, si habían 100 pacientes y... entrabamos 4 o 6 enfermeras al área y nos distribuíamos, íbamos de sala en sala, nos pasaban un carrito con las pertenencias anotadas, las sábanas, todo en una bolsa y nos íbamos a ir aseando uno a uno. era horrible porque no teníamos descanso ni un segundo, porque era montarnos con la higiene y confort, estar pendiente que el paciente comiera ¿por qué era agotador? porque teníamos que correr, estar pendiente de su higiene de su alimentación, porque había momentos en que no le quitaban (dieta) no le hacían una absoluta, nada, o sea todos tenían que comer, ¿por qué tenían que comer? porque eso era recuperación, según ese era el protocolo, todos se manejaban con el mismo protocolo, recibían el mismo tratamiento, entonces una tenía que darle, que si el juguito, la sopita, porque eso era lo que le indicaban”

“Con el tratamiento, peleaba, porque había pacientes de bajos recursos, no tenían tratamiento y entonces aquellos que tenían para comprar los medicamentos, le quitábamos a ellos, eso teníamos que hacer, quitarle a unos para darle a otros, y si el paciente fallecía, dejábamos los medicamentos aquí para darle a todos”.

“era agotador el trabajo, y si llegaba el turno de la noche, entonces ese turno no lo hacía, primero le tenían temor, al paciente, a la enfermedad, le tenían temor y tenían que respetar su hora (de descanso), entonces cuando llegábamos ese otro día en la mañana, el paciente estaba hasta aquí (se señala la zona posterior del cuello) de orina, hasta aquí de caca, o no le cumplían el tratamiento, entonces el paciente claro tú lo conseguías (hace gestos con la cara) y era muy fuerte”.

“muchos pacientes, tenían baja saturación y taquicardia, pero además al ver tanta gente morir a su alrededor entraban en crisis de ansiedad, de pánico, se desaturaban, comenzaban a llamarnos y a pedir que no los dejaran morir y aunque tratábamos de calmarlos ellos al final morían”.

¿Qué aspectos de las emociones percibiste que salieron a relucir durante el cuidado del paciente COVID?

Vocación: (Enfermera 1)

“fue, tremendo, ..., yo recuerdo a un señor que se llamaba Ricardo, se parece a mí tío negro, y eee (llanto) fue duro, yo recuerdo (llanto más intenso) que un día estábamos comiendo y ellos, sabe... que le dan evacuaciones líquidas, tenían diarrea, y tocan la puerta y nosotros vamos a atender a un familiar que llega a la puerta, yyy nosotras estábamos esperando que el evacuara, porque no había evacuado, y cuando pasamos, así (hace seña acerca de cómo pasaron cerca al paciente) él dice me evacué, pero vayan a comer y luego vienen. Y yo le dije, noooo vamos a cambiarlo de una vez, porque imagínese él tenía sus manos puestas en el colchón (muestra la forma en que el paciente tenía colocada las manos, haciendo impulso para tener menos contacto posible con el colchón) él se iba a cansar y él estaba recibiendo oxígeno. Él nos agradeció con ese cariño y yo le dije viste, si nosotras te hubiésemos dejado así, tú te hubieses llenado y (ya lo habíamos aseado) tu cama se iba a llenar y ahora si estas limpíecito”.

“Entonces, Eso fue para mí como que, (vuelve el llanto), (suspira profundo), si ese fuera mi tío, yo lo hubiese atendido así”, (llanto más intenso, voz entrecortada)

Evitación: (Enfermera 2)

“El virus no respetaba estatus social, raza, sexo, género nada de eso, no tenía que ver, con que, ¿por qué aquel sí?, ¿por qué aquel no?, ¿por qué yo no?, el virus solamente se encubaba en el pulmón del mejor portador pues que el vio, yyy se enamoró de él y se

encubo allí, hubieron muchas personas que pudieron salir, de ese estado, de esa enfermedad, pues de esa patología como tal”,

“muchas personas quedaron en el camino... quienes perdieron su mama, su papa, a su hijo a su esposo, seres queridos que vimos partir, entonces es una experiencia de sentimientos encontrados, ver compañeros también allí luchando por su vida”.

“Dándole gracias a Dios primeramente porque a pesar de que estuvimos allí, que presenciamos, que vimos de cierta manera u otra, presenciamos lo que era... la muerte, no la vivimos, pero la presenciamos, porque, atendíamos a uno y cuando veíamos ya había otro muerto, atendíamos tratábamos de ayudar a aquel y cuando volteábamos ya, o sea era mucha, mucha demanda de pacientes con COVID, entonces se escapada de nuestras manos”.

“a veces llorábamos, a veces sufríamos, sudábamos, eeehh nos agotábamos, porque era un trabajo agotador, o sea era una cantidad de pacientes, toda la sala full no había donde colocar pacientes, no había. Si decidíamos ayudar a aquel, ya cuando veníamos a ayudar a este, ya no,... no, o sea no esperaba, no daba los minutos, ni el tiempo para, para, para prestar la colaboración”.

“Habían otros que, que simplemente entraban y ya, hasta ahí llegaban no la contaban, les sorprendía la muerte, entonces, oye de verdad que fue una experiencia muy única, inolvidable, digo yo”.
 (Sonríe)

Entereza: (Enfermera 3)

“Había mucho llanto, muchooo..., no solamente eran las enfermeras, era el paciente, eran los familiares de algunos, porque habían familiares que los dejaban allí, y si el paciente fallecía, nosotros nos encargábamos del cuidado post mortem”

“Entonces era fuerte, porque veíamos la situación de ellos, la situación de nosotros, nosotros llorábamos, eeehh, veíamos que nos estábamos enfermando, nos estábamos agotando físicamente, porque eso era todos los días, todos los días, todos los días, por más que Ud.

llegaba a su casa, osea salía de una guardia agotada, entonces esoooo, esoooo, esoooo, nos llevó a mucho decaimiento”.

“Éramos pocas, si éramos 10-8 éramos muchas. 12 horas los 7 días de la semana, las enfermeras pedían cambio se iban, no querían volver”,

“llegaba un momento que te agotabas, te cansabas, que te tapabas, que faltaba el aire, las condiciones no había, porque no había aire, no había nada, eso era horroroso, no podías comer porque te tenías que quitar la ropa, si tenías que orinar, no podías orinar, porque te tenías que quitar la ropa para después ponértela y continuar, sin poderte cambiar porque no había agua, no había jabón, no había guantes, no había alcohol, eran tantas carencias, pero nosotros el personal, bueno...lo aceptamos”.

“Frustración de no tener como (ayudar), porque tú puedes tener conocimiento, pero era algo para nosotras, porque tu ver el paciente que necesita, era como tener las manos atadas, porque a veces no tenías el medicamento, a veces necesitábamos una cortisona, (baja el tono de voz y expresa) no había, era algo frustrante, porque ver fallecer al paciente porque no tiene, porque no hay o porque no hay una toma más de oxígeno, te frustra, es fuerte, es fuerte. Algunos morían al ingresar, no alcanzaban a llegar a la cama”.

“Los momentos de alegría, pienso, que fue cuando la segunda oleada, el tercero, que ya fue disminuyendo la cantidad de paciente que empezaron a salir de alta, nosotros empezamos a ver pacientes que salían de alta, nosotras veíamos como que otra luz, nosotras decíamos, se está consiguiendo, se esta consiguiendo la respuesta que estábamos esperando, salvarlos a ellos, de cómo frenar esta situación que es algo aterrador y por ello dábamos gracias a Dios”.

“Entonces tu vez que ese paciente estaba destetándose del oxígeno, estaba reaccionando como nosotras esperábamos y luego irse de alta, eso fue algo como, oye si se puede. Pero pasó mucho tiempo para que eso pasara y se perdió muchas vidas”.

“Es más cuando un paciente entraba, Ud. corría buscando medicamentos, y Ud. sentía, sin ninguna mentira que corrían detrás de Ud. como voces, como algo que le hablaba, como que le gritaba, no sé si es el mismo cerebro, que te hace pensar o sentir todo eso, sentías como un peso que corría detrás de ti, no sé, como decirle, como...fantasmas pues, entonces Ud. estaba buscando una hidrocortisona, y Ud. sabía que la hidrocortisona la había dejado aquí (señalaba el escritorio) y Ud. no la conseguía, y era desesperante, porque Ud. estaba viendo que el paciente necesitaba ese medicamento, eso era, eso era fuerte”.

¿Qué pensabas de tu trabajo como profesional de enfermería?, ¿sentías que valía la pena lo que estabas haciendo, que sentías?

Vocación: (Enfermera 1)

“UFFF, Son muchas emociones, que luego que uno sale es que tú dices, wao, pero a veces, tu decías ¿Qué hago aquí? Hago y hago y no hago nada, era una cosa impresionante, como en otras guardias decía, una guarda Dios mío, tú eres grande, gracias a ti, estoy aquí. Por algo tú quisiste que yo estudiara enfermería. Luego que eso termina, no todavía estábamos en pandemia, pero salió una paciente de allí, y ella una vez me mandó un mensaje que para mí fue muy desgarrador. Fue muy bonito, porque ella me dice, me dijo “cuando yo veía que tu entrabas a esa sala yo veía a DIOS”, y yo dije WAO (Inicia voz entrecortada, lágrimas en los ojos) ve lo importante que somos para ellos, y uno no lo veía en ese momento sabe. Porque uno iba, estamos en pandemia, somos pocos, tenemos que asistir porque, o sea, nunca dejar de asistir, estábamos aquí, aquí veníamos, fuese lo que fuese teníamos que asistir, a mi gracias a Dios no me dio COVID, y si me dio nunca lo supe, en mi casa a nadie le dio COVID, este... y siempre con el temor por mi mama, y todo, pero valió la pena, porque ¿a cuanta gente uno no ayudó?. ¿Cuantos familiares a pesar de que sus seres queridos se fueron, nos agradecieron porque tuvimos allí, sabe?”

“Tuvimos un paciente un señor que se llamaba Javier, que recuerdo que lo aseamos y cuando lo conectamos otra vez, le voy a cumplir

tratamiento veo que no tiene signos, fue una cosa impresionante, porque antes de desconectarlo para asearlo él tenía signos, y cuando sus familiares entran a despedirse de él, su hijo dijo mi papa murió tranquilo, con una sonrisa, me dijo así, estee, porque Uds. lo asearon, y mi papa era muy pulcro. himm, (llanto) y eso para mí fue como que jimm (llanto), Dios mío, pero sin uno conocerlo, o sea, uno haciendo el deber ser, porque eso es lo que a uno le enseñan. Todo el higiene y confort todo, y su hijo estaba agradecido porque su papa se fue como a él le gustaba estar, limpio, pues aseado y se fue tranquilo. y yo decía, wao una guarda, o sea están en su dolor, pero a pesar de que están en su dolor, agradecieron de que nosotros lo cuidamos, y eso es importante”.

Evitación: (Enfermera 2)

“Nooo era fácil, nosotros a veces nos encariñamos con alguien, no con todos, pero si hay alguien que nosotros siempreeee, llama nuestra atención, vez entonces nosotros estamos allí con él, lo conocemos desde que entró hasta que se fue o hasta que partió, entonces ya uno como que se encariña, ve, entonces en ese momento si nos diooo...a mí me daba pues sentimientos, sentimientos encontrados”,

“muy pocas veces fueron los momentos que me quebrantaba, de decirte que iba a llorar por un paciente que no lo logro, muy poco, porque no soy de ese tipo de persona que hay...me relaciono con todos los pacientes y no, si cumple con mi trabajo, pero a distancia, trato de no involucrarme mucho con el paciente”.

“Pero con los pocos que me involucre sii...meee.. yo decía oye pero...nosotros, los ayudamos, nos esmeramos, y se murioooo...hasta que llegó un momento y entendí y dije bueno señor es tu voluntad que la persona se muriera, es tu voluntad que la persona no estuviera aquí en esta tierra, tu sabrás porque te lo llevaste, pero si hubieron bastante momentos que decía, pero oye dios mío ¿será que estamos haciendo algo malo? ¿Será que el medicamento no es el adecuado?, y entonces”,

“Como te digo, era un ensayo y un error. ¿por qué?, ¿por qué ensayo? porque bueno...colócale esto, colócale aquello, hazle esto, hazle aquello, entonces cuando no veíamos el resultado...lo que hacíamos, entonces decíamos, ¿entonces que pasó?... ¿qué falló?... que no le colocamos? ¿que no le hicimos?, entonces...ay si llego un momento como de frustración, porque uno lo que quiere es que el paciente se salve, porque tu estas llamado para brindar cuidado de atención y calidad, y cuando vez que el paciente se muere entonces tú dices, ¿qué paso?, ¿que hice mal? ¿en que falle? y esas cosas”.

“algún momento yo me enluché, yo decía ¿por qué señor, bueno no decía ¿por qué señor?, (pide perdón a dios en voz baja) pero si decía, ¿por qué se muere?, ¿qué le paso?, pero si él estaba bien horita y al rato ya no estaba, pero bueno así, a veces el que estaba mejor...era el que se moría, y el que estaba peor era el que se recuperaba, entonces, se invertían, como quien dice los cables, daba un giro la vida de la persona, decía oye, habían parejas que entraban y en donde estaba más crítico el esposo que la esposa y se moría primero la esposa y el esposo no”.

Entereza: (Enfermera 3)

“Para entrar al área debías forrarte, ponerte tapaboca, mascarilla, careta, el mono y un impermeable, sin eso no podías entrar, llegaba un momento que te agotabas, te cansabas, que te tapabas, que faltaba el aire, las condiciones no había, porque no había aire, no había nada, eso era horroroso, no podías comer porque te tenías que quitar la ropa, si tenías que orinar, no podías orinar, porque te tenías que quitar la ropa para después ponerte y continuar, sin poderte cambiar porque no había agua, no había jabón, no había guantes, no había alcohol, eran tantas carencias, pero nosotros el personal, bueno...lo aceptamos”.

“Al principio me afecto mucho las muertes, pero luego fueron tantas las muertes, en cada guardia, que no sentía lo mismo, aun me seguía afectando, pero no de la misma manera. Sin embargo, seguía dando lo mejor para ayudar al paciente a salir de esa situación”.

PERSPECTIVAS INFORMANTES CLAVE

Informante Clave	¿Cómo fue tu experiencia durante las actividades de cuidado al paciente en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
VOCACIÓN	Fue impactante, tenía pánico, nada fluía, era frustrante. fue un antes y un después del COVID, era otro nivel, fue muy marcante, ahora soy más sensible	Sintió temor durante el cuidado, fue impactante al punto de sentirse diferente después del COVID-19, se siente más sensible
EVITACIÓN	Fue una experiencia profesional, emocional, psicológica y física. Tenía dudas, era una enfermedad desconocida científicamente. Se estaba llevando a mucha gente. Había muchas incógnitas	Fue una experiencia profesional, emocional, psicológica y física, con muchas dudas e incógnitas por el desconocimiento científico del manejo del paciente.
ENTEREZA	Fue estresante, había 6-8 enfermeras, muchos pacientes y la ausencia del familiar, se seguía un protocolo, pero todos morían en la primera oleada, el turno diurno tenía más presión, debían hacer higiene y confort, estar pendiente de alimentar y cumplir tratamiento a veces a 100 pacientes	Fue estresante por la falta de personal y la cantidad de pacientes aunado a la ausencia del familiar, el personal diurno debía hacer higiene y confort, alimentar y cumplir tratamiento a 100 pacientes.

Informante Clave	¿Qué aspectos de tus emociones consideras que salieron a relucir durante el cuidado al paciente en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
VOCACIÓN	Fue tremendo, ellos se deprimían mucho. Una se identificaba con ellos. Algunas decían que fastidioso aquel, otras daban el todo por el todo. En una guardia se murieron 18 pacientes, fue terrible, a mí me afectó muchísimo. No sé por qué me puse en el lugar de la mamá. Son muchas emociones. Yo	Veía como el paciente se deprimía, Se identificaba con la situación de ellos, mientras unas compañeras daban el todo durante el cuidado, otras consideraban al paciente fastidioso. Sentía alegría durante el alta medica

	me alegraba cuando se iban de alta	
EVITACIÓN	Fueron muchas cosas, hubieron quienes perdieron a su mamá, su papá, hijos, esposos, seres queridos. Presenciamos la muerte de 10 personas en una guardia de 6 horas. Llorábamos, sufríamos.	Vivió la experiencia de ver morir a muchos personas, recuerda la muertes de 10 personas en una guardia de 6 horas y como enfermería lloraba y sufría
ENTEREZA	Mucho llanto, no solo de enfermería, también del paciente y del familiar. Sentía frustración al no tener como ayudar a paciente, tenía el conocimiento, pero no había nada más. La alegría llega después de la segunda oleada, cuando comienzan a disminuir la concentración de oxígeno y a salir de alta, vimos que si podíamos salvarlos	Llanto de enfermería, pacientes y familiares, frustración al contar solo con el conocimiento y no poder ayudar al paciente y la alegría surgía con el alta al ver que si podían salvarlos

Informante Clave	¿Qué sentías acerca de tu trabajo como profesional de enfermería, en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
VOCACIÓN	A veces decía, ¿qué hago aquí? hago y hago y no hago nada, en otro momento decía Gracias Dios, gracias a ti, estoy aquí. Somos importantes para ellos. No debíamos dejar de asistir. Cuantos familiares nos agradecieron porque estábamos allí.	Sentía que a veces a pesar de lo que hacía, nada era efectivo, sin embargo otras veces agradecía a Dios por permitirle estar allí y acompañar al paciente

EVITACIÓN	NO era fácil, nos encariñábamos con algunos, no con todos, los veíamos desde que entraban hasta que partían, Cumplo con mi trabajo, pero a distancia. Los ayudamos, nos esmeramos y se murioooo. Señor tu sabrás ¿por qué? te lo llevaste. ¿Qué pasó?, ¿Qué falló? ¿Qué no le hicimos?	Sentía que se encariñaba con el paciente y luego este partía. Prefiere cumplir con su trabajo manteniendo distancia, porque los ayuda, se esfuerza y se mueren. Prefiere dejar todo en manos de Dios.
ENTEREZA	Para entrar al área debías ponerte tapaboca, mascarilla, careta, el mono y un impermeable, llegaba un momento que te agotabas, te cansabas, que te tapabas, te faltaba el aire, no había condiciones, era horroroso, no había nada, no había aire, agua, jabón, guantes, alcohol, no podías comer, no podías orinar, porque te tenías que quitarte la ropa y volvértela a poner para continuar, sin poderte cambiar. Al principio me afecto mucho las muertes, pero luego fueron tantas las muertes en cada guardia, que no sentía lo mismo, aun me seguía afectando, pero no de la misma manera. Sin embargo, seguía dando lo mejor para ayudar al paciente	Daba lo mejor de sí para ayudar al paciente, sin embargo el uso del equipo de protección y las condiciones de carencia existentes en el área eran agotadoras, se sentía cansada, sin aire, debía restringirse de comer e ir al baño para no quitarse completamente el equipo, porque no lo podías cambiar. La muerte de los pacientes le afecto mucho al principio, pero luego ya no tanto.

FASE 2: FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS

En este espacio, se presenta la visión del fenómeno de estudio por parte de los agentes externos (médico, enfermera supervisora y paciente) involucrados en la investigación, además de la perspectiva de la investigadora, con la finalidad de identificar las semejanzas y/o diferencias que pudieran estar presentes en el fenómeno estudiado: Fatiga por compasión en el profesional de enfermería durante la pandemia

COVID-19. Una mirada desde el cuidado humano. A continuación, se presentan cada una de las percepciones planteadas desde la mirada externa de la investigadora, la de un paciente sobreviviente y, por último, la información manifestada por dos profesionales de salud (un médico y una supervisora de enfermería) quienes laboran en el área COVID-19.

Perspectiva De La Investigadora Sobre El Fenómeno De Estudio.

Como seres humanos, tenemos expectativas ante las diferentes circunstancias que vivimos, y esa característica nos acompaña desde nuestra infancia. Considero que la mayoría de las personas saben, conocen y han vivido el cuidado a lo largo de su existencia; esperar recibir cuidados está en nosotros, pero brindar cuidados, es otra cosa. Históricamente la sociedad ha asignado el rol del cuidado a la mujer, y además se espera que, como mujeres, durante el cuidado incorporemos a este, nuestras emociones, la sociedad siempre espera que la enfermera utilice al máximo sus emociones durante las actividades de cuidado, con el fin de alcanzar la empatía, el altruismo y con ello la compasión.

La compasión, sin duda alguna es necesaria para brindar cuidado y ayuda mutua, por lo que su cultivo implica reconocernos como seres vulnerables que enferman, envejecen, mueren y están expuestos a una infinidad de maneras de sufrir. Es precisamente la comprensión de esta vulnerabilidad, no solo del otro, sino además la nuestra, lo que nos hace comprender la gran necesidad de desarrollar habilidades socioemocionales que nos preparen para enfrentarnos a la realidad de sufrimiento,

presente en ambientes de salud, para las cuales, como profesionales de enfermería, pensamos que estamos preparados, hasta que nos toca vivir situaciones de sufrimiento extremo, como ocurrió durante la pandemia.

Personalmente considero, que la profesión de enfermería exige más que en ninguna otra profesión, de la empatía, el altruismo y de la compasión, y aunque comúnmente se tiende a considerarlas palabras con igual significado, no es así. Porque solo en la compasión existe una disposición personal, que surge de los sentimientos y de los deseos de aliviar el sufrimiento y el dolor del otro; se trata de entender la situación por la que atraviesa la persona necesitada, y de preguntarse: “¿De qué manera puedo ayudar, a esta persona, para que no sufra tanto, o a eliminar su dolor?” y poner en práctica esa acción, lo cual alcanzamos a través del desarrollo de las acciones de cuidado humano.

La compasión, amerita de la actuación, de la puesta en marcha de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones causantes del sufrimiento y el dolor del paciente o del usuario de los servicios de salud. Durante la pandemia COVID-19, la condición de aislamiento y soledad de los pacientes, se convirtió prácticamente en un eslabón más, de la larga cadena de signos y síntomas de la patología. La ausencia de los familiares cercanos y la sensación de muerte cercana, incrementaban la producción de hormonas del estrés (cortisol) en los pacientes, lo cual mermaba su ya comprometido sistema inmunológico.

En esta condición de minusvalía de compañía social y familiar, solo el personal de salud estaba cerca para suplir la ausencia de hijos, esposos, hermanos, madre, padre...para ello era imprescindible el empleo de la compasión. Cuando enfermería emplea la compasión, el paciente entiende, que no es el familiar que él desea que este a su lado, pero se siente comprendido, escuchado y sobre todo acompañado, generando emociones positivas, lo cual puede estimular la producción de Oxitocina, conocida como la hormona del amor. Otro aspecto importante de la compasión durante el cuidado humano, es que la compañía de enfermería, le hace sentir a los pacientes, que no están solos, que tienen esperanza y eso les motiva a seguir luchando contra la enfermedad y contra todo aquello que le genere dolor y sufrimiento.

Perspectivas de los Agentes Externos.

A continuación, se presenta la visión sobre la percepción del cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería a los pacientes dentro del área COVID-19, así como la expresión de las emociones generadas por estos profesionales, durante el desarrollo de las actividades de cuidado en el área COVID-19, para la supervisora de enfermería y personal médico que forman parte del equipo de salud, así como para un paciente, conformando la representación social del fenómeno de estudios.

La supervisora de enfermería, tenía como responsabilidad estar vigilante de las acciones y condiciones laborales del profesional de enfermería a su cargo, el médico contribuyó directamente a la restauración de la salud de los pacientes, siendo copartícipe en la atención del paciente en el área COVID-19, pero al trabajar en equipo, en comunicación constante con los profesionales de enfermería, pueden observar directamente la ejecución del cuidado, como los efectos del mismo en estos. Por su parte el paciente recibe directamente la acción del cuidado y a lo largo de su estadía, pudo darse cuenta de las emociones y sentimientos desplegados por el profesional de enfermería durante la acción del cuidado.

Informantes Externos

¿Cómo fue la experiencia durante las actividades de cuidado humano brindadas al paciente en el área COVID-19?

Admiración (médico de la unidad COVID-19)

“Desde el punto de vista médico era el estado clínico, llegaban en grave estado, en mal estado, algunos ni siquiera tenían la posibilidad de llegar a la cama, porque caían, eso desde el punto de vista... médico. Si hubo algunos casos que siempre marcaron, más que otros...yyyy... por la manera en que...como ya llevaban cierto tiempo luchando por su vida, la manera en cómo también veíamos a los familiares allí junto con ellos...pues se crea cierto...cierta afinidad con el personal que estaba de guardia, ya trabajando varias guardias junto con ellos. Eeeehh que hubo muertes que quedaron grabadas en la mente”.

Gratitud (Paciente del área COVID-19)

“Fue miedo, angustia, temor, tristeza, ansiedad, impotencia”. “Un reto porque tenía que salir adelante, ante muchas cosas que, tuve

que vivir y sentir como paciente”. “Entre ellos es la ansiedad y la angustia de el temor a la muerte, el sentirse que uno no tiene la capacidad de respirar, y ver en esas circunstancias a tantos pacientes sobre todo hombres que estaban en esa condición clínica de tener valores de oxigenación por debajo de 90”

Compasión: (Supervisora del área)

“Recuerdo que los pacientes gritaban licenciadaaa, enfermeraaa, no me quiero moriiirr,...ellos mueren prácticamente cuando caen en ese estado de ansiedad, o crisis de pánico, entran en dificultad respiratoria. Cuando entran en crisis de pánico, su saturación empieza a bajar, es ahí donde muchos de ellos fallecen, entonces ven que fallece uno y empiezan a llamar, licennn no me quiero morirriiirrr, entra en crisis de pánico y es ahí donde el paciente, bueno lamentablemente...fallece, y eso para nosotros fue muy traumático”.

“Nosotros veíamos tantas muertes, en ese tiempo era muuy poco el que se iba de alta. No sabíamos cómo manejarlos para nosotros fue como un ensaaayo, o sea, había que seguir un protocolo y se trataban a todos como un protocolo, a todos se cumplía el mismo tratamiento, Entonces como no teníamos como quien dice esa experiencia, porque era tanto para el equipo de enfermería, como para el equipo médico algo nuevo, sucedieron tantas cosas. Teníamos un servicio que era sala de parto, lo teníamos como hospitalización, llegamos a tener más de 100 pacientes, y en un día a las 9 de la mañana llevábamos 20 muertos, eso era deprimente, nosotras llorábamos, nosotras...Dios mío.(se lleva ambas manos a la cara y mira al cielo)”

“El paciente tenía mucha dificultad respiratoria, tos constante y la crisis de pánico, eso era algo impresionante, por más que una trataba de usar la psicología, la psicología inversa nada, era fuerte, a veces no tenía tos, no tenía fiebre, con saturación por debajo de 90, o llegaba a 70 que necesitaba UCI, pero dependía si había cupo o CPAP”.

¿Cómo percibiste la expresión de las emociones de los profesionales de enfermería durante la actividad de cuidado humano en el área COVID-19?

Admiración (médico de la unidad COVID-19)

“Desde el punto de vista emocional, claro la carga de trabajo era bastante, para ese momento 2021-2022-2020 todavía, ehhh, la carga de trabajo era mucha, porque era mucha la cantidad de pacientes, para la cantidad de personal, la cantidad de personal de enfermería y médico que había, así que siempre uno terminaba mentalmente agotado, ehh y por supuesto eso está relacionado desde el punto de vista de las emociones, por lo menos esos pacientes que duraban varios días sin resolver ehh ver por citarle al mismo paciente que tenía tatuado a los hijos en los brazos, tenía tatuado la cara de los hijos en los dos brazos y él tenía una fundación, ver a ese muchacho agonizando, no es fácil, no es fácil, a muchos se nos saltaban las lágrimas, ehh otro, por citarle otro caso, había un muchacho, que en ese momento, ya había luchado muchos días, yyy la esposa le decía “Santiago te está esperando afuera” “Santiago sigue, no me dejes sola, no me dejes sola”,... muchas veces por tanto tiempo, esa era una carga emocional, que muchas de las licenciadas tenían que salirse”

“yo le tenía que decir, no llores, no llores, esteee, pero era imposible, era imposible...ya había una empatía junto con ellos, era imposible nooo, no sentir el dolor de eso, ver a hijos despidiéndose de una mamá, utilizando palabras de agradecimiento, ver a hombres caerse en el suelo porque su papa se murió, no de verdad que esooo, eso era una guerra”

“Acá en la entrada del edificio hay una especie de mural, una tela con manos, con manos de colores, todas esas manos fueron de los pacientes que lograron salir de alta, esas manos fueron los que lograron salir de alta, iban y marcaban sus manos y colocaban su palabra de agradecimiento al personal en general, pero quien muchas veces aseaban al paciente eran las licen, pacientes que no tenían familiares, pacientes que casi dos meses para salir y quienes sacaban para comprarle un plato de comida eran las licen, las licen y por supuesto cuando se daba de alta, era una alegría, un aplauso por el esfuerzo que todos estaban haciendo”

“Claro, que si salen, si es posible, muchos se salvaron”.

Gratitud (Paciente del área COVID-19)

“Cuando la enfermera, me vio “Gratitud” lo llamo por su nombre)” “... la enfermera fue mi bastón, mientras llegaba una silla y me ponían ahí, mientras podía entrar” “lo que yo sentí por parte de las enfermeras...fue impresionante, porque una me decía... (Tardo 11 segundo en recuperarse para no llorar)... me decía “Gratitud, Gratitud, Gratitud tienes que controlarte, estas aquí estas con nosotros”, (trata de controlar el llanto) “vas a salir de esto”.” “Fue un momento de mucho miedo, de mucho temor dado al carácter infectocontagioso de la situación” “también vi muchas enfermeras que para ellas eso privaba (la condición infectocontagiosa del virus), que no hacían cosas, tenían temor de ir más allá, por el temor de contagiarse y eso las limitaba” “Se puso en evidencia nuestra condición de seres humanos, sensibilidad, solidaridad, filantropía, humanismo, e incluso, asumir el riesgo de poder contaminarse”

“Les alegraba ver la persona salir, de por sí, yo como paciente lo viví, porque cuando yo egrese bueno, me hicieron una fiesta, eso fueron aplausos, me sacaron me despidieron, llegó hasta un compañero que se enteró y me hizo hasta un video”

Compasión: (Supervisora del área)

“El personal tenía mucho miedo, de entrar al área, de acercarse al paciente, de retirarse el equipo, hubo mucha ausencia y mucho pánico. Cuando llegó el lote de vacuna las primeras personas vacunadas fuimos nosotras, o sea los conejillos de india, cuando me coloque la segunda dosis eso me hizo una reacción, es ahí donde yo empiezo a presentar mi primera crisis de pánico, lo terrible que vivimos fue en el primer brote, donde nos vestíamos como, no sé, como si íbamos no se para dondeeee, donde veíamos gritos, quejas, llantoooo, llorabaamos, llorábamos porque queríamos tener la respuesta, la solución para ese paciente que nos llamaba, que nos suplicaba, que se quejaba de que no quería morir y nosotros, como?, cómo? porque nosotros solo cumplíamos órdenes médicas, y ... nos guiábamos con lo que los médicos nos indican, nos guiábamos por el protocolo que ellos llevaban, y sin saber ellos mismos, que los mismos pacientes caían en crisis de pánico y por eso es que morían, uno y el otro, el otro, y el otro, eso se fue descubriendo al pasar el tiempo, que los médicos fueron viendo y nosotras fuimos

observando, esto está ocasionando crisis de pánico, mira lo que está haciendo vamos a tratar de mantener un aislamiento, de no tener las salas tan colapsadas, y ya con el tiempo, lo mismo de tanto vivirlo, que sufrimos, como que también nos lavó el corazón, ya nosotras veíamos que el paciente, ya con el tiempo moría, fallecía y nosotras, otro más, y otro más, aunque dolía, ya como que eso ya, ya, lo volvimos rutinario y eso lo que hacía era marcarnos, nos marcó una a una, como me marco mucho a mí, en lo personal me marco demasiado”.

“Pienso que la frustración de no tener como, porque tú puedes tener conocimiento, pero ver el paciente que necesita, pero era como tener las manos atadas, porque a veces no tenías el medicamento, a veces necesitábamos una cortisona, (baja el tono de voz y expresa) no había, era algo frustrante, porque ver fallecer al paciente porque no tiene, porque no hay o porque no hay una toma más de oxígeno, te frusta, es fuerte, es fuerte”.

“En la segunda oleada, el tercero, empezaron a salir de alta, nosotros empezamos a ver pacientes que salían de alta, nosotras veíamos como que otra luz, nosotras decíamos, se está consiguiendo la respuesta que estábamos esperando, salvarlos a ellos, de cómo frenar esta situación que es algo aterránte, entonces tu vez que ese paciente estaba destetándose del oxígeno, estaba reaccionando como nosotras esperábamos y luego irse de alta, eso fue algo como, oye si se puede”.

¿Llegaste a observar o a escuchar comentarios relacionados con profesionales de enfermería que tenían problemas de salud o no podían dormir, como efecto de su trabajo en el área COVID-19?

Admiración (médico de la unidad COVID-19)

“Nooo, al contrario todo el personal que estaba de guardia siempre se avocaba a los pacientes, ehh se hizo un buen equipo de trabajo, se hizo un buen grupo de trabajo, ya nos conocíamos más o menos las circunstancia de cada familiar, quien necesitaba un poco más, quien necesitaba un poco menos, y así podíamos así concentrar las energías, claro todas las personalidades son diferentes y siempre eso va incluido, pero, en general había armonía, había un buen grupo de trabajo, físicamente por

supuesto agotados, pero se llegó a crear muy buenas amistades, durante todo ese periodo de trabajo”.

“Varias de las licenciadas les toco atender a sus familiares y en varias ocasiones fueron familiares directos, hermanos, mama, papa,... envolver por ejemplo en una sábana, porque murió su familiar y en ese momento tenían que actuar por supuesto como la profesional, y se armaban de valor y ellas mismas aseaban, envolvían, preparaban el cuerpo, para que después, bueno las entidades se llevaran el cuerpo. Yy hubo varias enfermeras varias licen que tuvieron que verse con especialistas en psicología para poder superar esa imagen, esa circunstancia no es fácil, ver a un familiar así, pidiendo más que oxígeno, luchando por su vida, y ver que su vida se apaga, muchas de ellas quedaron con la mente rota. circunstancias como esas te dejan como un trauma, similar al trauma de guerra. Ehhh, no, retirarse del trabajo con la salud no, todas están comprometidas a nivel profesional, algunas dejaron de trabajar en el área COVID, se fueron a la maternidad, a otra área, sí, pero que dejaran o abandonaron su trabajo, no, no, muchas se comportaron como las profesionales que son. De conducta diferente sí, de que sea más dura, si hay personas que se reían un poco más, a ser un poco más serias y eran precisamente las que tuvieron que enfrentarse a esa enfermedad con sus familiares, tratarlos y ver que estaban batallando por sus vidas, ehh, pero si hubo otras que están más sensibles, cuando veían a un paciente sufrir por ejemplo, eran más lábiles para llorar, para condolerse”.

Gratitud (Paciente del área COVID-19)

“Algunas me manifestaron que tenían mucho temor” “... mucha angustia, que la cosa estaba horrible que era impresionante ver la gran cantidad de muertos y las condiciones clínicas” “las veía más que consternadas preocupadas”

“... se veía en ellas una gran carga emocional” “Conozco enfermeras que tuvieron que renunciar, porque no podían soportar, porque no se querían contaminar” “Yo precisamente me contamine en un domicilio, porque la enfermera que tenía que ir a dar el cuidado no quiso darlo” “la enfermera se negaba precisamente por el miedo, por la angustia, no porque tuviera malos sentimientos”

“Muchas enfermeras posterior al COVID, unas que fueron pacientes COVID, los niveles de carga emocional, son tremendos” “Para algunas eso las impulsó, para otras se retiraron, hicieron un alto, dejaron de trabajar como enfermeras, otras lo siguieron haciendo, con debilidades y fortalezas, pudimos observar a través de las redes sociales actos de falta de probidad desde el punto de vista profesional... pero definitivamente esto impactó emocionalmente a la enfermera” “Alegría de ver la persona salir, yo como paciente lo viví, porque cuando yo egresé bueno, me hicieron una fiesta, eso fueron aplausos, me sacaron y me despidieron, llego hasta un compañero que se enteró y me hizo hasta un video, yo me sentía muy feliz”

“en una oportunidad mientras me hacían un estudio me encontré con alguien que conocí allí cuando estuve hospitalizado y no lo reconocía, él me dijo soy yo, y para mí ver que él se recuperó, era una gran alegría, una gran alegría” “ver que una persona sale adelante y la oportunidad de conseguirla después,..., que alegría, saliste bien. y luego ver las expresiones de ellos de mucho cariño y afecto hacia el personal de enfermería, fueron tremendo”

Compasión: (Supervisora del área)

“Para entrar al área COVID había que entrar con el equipo de bioseguridad, sino lo tenía, no entraba, necesitaba, tapaboca, mascarilla la facial, el mono, el impermeable, o sea Ud. se forraba, si no se forraba, no pasaba; y a veces Ud. se forraba porque estaba asignada a la guardia, y no querían entrar, no querían, porque tenían miedo, el miedo no les permitía entrar al área. Cuando un paciente entraba, Ud. corría buscando medicamentos, y Ud. sentía, sin ninguna mentira que corrían detrás de Ud. como voces, como algo que le hablaba, como que le gritaba, no sé si es el mismo cerebro, que te hace pensar o sentir todo eso, sentías como un peso que corría detrás de ti, no sé, como decirle, como...fantasmas pues, entonces Ud. estaba buscando una hidrocortisona, y Ud. sabía que la hidrocortisona la había dejado aquí (señalaba el escritorio) y Ud. no la conseguía, y era desesperante, porque Ud. estaba viendo que el paciente necesitaba ese medicamento, eso era, eso era fuerte”.

“Eso nos afectó mucho emocionalmente, hasta económicamente, porque tuvimos que sacar de nosotros para ayudar a los pacientes

que no tenían, incluso también afecto a nuestros familiares, que no querían que nosotros estuviéramos allí”.

“Los profesionales de enfermería cambiaron, muchos se volvieron vulnerables, susceptibles, más humanos, porque dios los hizo pasar por eso para que ellos le bajaran a ese temple con que ellos venían, otros se volvieron más fríos, porque ya ver la misma rutina, muertes y más muertes y más y más, ellas dicen ¿qué puedo hacer? te lo digo que tengo una colega que habla así y eso le paso después del COVID. Pero tengo otra colega que ella es todo con cuidado, con amor, claro que si afecto. Que no nos afectó a todos por igual, si nos afectó, pero a cada una de forma diferente, muy diferente”.

“Yo creo que, por cada diez enfermeras, 3 se volvieron cínicas, sobre todo afecto a las más jóvenes y con menos experiencia”.

Perspectivas de los Informantes Externos

INFORMANTE	¿Cómo fue la experiencia durante las actividades de cuidado humano en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
ADMIRACIÓN (Médico área COVID-19)	Me afectó el estado clínico, llegaban en grave estado, en mal estado, algunos ni siquiera tenían la posibilidad de llegar a la cama, porque caían,... Si hubo algunos casos que siempre marcaron, más que otros... veíamos a los familiares allí junto con ellos... pues se crea cierto... cierta afinidad con el personal que estaba de guardia, ya trabajando varias guardias junto con ellos. ... hubo muertes que quedaron	Le afectó el estado clínico, el mal estado en que llegaba el paciente, algunos no llegaban a la cama, porque caían muertos, hubo casos que marcaron al igual que ver a los familiares junto con ellos, hubo muertes que quedaron grabadas, se creó cierta afinidad con el personal de guardia

	grabadas en la mente	
GRATITUD (Paciente área COVID-19)	fue miedo, angustia, temor, tristeza, ansiedad, impotencia. Un reto porque tenía que salir adelante, ante muchas cosas que, tuve que vivir y sentir como paciente. Entre ellos es la ansiedad y la angustia de el temor a la muerte, el sentirse que uno no tiene la capacidad de respirar, y ver en esas circunstancias a tantos pacientes sobretodo hombres que estaban en esa condición clínica de tener valores de oxigenación por debajo de 90	Fue miedo, angustia, temor, ansiedad e impotencia, el reto de salir adelante con la ansiedad y la angustia por temor a la muerte, sentirse sin capacidad de respirar y ver en estas circunstancias a otros con baja saturación
COMPASIÓN (SUPERVISORA)	Caían en crisis de pánico, con dificultad respiratoria, su saturación bajaba y fallecen, entonces, al ver que fallece uno, llamaban, licennn no me quiero morirriiirrr, entra en crisis de pánico y...fallece, eso fue muy traumático, veíamos tantas muertes, muuuy pocas altas. No sabíamos cómo manejarlos...fue como un ensayo, había que seguir un protocolo, el mismo tratamiento, tanto para enfermería, como médico era algo nuevo, llegamos a tener más de 100 pacientes, y a las 9 de la mañana llevábamos 20 muertos, era deprimente, llorábamos. Paciente con mucha dificultad respiratoria, tos constante y la crisis de pánico,	Para todos era algo nuevo, se guiaban por un protocolo, cuando moría un paciente los otros, caían en crisis de pánico, se desaturaban, comenzaban a gritar suplicando a las enfermeras que no los dejaran morir y fallecían. En las primeras horas de la mañana ya habían 20 muertes, todos lloraban, el pánico empeoraba la condición de los pacientes.

INFORMANTE	¿Cómo percibiste la expresión de las emociones de los profesionales de enfermería durante la actividad de cuidado humano en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
ADMIRACIÓN (Médico área COVID-19)	<p>la carga de trabajo era bastante, era mucha la cantidad de pacientes, para la cantidad de personal que había, así que siempre uno terminaba mentalmente agotado, ehh y por supuesto eso está relacionado desde el punto de vista de las emociones, pacientes que duraban varios días sin resolver no es fácil, a muchos se nos saltaban las lágrimas, había un muchacho, ya había luchado muchos días, ... la esposa le decía “Santiago te está esperando afuera” sigue, no me dejes sola, no me dejes sola”,...esa era una carga emocional, que muchas de las licenciadas tenían que salirse</p> <p>“yo le tenía que decir, no llores, no llores, había una empatía con ellos, era imposible no sentir el dolor, no de verdad que esooo, eso era una guerra”</p> <p>Alegría por los que lograron salir de alta, que iban y marcaban sus manos y colocaban su palabra de agradecimiento al personal en general</p>	<p>Debido a la gran cantidad de pacientes, era mucha la carga de trabajo para la cantidad de personal, siempre se terminaba mentalmente agotado. Habían pacientes que luchaban durante varios días que los familiares les pedían que no se fueran y verlos irse era una gran carga emocional, las licenciadas tenían que salirse para no llorar frente al paciente, había una empatía con ellos y era imposible no sentir dolor, parecía un ambiente de guerra. Se alegraban y celebraban el alta del paciente</p>
GRATITUD (Paciente área COVID-19)	<p>Cuando la enfermera, me vio “Gratitud”,... la enfermera fue mi bastón, mientras llegaba una silla y me ponían ahí, mientras podía entrar, lo que yo sentí por parte de las enfermeras...fue impresionante, porque una me decía... (tardo 11 segundo en recuperarse para no llorar)... me decía “Gratitud, Gratitud, Gratitud tienes que controlarte, estas aquí estas con nosotros”, (trata de controlar el llanto) “vas a salir de esto”. Fue un momento de mucho miedo, de mucho temor dado al carácter</p>	<p>La enfermera fue mi bastón para no caer mientras llegaba la silla de ruedas, lo que yo sentí de su parte fue impresionante, me decía tienes que controlarte, ya estás aquí y vas a salir de esto. Para otras enfermeras, el miedo a contagiarse les impedía actuar por el paciente, tenían temor de ir más allá y eso</p>

	<p>infectocontagioso de la situación, también vi muchas enfermeras que para ellas eso privaba, que no hacían cosas, tenían temor de ir más allá, por el temor de contagiarse y eso las limitaba. Se puso en evidencia nuestra condición de seres humanos, sensibilidad, solidaridad, filantropía, humanismo, e incluso, asumir el riesgo de poder contaminarse.</p> <p>Les alegraba ver la persona salir, yo como paciente lo viví, porque cuando yo egrese bueno, me hicieron una fiesta, eso fueron aplausos, me sacaron me despidieron, llego hasta un compañero que se enteró y me hiso hasta un video</p>	<p>las limitaba. Sin embargo, se pudo evidenciar a la enfermera como un ser humano sensible, solidario, filantrópico, humanista al punto de asumir el riesgo de contaminarse por el paciente. Su mayor alegría era ver al paciente egresar por mejoría, y se dedicaban a hacerle sentir al paciente la misma alegría</p>
COMPASIÓN (SUPERVISORA)	<p>Lo terrible que vivimos fue en el primero brote, el personal tenía mucho miedo de entrar al área, de acercarse al paciente, de retirarse el equipo, hubo mucha ausencia y mucho pánico. Veíamos gritos, quejas, llantoooo, llorabaammos, queríamos tener la respuesta, la solución para ese paciente que nos llamaba, que nos suplicaba, que se quejaba de que no quería morir y nosotros, como?, cómo? los mismos pacientes caían en crisis de pánico y por eso es que morían, uno y el otro, el otro, y el otro, con el tiempo, de tanto vivirlo, que sufrimos, también nos lavó el corazón, veíamos que el paciente moría, fallecía y nosotras, otro más, y otro más, aunque dolía, lo volvimos rutinario y eso nos marcó una a una, la frustración de ver el paciente que necesita, pero tener las manos atadas, porque a veces no tenías el medicamento, ver fallecer al paciente porque no tiene, porque no</p>	<p>Había mucho miedo de entrar al área, de acercarse al paciente, de retirarse el equipo, hubo mucha ausencia y mucho pánico. Hubo mucho llanto, angustia del paciente que gritaba que no lo dejaran morir y caían en crisis de pánico, al ver morir a sus compañeros de sala. Con el tiempo de ver tanta muerte ya no sentían lo mismo, les dolía menos, la frustración venía de sentirse con las manos atadas por no poder ayudar al paciente, se alegraban al observar que comenzaban a irse de alta.</p>

	hay o porque no hay una toma más de oxígeno, te frusta, es fuerte, es fuerte. Empezamos a ver pacientes que salían de alta, decíamos, se está consiguiendo la respuesta que estábamos esperando, salvarlos a ellos, eso fue algo como, oye si se puede.	
--	---	--

INFORMANTE	3 ¿Llegaste a observar o a escuchar comentarios relacionados con profesionales de enfermería que tenían problemas de salud o no podían dormir, como efecto de su trabajo en el área COVID-19?	Interpretación Eidética
ADMIRACIÓN (Médico área COVID-19)	<p>A varias de las licenciadas les toco atender a sus familiares y en varias ocasiones fueron familiares directos, hermanos, mama, papa,... envolver en una sábana, porque murió su familiar y en ese momento tenían que actuar como la profesional, y se armaban de valor y ellas mismas aseaban, envolvían, preparaban el cuerpo, ...hubo varias enfermeras que tuvieron que verse con especialistas en psicología para poder superar esa imagen, esa circunstancia no es fácil, ver a un familiar así, pidiendo más que oxígeno, luchando por su vida, y ver que su vida se apaga, muchas de ellas quedaron con la mente rota. Circunstancias como esas te dejan como un trauma, similar al trauma de guerra. Algunas dejaron de trabajar en el área COVID, se fueron a la maternidad, a otra área.</p>	<p>Muchas enfermeras tuvieron que atender a familiares en el área COVID armarse de valor y realizarles cuidados post mortem. Muchas tuvieron que ir al psicólogo para superar esa experiencia de pedir más que oxígeno, luchar por su vida y verlos morir, algunas quedaron con la mente rota. Quedaron con un trauma similar a un trauma de guerra, algunas dejaron de trabajar en el área COVID y se fueron a otra área.</p>

GRATITUD (Paciente área COVID-19)	<p>Algunas me manifestaron que tenían mucho temor, ... mucha angustia, que la cosa estaba horrible que era impresionante ver la gran cantidad de muertos y las condiciones clínicas, las veía más que consternadas preocupadas, ... se veía en ellas una gran carga. ...tuvieron que renunciar, porque no podían soportar, porque no se querían contaminar.</p> <p>Yo precisamente me contamine en un domicilio, porque la enfermera que tenía que ir a dar el cuidado no quiso darlo, entonces me llamaron a mí, la enfermera se negaba precisamente por el miedo, por la angustia, no porque tuviera malos sentimientos. Muchas enfermeras expresaron eso, y otras posterior al COVID, unas que fueron pacientes COVID, los niveles de carga emocional, son tremendos, Para algunas eso las impulsó, para otras se retiraron, hicieron un alto, dejaron de trabajar como enfermeras, otras lo siguieron haciendo, con debilidades y fortalezas, pudimos observar a través de las redes sociales actos de falta de probidad desde el punto de vista profesional... pero definitivamente esto impactó emocionalmente a la enfermera.</p>	<p>Tenían mucho temor, mucha angustia, sentían la situación horrible, era impresionante la gran cantidad de muertes y sus condiciones clínicas, se veían consternadas, preocupadas, con una gran carga emocional. Hubo enfermeras que tuvieron que renunciar, porque no podían soportar, o el protocolo que ellos llevaban, y sin saber ellos mismos, que los mismos pacientesían por miedo, por angustia, no porque tuvieran malos sentimientos. Las enfermeras que sobrevivieron al COVID-19 expresaron que su nivel de carga emocional es tremendo, a algunas eso las impulsó, pero en otras hubo incluso según información en redes sociales falta de probidad profesional</p>
COMPASIÓN (SUPERVISOR A)	<p>Para entrar al área COVID había que entrar con el equipo de bioseguridad, y a veces ya estaban vestidas porque estaban asignadas a la guardia, y no querían entrar, porque el miedo no les permitía entrar al área.</p> <p>Cuando un paciente entraba, corría</p>	<p>El miedo era tal que vestidas y preparadas para la guardia se negaban a ingresar, Sentía voces que le hablaban y que la perseguían mientras</p>

	<p>buscando medicamentos, y sentía, que corrían detrás de mí como voces, como algo que me hablaba, como que me gritaba, sentía como un peso que corría detrás de mí, no sé cómo decirle, como...fantasmas pues, eso era, eso era fuerte. Nos afectó mucho emocionalmente, hasta económicamente, porque tuvimos que sacar de nosotros para ayudar a los pacientes que no tenían, incluso también afectó a nuestros familiares, que no querían que nosotros estuviéramos allí.</p> <p>Los profesionales de enfermería cambiaron, muchos se volvieron vulnerables, susceptibles, más humanos, otros se volvieron más fríos, porque ya ver la misma rutina, muertes y más muertes y más y más, ellas dicen ¿qué puedo hacer? Yo creo que, por cada diez enfermeras, 3 se volvieron cínicas, sobre todo afecto a las más jóvenes y con menos experiencia.</p>	<p>iba en busca del tratamiento para el paciente, una especie de fantasmas. Afectó mucho emocionalmente al equipo y a sus familiares, que no querían que fuesen a trabajar. Considera que hubo cambios en los profesionales de enfermería algunos positivos y otros negativos, afecto más negativamente a las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia.</p>
--	--	---

FASE 3: Fenomenología de las Apariencias

Esta fase, permitió comparar los elementos surgidos de las perspectivas de los informantes clave y de los externos, con el fin de ubicar dentro de sus narrativas los temas que permitieron construir la malla temática emergida desde su propia manera de vivir la realidad del fenómeno en estudio y que me sirvió para desarrollar la triangulación, la cual permitió la identificación de las interconexiones entre los significados emergidos de los participantes del estudio y la información previa relacionada con el fenómeno, de acuerdo a diferentes autores.

Contrastando las esencias encontradas.

Se desarrolló, tomando en cuenta la estructura conformada por cada uno de los patrones y códigos expresados en noesis, aportadas por los informantes; evidenciando las esencias coincidentes o no, y posteriormente estableciendo patrones de correlación entre estas y la forma como interpretan circunstancias similares, los informantes y la investigadora acerca de la fatiga por compasión en el profesional de enfermería durante la pandemia COVID-19, con el fin de identificar las relaciones fundamentales entre las esencias encontradas.

MATRIZ DE LAS ESENCIAS

Experiencia durante las actividades de cuidado al paciente en el área COVID-19			
Clave	Externo	Interpretación Eidética	Significante
Fue estresante (Entereza) una experiencia emocional, psicológica y física (Evitación), sentía temor y dudas por desconocimiento científico del manejo adecuado del paciente durante el cuidado (vocación y evitación), fue horrible (entereza), impactante al punto de sentirse diferentes después del COVID-19	Para todos era algo nuevo, afectó el mal estado en que llegaba el paciente, algunos no llegaban a la cama, caían muertos (Admiración, Gratitud). Hubo miedo, angustia, temor, ansiedad e impotencia, por la dificultad al respirar, baja saturación y muerte (Gratitud). Al morir un paciente, los otros caían en crisis de pánico, gritaban suplicando no los dejaran morir, desaturaban y	Fue una experiencia que incluye emociones como temor, ansiedad, angustia, impotencia, dudas por el desconocimiento científico del manejo adecuado del paciente, presenciar el pánico, las suplicas por no querer morir, dificultad respiratoria, desaturación y muerte del paciente, fue una experiencia emocional y psicológica. Algunos morían durante el ingreso, muchos de esas	Tristeza, temor, frustración, Dudas Empatía, Enfermedad, ansiedad, angustia, muerte, emoción, pánico, dificultad respiratoria, baja saturación, llanto

(vocación)	fallecían (Compasión). Había más de 20 muertes en una mañana, todos lloraban y aumentaba el pánico (Compasión), hubo muertes que quedaron grabadas (Admiración). El reto era salir adelante (Gratitud)	muertes quedaron grabadas, algunas se sienten diferentes después del COVID-19.	
------------	--	--	--

Emociones expresadas durante el cuidado al paciente en el área COVID-19			
Clave	Externo	Interpretación Eidética	Significante
Veian como el paciente se deprimía, Se identificaban con esa situación (Vocación Entereza), mientras unas compañeras dabán el todo durante el cuidado, otras consideraban al paciente fastidioso (vocación). Veían morir a muchos personas, entre 10 y 18 en una guardia (vocación, entereza, evitación),	Había mucho miedo a entrar al área, acercarse al paciente, retirarse el equipo (Compasión), hubo ausencias y pánico, el miedo a contagiarse les impedía actuar, tenían temor (Compasión). Mucha carga de trabajo para la cantidad de personal, se terminaba mentalmente agotado (Admiración). Algunos pacientes luchaban durante días, sus familiares les pedían que no se fueran, verlos irse era una gran carga emocional	Las enfermeras sentían la depresión del paciente, se identificaban con su situación de salud, algunas daban el todo, ayudaban al paciente y le servían de apoyo, otras se quejaban de lo fastidioso del paciente. Se veía la sensibilidad, solidaridad y filantropía, pero estaban agotadas física y mentalmente por el exceso de trabajo, y ver morir a tantas personas durante las guardias. Lloraban y sufrían al ver al paciente luchar por días, ver a los	Empatía, tristeza, depresión, Sentimientos, muerte, Agotamiento (físico y mental) Miedo, temor, apoyo, solidaridad, filantropía, llanto. Alegría.

lloraban y sufría (vocación, entereza y evitación), sentían alegría durante el alta médica (Vocación, entereza y evitación)	(Admiración), sobre todo cuando entraban en crisis de pánico (Compasión), las licenciadas se salían para no llorar frente al paciente, era imposible no sentir dolor, parecía una guerra (Admiración). La enfermera era el bastón para no caer, le decía tienes que controlarte, vas a salir de esto (Gratitud). Su mayor alegría, ver al paciente egresar, y hacían sentir al paciente esa alegría (Todos)	familiares pedirles que no se fueran y aun así verlos caer en crisis de pánico y partir, tenían que salir de la sala para no llorar frente al paciente. Su mayor alegría era ver egresar al paciente por alta, celebraban y le hacía sentir esa alegría al paciente	
---	---	---	--

Percepción del trabajo como profesional de enfermería, en el área COVID-19			
Clave	Externos	Eidética	Significante
Sentían que a pesar de lo que hacían, nada era efectivo (Vocación, entereza y evitación), se encariñaban con el paciente y luego este partía (Entereza). Prefiere cumplir con su trabajo manteniendo distancia porque los ayudan, se esfuerzan y se	El miedo era tal, que vestidas (EPP) y preparadas para la guardia, se negaban a ingresar al área. Sentían mucho temor y angustia, era horrible la gran cantidad de muertes. preocupadas, consternadas. Muchas atendieron a sus familiares en el área COVID-19, los vieron sufrir y morir, y les realizaron cuidados pos mortem. Muchas	Pensaban que a pesar de lo que hacían, nada era efectivo, se encariñaban con el paciente y luego este moría. Algunas tuvieron que atender a familiares, verlos luchar por sus vidas, morir y hacerle los cuidados post mortem, afectándole psicológicamente, tuvieron que asistir al psicólogo, pedir reposo e incluso cambiar de área.	Frustración, agradecimiento, Temor, Empatía, sentimientos, Evitación, Resignación, Agotamiento, muerte, efectos psicológicos, Mente rota, Supervivencia, Alucinaciones, Trauma de guerra, reposo, miedo.

<p>mueren (Evitación). Agradecía a Dios por permitirle estar allí y acompañar al paciente (Vocación y evitación) Prefiere dejar todo en manos de Dios (Evitación). Sentía voces detrás de ella y que la seguía como un fantasma (Entereza).</p>	<p>tuvieron que ir al psicólogo por la experiencia de verlos morir, Era similar a un trauma de guerra, algunas dejaron de trabajar en el área, otras renunciaron porque no querían contaminarse. Unas se negaron a dar el cuidado por miedo, por angustia, no por tener malos sentimientos. Tenían una carga emocional tremenda, a unas las impulsó a ser mejores, otras según redes sociales tuvieron falta de probidad profesional</p>	<p>Tenían mucho temor, angustia, pánico, eran horribles las condiciones clínicas, la cantidad de muertes, se veían consternadas, con una carga emocional. El miedo a contaminarse no les permitía brindar el cuidado al paciente, algunas fueron acusadas en las redes de falta de probidad.</p>	
---	--	--	--

Basado en los significantes encontrados tras la contrastación de las esencias, emanadas de las narrativas de los eventos experimentados por los participantes del estudio, surge la siguiente matriz de categorías

MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	CÓDIGO	CLAVES
Viviendo intensamente el cuidado humano (VICHU)	Expresándome a través de las emociones básicas	EATE	Tristeza, frustración, temor, alegría
	Calzándose sus zapatos	CAZA	Empatía Compasión
Evocando la experiencia del cuidado (EVECHU)	Aceptando la enfermedad	ALE	Depresión, diarrea, hipoxia, falta de oxígeno, pánico
	Presenciando la muerte	PREMU	Irse, morir, partir, Dios
	Agradeciendo la supervivencia	AGRASU	Agradecer, Dios
Percibiendo los efectos negativos del cuidado (PENCHU)	Sintiendo lo físico	SINFI	Agotamiento, cansancio, dolor, evitación, depresión, insensibilidad, sentimiento de culpa, alucinaciones, crisis de pánico
	Meditando lo psicológico	MEPSI	

FASE 4: Estableciendo la Constitución Fenomenológica

Una vez organizadas e identificadas las diferencias y semejanzas en las esencias que me llevaron a la construcción de la matriz de categorización que fungen como códigos comunicacionales, esta me permitió encontrar las diversas conexiones semánticas y lingüísticas establecidas en la constitución de los significados que los sujetos tienen con respecto al fenómeno investigado.

Estos significados, fueron descritos más adelante en la matriz de triangulación, que me sirvió para validar y verificar los resultados finales del fenómeno en estudio, además de facilitarme la reinterpretación de la información obtenida durante la indagación de la conciencia y la reflexión de cada una de las unidades estructurales del fenómeno que constituye la significación, en pocas palabras la interpretación de la empatía por compasión, desde la mirada de los profesionales de enfermería que proporcionan cuidados en el área COVID-19.

La constitución fenomenológica como proceso fue tomando forma en mi conciencia hasta llegar a tener una estructura comprensible, debido a que dentro del lenguaje referencial de cada vivencia, pude conocer de primera fuente las percepciones, significados, pensamientos, sentimientos, emociones, deseos y voliciones experimentados por cada informante, lo cual me permitió tener una visión más amplia del mundo del profesional de enfermería durante su experiencia de cuidado humano en el área COVID-19, en pandemia.

TRIANGULACIÓN

CATEGORIA1: Viviendo Intensamente el Cuidado Humano (VICHU)			
SUB CATEGORÍA	INFORMANTE	AUTORES	SIGNIFICADO
Expresándome a través de las emociones	VOCACIÓN: <i>Eso era un pánico...nada fluía...llegar allí era frustrante, sentía mucho miedo. Me alegraba cuando alguno salía de alta</i> EVITACIÓN: <i>tenemos familia, ...hijos... esposo,</i>	<i>Las Emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco) son universales, espontáneas e innatas, indistintamente del lugar al que pertenezca la persona. (38).</i> MIEDO: respuesta ante una amenaza, la cual es	<i>Las enfermeras durante el cuidado humano tenían una gran carga de emociones de miedo como respuesta a la amenaza del virus sobre sus vidas y la de sus</i>

Calzándome sus Zapatos	<p><i>entonces esta ... enfermedad se estaba llevando a la gente... si nos llevamos el virus para la casa, a veces llorábamos, a veces sufríamos. Me preguntaba ¿Qué pasó por qué murió? ¿Qué hice mal? me alegraba con el alta ENTEREZA: Frustración de no poder ayudar al paciente... temor, al paciente, a la enfermedad. Había mucho llanto, eso era todos los días, nos íbamos al cuarto a llorar. Las altas fueron al final de la segunda ola...eso fue una alegría</i></p> <p>VOCACION: Ver a esos familiares con esa cara de desesperación, que no podían estar cerca de sus seres queridos, eso fue muy... marcante. Si ese fuera mi tío lo fuese atendido así. (llanto)</p> <p>EVITACION: Tuvimos que hacer de psicólogo, de familiar, ponernos en el lugar de la persona... ayudando... a salir de su estado crítico,</p>	<p>proporcional a la amenaza (huida o pelea) (37).</p> <p>TRISTEZA: deviene de un suceso desfavorable que causa pesimismo, insatisfacción y tendencia al llanto, el cual, disminuye los niveles de neurotransmisores generados por el miedo o el pánico. (40)</p> <p>IRA: Se produce al sentirse amenazado o frustrado en la consecución de un objeto, aumentando el umbral de irritabilidad. (39)</p> <p>Alegría: respuesta agradable ante sucesos positivos y beneficiosos. (43)</p> <p>Empatía: Ver el mundo a través de los ojos de la otra persona y no ver el nuestro a través de sus ojos, es la capacidad de comprender emocionalmente al otro. (45)</p> <p>Es una herramienta fundamental de la práctica del personal de salud, al permitir diagnósticos y tratamientos más asertivos, por ello es un elemento importante en la calidad de atención (50).</p> <p>Compasión: Sentimiento de gran empatía y pesar que se siente por otra</p>	<p>familiares, Tristeza al ver sufrir y morir a tantos pacientes, por lo que a veces salían del área para llorar.</p> <p>Ira-frustración, impotencia: Sin importar lo que hicieran o el cuidado brindado, igual el paciente moría, la Alegria estuvo presente una vez se iniciaron las altas al paciente, como sobreviviente del COVID-19</p> <p>Veían el sufrimiento del familiar y del paciente a través de su rostro, comprendiendo emocionalmente su situación, su depresión, su temor a la enfermedad y su pánico a la</p>
-------------------------------	---	---	--

	<p><i>emocional, de su miedo, de su afrontación a la enfermedad, a veces compartíamos nuestra comida con el que no tenía.</i></p> <p>ENTEREZA: Los pacientes no tenían acceso a los familiares, (4-6:100... íbamos de sala en sala, nos pasaban las pertenencias... en una bolsa y nos íbamos a ir aseando uno a uno,... buscábamos los medicamentos para los que no tenían.</p>	<p>persona, que se encuentra afectada por un gran sufrimiento y que motiva a aliviar ese sufrimiento a través de la acción (55)</p> <p>Altruismo: Acción que se realiza motivada por la empatía y se da sin esperar nada a cambio (51)</p>	<p>muerte.</p> <p>Superando el propio temor al virus, ellas, empleaban la empatía para conectarse emocionalmente con ellos arriesgando su vida al atenderlos, practicaban la compasión y el altruismo al buscar la manera de satisfacer las necesidades de compañía, alimentación, y medicamentos además de los cuidados post mortem, devenidas por el aislamiento.</p>
--	---	--	---

CATEGORIA 2: Evocando la experiencia del cuidado (EVECHU)			
SUB CATEGORIA	INFORMANTE	AUTORES	SIGNIFICADO
Conociendo la enfermedad	<p>VOCACION:</p> <p><i>La información a nivel mundial de la enfermedad,... de lo agresivo que era el virus, de tanta gente que podía morir, ... si tenía esa enfermedad. (el paciente) trataba, como de escalar la pared ... como buscando aire desesperado. tenían diarrea,</i></p>	<p>COVID-19 fue completamente nuevo, sabíamos que el número de personas infectadas iba a aumentar, pero no tan aceleradamente, se observan síntomas como niveles bajos de oxigenación, diarrea o alteración de la presión arterial. Cuando tienen</p>	<p>El COVID-19 era una enfermedad totalmente desconocida, existía un protocolo de acción emitido por la OMS, que se seguía por igual en todos los pacientes. Los síntomas más comunes fueron dificultad respiratoria, neumonía,</p>

Presenciando la muerte	<p>EVITACIÓN: <i>cuan do decían COVID, la persona decía, me voy a morir. Se encubaba en el pulmón del mejor portador. Era un ensayo y un error. Porque bueno... colócale esto, colócale aquello, hazle esto, hazle aquello, entonces cuando no veíamos el resultado... lo que hacíamos, entonces decíamos, ¿entonces? ¿qué paso?... ¿qué fallo?... que no le colocamos?... que no le hicimos?,</i></p> <p>ENTEREZA: <i>Teníamos que guarnos por el protocolo, todos recibían el mismo tratamiento. a veces conseguíamos al paciente evacuado hasta aquí (señala el cuello) se deprimían... taquicardia, baja saturación, a veces caían en crisis de pánico, se desaturaban más y morían</i></p> <p>VOCACIÓN: <i>las personas se iban (morían), morían como pescaditos, sabes?... como cuando sacas al pez del agua buscando oxígeno hubo entre 10 y 14 muertes en la guardia</i></p> <p>EVITACIÓN:</p>	<p>neumonía y dificultad para respirar se intuban (75)</p> <p>La principal preocupación fue no saber cómo actuar, porque carecían de información respecto a la magnitud de la pandemia, y de si los protocolos de actuación que se estaban implantando servían para protegerse a sí mismas y a los pacientes (74)</p>	<p>desaturación, diarrea, anosmia, ageusia y tos. Lo que más daño causaba al paciente en el área COVID-19 eran las crisis de pánico, con desaturación, que sobrevenían al ver morir a otros pacientes en el área, causándoles la muerte.</p>
-------------------------------	--	---	--

Agradeciendo la Supervivencia	<p><i>muchas personas quedaron en el camino... hay quienes perdieron su mamá, su papá, a su hijo a su esposo, seres queridos que vimos partir,...ver compañeros también allí luchando por su vida. Algunos entraban y ya...les sorprendía la muerte y otros decidían dejar de luchar. Atendíamos a uno y al voltear se moría otro. Pedía a Dios que no se murieran en mi turno. ENTEREZA: hubo muchas muertes entre 14 y 18 muertes por guardia, algunos ingresaban y caían muertos antes de llegar a la cama. ver morir a un paciente porque no tienes toma de oxígeno, te frustra. Al principio me afectaba mucho las muertes, después no.</i></p> <p>VOCACION: <i>Dios mío, tú eres grande, gracias a ti, estoy aquí. Por algo tú quisiste que yo estudiara enfermería. Una paciente que se había ido de alta me dijo: "cuando yo veía que tu entrabas a esa sala yo veía a DIOS", gracias a Dios no me dio COVID. Valió la pena, porque ¿a cuanta gente</i></p>	<p>impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, entre otros. (79)</p> <p>La muerte y el sufrimiento, involucran la experiencia subjetiva del individuo y su trayectoria, así como la construcción intersubjetiva de dichos significados, que a su vez están vinculados con emociones y formas de emocionarse específicas (80)</p>	<p>brindada, el índice de decesos fue alto, el temor de ver tantos muertos alrededor, abrumaba a los pacientes, algunos morían al llegar, algunos morían con crisis de pánico, otros cansados decidían dejar de luchar. Las enfermeras pedían a Dios que no ocurrieran muertes durante su turno.</p> <p>Mantenían una actitud de gratitud, primeramente, con Dios, por la supervivencia no solo de los pacientes sino además de ellos mismos, para ellos Dios existe y consideran que la FE, hace a la mente poderosa.</p>
--------------------------------------	--	--	--

	<p><i>uno ayudo? ¿Cuántos familiares a pesar de que sus seres queridos se fueron, nos agradecieron porque tuvimos allí?</i></p> <p>Evitación: Dándole gracias a Dios primeramente porque a pesar de que estuvimos allí, que presenciamos, que vimos de cierta manera u otra, presenciamos lo que era... la muerte, no la vivimos. La fe hace a la mente poderosa. Bueno señor tú me pusiste ahí por algo, él sabe por qué.</p> <p>Entereza: Cuando se iba destetando... al salir de alta... dábamos gracias a Dios. Algunos pacientes al salir de alta, dejaron mensajes de agradecimiento al personal en un mural.</p>	<p>Esa luz, nace de nuestra relación con Dios y se encarga de iluminar nuestro existir. (82)</p> <p>La Pandemia permitió la recuperación de la práctica de la fe en Dios y de esa manera superar cualquier adversidad (81)</p> <p>En tiempos de difíciles hay personas que sacan a relucir lo mejor de sí mismos, ya sea en lo moral o en lo espiritual, pero siempre movidos por la compasión y el amor a Dios. (83)</p>	<p>Adicionalmente los pacientes y familiares también agradecían al personal por sus cuidados, dejando una nota de agradecimiento en un mural en la entrada de la institución.</p>
--	---	---	---

**CATEGORIA 3: Percibiendo los efectos negativos del cuidado humano
(PENCHU)**

SUB CATEGORIA	INFORMANTE	AUTORES	SIGNIFICADO
Sintiendo lo Físico	<p>VOCACION: <i>decía ¿Qué hago aquí? Hago y hago y no hago nada somos pocos, fuese lo que fuese teníamos que asistir, llegaba a la casa y al acostarme caía rendida</i></p> <p>EVITACIÓN: <i>Fueron muchas experiencias, tanto profesional, emocional, psicológico, físico. Era agotadora la guardia, sentía dolor de espalda, cansancio, me faltaba el aire al subir las escaleras, no teníamos condiciones adecuadas y eran muchos pacientes. algunas compañeras presentaron lesiones en la piel, al llegar a casa caía rendida.</i></p> <p>ENTEREZA: <i>Era horrible... no teníamos descanso ni un segundo. era agotador el trabajo. algunos le tenían temor al paciente, a la enfermedad, ... las enfermeras pedían cambio se iban, no querían volver, ... te agotabas, te cansabas, te tapabas, que faltaba</i></p>	<p>Durante la pandemia enfermería laboró con hacinamiento de pacientes, poca remuneración, largas jornadas laborales, escasos recursos de salud y de personal que aumentó la razón paciente/enfermera (58)</p> <p>Durante la jornada laboral debían hacer un gran esfuerzo para permanecer despiertos debido a la somnolencia. (58)</p> <p>El agotamiento físico del personal sanitario durante la pandemia fue severo afectando su salud y desempeño laboral (56)</p> <p>Los miembros de un equipo de salud deberían poder reconocer que son vulnerables y con ello, comprender que las situaciones de duelo y muerte, así como la empatía que se fortalece en el proceso de cuidado de las personas, pueden afectar su propia salud (79).</p> <p>Debido a los EPIS, enfermería restringía sus necesidades fisiológicas a la mínima frecuencia, para no</p>	<p>Había que asistir a la guardia como fuese, las escasas horas de descanso no eran suficientes para la jornada de 24 horas. El volumen de pacientes y la carga de trabajo provocaban mucho dolor de espalda y agotamiento físico. Para no retirarse los EPIS (traje) restringían sus necesidades físicas (alimentación, micción, evacuación) además de la distancia de los sanitarios, las condiciones inadecuadas del área, más los EPI incrementaban la transpiración, causando afectaciones en la piel.</p>

<p>Meditando lo Psicológico (MEPSI)</p>	<p><i>el aire, las condiciones no había, porque no había aire, eso era horroroso, no podías comer porque te tenías que quitar la ropa, ... no podías orinar, porque te tenías que quitar la ropa para después ponértela y continuar, sin poderte cambiar porque no había agua, no había jabón, no había guantes, no había alcohol, eran tantas carencias. Éramos 4 a 6 enfermeras para 100 pacientes en una guardia, debíamos asear, alimentar y cumplir tratamiento a cada uno.</i></p> <p>VOCACION: Yo soy una antes y después del COVID, ahora soy más sensible más emotiva. Algunas compañeras se volvieron frías, decían que el paciente era fastidioso, actuaban como “igualito se va a morir”, se tornaron insensibles, no cumplían con sus guardias. Al llegar a casa no podía decir nada del trabajo, para no preocupar a mi familia. Yo creo que necesito ir al</p>	<p>retirarlo por miedo al contagio, estos además le terminaban causando lesiones en la piel, como dermatitis (57) Las lesiones en la piel y las lesiones por presión causadas por los EPIs, se convirtieron en posibles puertas de entrada para la infección por el virus. (59) Es importante no solo el cuidado y atención que se brinda a las personas o pacientes, también es necesario abordar el cuidado del cuidador (91)</p> <p>Enfermería es más afectada que otras profesiones debido a su relación directa y frecuente con los pacientes, haciéndola más susceptible al estrés, agotamiento emocional y despersonalización. (59) El estrés emocional puede deberse a la exposición repetida al dolor y al sufrimiento, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, al afrontamiento de muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias y pacientes,</p>	<p>El profesional de enfermería es más susceptible al estrés, agotamiento emocional y despersonalización, debido al cuidado que brinda. Ellas sentían: mucho estrés emocional, temor al contagio y a arriesgar la salud por tan poco sueldo, sumado a los sentimientos de culpa por cada muerte que no pudieron evitar y a la falta de comunicación en el</p>
--	--	--	---

	<p><i>psiquiatra</i></p> <p>EVITACIÓN: Tuve muchas dudas, muchas incógnitas. Pocas veces fueron los momentos que me quebrantaba, de decir que iba a llorar por un paciente que no lo logro, muy poco, porque no soy de ese tipo de persona. Cumplo con mi trabajo, pero a distancia, trato de no involucrarme mucho con el paciente. No había una motivación, no había incentivo, entonces ¿para qué darse mala vida? si me enfermaba, contagiaba a los demás, entonces el sueldo no me iba a dar para costear los gastos, por lo que decidía no ir a trabajar.</p> <p>ENTEREZA: Había mucho llanto, no solo eran las enfermeras, era el paciente, los familiares de algunos, habían familiares que los dejaban allí, y si el paciente fallecía nos encargábamos del cuidado post mortem. Era fuerte,... veíamos la situación de ellos, la situación de nosotros, nosotros llorábamos, nos estábamos enfermando...</p>	<p>a la necesidad de empatía que se genera durante el cuidado (60) Al no comprender la muerte y el duelo desarrollan sentimientos de fracaso, desesperanza, sentir que nunca se hace lo suficiente, perder la compasión, perder la habilidad de empatía y sentir la impotencia de no poder ayudar a los pacientes (61)</p> <p>La Fatiga por compasión es el agotamiento que surge de estar muy apagado emocionalmente a pacientes o familiares. Se refiere a una respuesta ante el sufrimiento de un individuo, personas vulnerables y/o que han experimentado trauma que puede repercutir en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional (61)</p> <p>La falta de trabajo en equipo, el contacto directo con pacientes y una pobre salud mental son condicionantes de riesgo para la fatiga por compasión (62)</p> <p>El cinismo o despersonalización se atribuye a la necesidad de autoprotección, a no dejarse afectar por lo que le sucede al otro, inconscientemente se</p>	<p>hogar para no preocupar a familiares. El pánico les embargaba al extremo de no querer ingresar al área COVID-19 o acercarse al paciente. Algunas adoptaron actitudes negativas evitando involucrarse con el paciente o no llorar, y al morir el paciente exclamaban, “bueno señor, tú sabrás porque te lo llevaste”, siendo vistas por esto, como menos humanas. El cinismo o la evasión fueron mecanismos de protección psicológica, adoptados como barrera entre ellas y lo que consideraban una amenaza. Otras se volvieron más sensibles, más empáticas. Las crisis de pánico por el miedo irracional al contagio y a la muerte, pudieron ser consecuencia del estrés post traumático generado por la experiencia de la fase agónica de los pacientes</p>
--	--	--	--

	<p><i>agotando, eso era todos los días, 12h/7días. Tuve que ir al psiquiatra por las crisis de pánico.</i></p>	<p>crea una barrera entre el profesional y el usuario (62)</p> <p>El pánico es la ansiedad extrema o miedo a la muerte o a la fatalidad, que se presenta en forma súbita y que puede causar pensamientos irracionales, pulso rápido, sudor y dificultad respiratoria (63)</p> <p>El trastorno de estrés post traumático ocurre en personas que experimentan un evento traumático aterrador, como amenaza de muerte (64)</p> <p>La evitación es el mecanismo de afrontamiento utilizado para evitar exponerse a situaciones que generan malestar emocional, temor o inseguridad (65)</p>	<p>durante las guardias. Muchas de estas respuestas consideradas negativas, podrían haber surgido como consecuencia de la fatiga por compasión, la falta de experiencia con la enfermedad y el déficit de mecanismos de afrontamiento psicológico en situaciones similares a las vividas en el área COVID-19.</p>
--	--	---	---

Estructuración de las Categorías

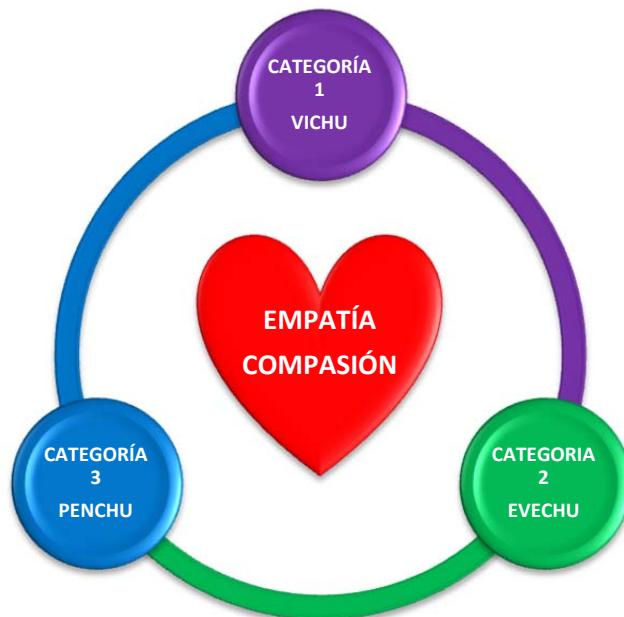
La estructuración es el proceso mediante el cual se relacionan cada una de las categorías hasta llegar al fenómeno de estudio que es el significado surgido, en cuanto a la empatía por compasión, durante la aplicación del cuidado humano de los profesionales de enfermería en el área COVID-19, dándole un sentido lógico y vinculante con todas las categorías hasta conformar el fenómeno de estudio.

Debido al número de entrevistas realizadas se pudo obtener una cantidad de información suficiente sobre las diferentes categorías de análisis, lo cual llevó a establecer el grado de saturación de la información en esta primera etapa de la investigación. La estructuración, establece la esencia principal del trabajo investigativo y establece la integralidad de las categorías o ideas emanadas por la categorización en una imagen representativa del fenómeno en estudio, como una estructura coherente y lógica que le dé sentido y genere credibilidad en la interrelación.

A continuación, se presenta la figura, donde se puede observar cómo confluyen las categorías identificadas durante la investigación, gráficamente las categorías se insertan, integran, valoran e interpretan adecuadamente, la variedad de significados surgidos desde la conciencia de los profesionales de enfermería, en cuanto a la empatía por compasión, durante la aplicación del cuidado humano en el área COVID-19.

PROCESO DE ESTRUCTURACIÓN

DIAGRAMACIÓN DE LAS CATEGORÍAS



FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO

Fuente: María Gallango 2025

FASE 5: Reducción Fenomenológica

El desarrollo de esta fase, me exigió, prescindir de mis conocimientos, prejuicios, teorías o respuestas tentativas, en cuanto al fenómeno estudiado; para poder captar el verdadero significado de la realidad vivida por cada informante.

Representa el despliegue de mi habilidad como hermeneuta de apartar el conocimiento o percepción previa respecto del fenómeno estudiado, para de esta manera poder aprehender de forma correcta la información del fenómeno desde la experiencia de los agentes participantes del estudio.

A esta suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno, se le conoce como el uso de la epojé, lo cual significa que el investigador, debe evitar toda explicación personal acerca del fenómeno objeto de estudio. Para alcanzar el cumplimiento de esta fase, excluí mis conocimientos, prejuicios, creencias y teorías que pudieran influir en la “pureza de la información” aportada por los informantes claves, evitando la subjetividad y poder así garantizar la credibilidad de la información aportada por los sujetos de estudio, como parte del rigor metodológico.

FASE 6: Fenomenología Hermenéutica

Interpretando y Comprendiendo el Fenómeno de Estudio

Esta es la fase de interpretación, en la que se saca a la luz los significados ocultos en el relato de los informantes, tratando de extraer de la reflexión una nueva significación que trascienda los valores superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso. Donde la integración de todos los elementos semánticos particulares de la narrativa, se funden en un nuevo sistema de valores nacidos de una experiencia conjunta, se trata pues, de desentrañar el sentido de los significados a través de la descripción y la interpretación, con el fin de alcanzar la comprensión a través del fenómeno objeto de estudio. (103)

La fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, tiene su campo de aplicación en aquellas situaciones, en las cuales nosotros encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que requieren esfuerzos interpretativos. En tal sentido, posterior a realizar una revisión exhaustiva de las respuestas obtenidas a las diferentes interrogantes propuestas a los informantes, para ubicar los significados idóneos sin dejar ningún elemento fuera de la consideración, esta etapa me permitió, encontrar la relevancia de sólo aquello que fue plenamente vivido por estas profesionales de enfermería, durante la experiencia de laborar en el área COVID-19 durante la pandemia. (100)

Considerada por Galeano como hermenéutica filosófica, esta etapa demuestra, que comprender e interpretar textos, no es solo una instancia científica, sino que pertenece, con toda evidencia a la experiencia humana del mundo. Esto se debe a que tal como lo refiere Gadamer (102), son experiencias en las que se expresa una verdad, que no puede ser verificada con los medios disponibles de la metodología científica. En pocas palabras, la única persona que puede verificar si lo interpretado respecto a la significación surgida de la interpretación de su experiencia, es idónea, es la persona de quien surgió dicha información.

Otro aspecto a considerar, es que, en la hermenéutica, para enunciar algo, se requiere de una respuesta a una interrogante, en otras palabras, a la dialéctica de la interpretación le debe preceder siempre la dialéctica de preguntas y respuestas, lo cual determina la comprensión de un acontecer, es decir, la realidad de la persona con su

mundo de vivencias histórica y lingüística. En tal sentido, en mi condición de hermeneuta, debo ser capaz de valorar e interpretar adecuadamente, la variedad de significados surgidos desde la conciencia de los profesionales de enfermería, en cuanto a la empatía por compasión, durante la aplicación del cuidado humano en el área COVID-19. (101)

Tras el abordaje minucioso de la matriz de categorización, en la triangulación de datos, surgió una exploración interpretativa de los informantes, obtenida del lenguaje como respuesta a la dialéctica de preguntas y respuestas, las cuales me permitieron estructurar la construcción teórica emergida del significado de la fatiga por Compasión del Profesional de Enfermería en la Pandemia COVID 19: Una mirada desde el Cuidado Humano.

Se trata pues, de interpretar el resultado del fenómeno, oculto en las emociones, actitudes y conocimientos aportados por los participantes del estudio y que revelan sus experiencias y estados de ánimo personales, respecto al fenómeno estudiado, durante cada episodio narrado. Como hermeneuta debo tener presente que la fenomenología no crea nada, sino que encuentra, en este estudio el efecto de las emociones del otro no aparece frente a mí, sino junto conmigo.

CATEGORÍA 1: Viviendo Intensamente el Cuidado Humano (VICHU)

Esta categoría trata de la expresión de las diversas emociones surgidas durante la experiencia del cuidado humano en el área COVID-19, por las profesionales de enfermería. La misma se divide en dos subcategorías que se presentan a continuación:

Sub Categoría 1: Trata expresamente de las emociones básicas y se denomina.

Expresándome a través de las emociones: Durante las intervenciones de cuidado las enfermeras tenían una gran carga de emociones tales como: **Miedo** como respuesta a la amenaza del virus sobre sus vidas y la de sus familiares; **Tristeza** al ver sufrir y morir a tantos pacientes, por lo que a veces salían del área para llorar. **Ira-frustración**, impotencia: Sin importar lo que hicieran o el cuidado brindado, igual el paciente moría y **Alegría**: La cual estuvo presente una vez se iniciaron las altas al paciente, como sobreviviente del COVID-19. Evidenciándose en los siguientes relatos:

VOCACIÓN: “*Eso era un pánico” “...nada fluía...llegar allí era frustrante”, “sentía mucho miedo”.* “*Me alegraba cuando alguno salía de alta*”

EVITACIÓN: “*esta ... enfermedad se estaba llevando a la gente” “... si nos llevamos el virus para la casa.”,* “*a veces llorábamos, a veces sufríamos”.* “*me alegraba con el alta”*

ENTEREZA: “*Algunos le tenían temor al paciente, a la enfermedad” “Frustración de no poder ayudar al paciente...”.* “*Había mucho llanto, eso era todos los días, nos íbamos al cuarto a llorar”.* “*Ver morir a un paciente porque no tienes toma de oxígeno, te frustra”* “*Las altas fueron al final de la segunda ola...eso fue una alegría”*

Respecto a estas experiencias es importante reconocer que las emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco) son universales, espontáneas e innatas, indistintamente del lugar al que pertenezca la persona. De estas, tanto el miedo como la ira, aparecen como respuesta a situaciones que el individuo considera como amenaza, dependiendo de la intensidad de la amenaza, el miedo se puede convertir en pánico y la ira puede incrementar el umbral de irritabilidad convirtiéndose en una respuesta menos controlable. (36, 37, 38)

El llanto por su parte, aparece como respuesta a la tristeza y deviene de un suceso desfavorable que causa pesimismo, insatisfacción y tendencia al llanto. Este tiene como función disminuir los niveles de neurotransmisores generados por las situaciones de miedo o pánico, causados en un momento específico y debido a que activa aproximadamente 20 áreas cerebrales (cognitiva, memoria, aprendizaje y emociones) tiende a causar una enorme sensación de cansancio posterior al mismo, generando endorfinas esperanza y fe, siendo la mejor terapia para el estrés, la ansiedad y la angustia. Los adultos tienden a llorar en la intimidad, por lo tanto, se pierde la función social del llanto, que no es otra que pedir auxilio físico y emocional.

(41)

Respecto a la Sub Categoría 2: Esta se refiere al empleo de emociones más complejas, como la empatía y la compasión y se denomina: **Calzándome sus Zapatos:** Veían el sufrimiento del familiar y del paciente a través de su rostro, comprendiendo emocionalmente su situación, su depresión, su temor a la enfermedad y su

pánico a la muerte. Superando el propio temor al virus, las enfermeras, empleaban la empatía para conectar emocionalmente con el paciente, arriesgando su vida al atenderlos, practicaban la compasión y el altruismo al buscar la manera de satisfacer las necesidades de compañía, alimentación, y medicamentos además de los cuidados post mortem, devenidos por el aislamiento.

De allí expresiones como:

VOCACIÓN: “*Ver a esos familiares con esa cara de desesperación, que no podían estar cerca de sus seres queridos, eso fue muy... marcante*”. “*Si ese fuera mi tío lo fuese atendido así*”.(llanto)

EVITACIÓN: “*Tuvimos que hacer de psicólogo, de familiar, ponernos en el lugar de la persona... ayudando... a salir de su estado crítico, emocional, de su miedo, de su afrontación a la enfermedad*”, “*a veces compartíamos nuestra comida con el que no tenía*”.

ENTEREZA: “*Los pacientes no tenían acceso a los familiares*”, “*... íbamos de sala en sala, nos pasaban las pertenencias... en una bolsa y nos íbamos a ir aseando uno a uno*”, “*... buscábamos los medicamentos para los que no tenían*”.

Realmente muchos creen saber que es la empatía, sin embargo, Rogers nos aclara que esta, es ver el mundo a través de los ojos de la otra persona y no ver el nuestro a través de sus ojos. La empatía es la capacidad de comprender emocionalmente al otro; es una herramienta fundamental en la práctica del cuidado humano, al permitir diagnósticos y tratamientos más asertivos, por ello es un elemento importante en la calidad de atención. Por otra parte, la **compasión**, es el sentimiento de gran empatía y pesar que se siente, por la persona que se encuentra afectada por un gran sufrimiento y que nos motiva a aliviar ese sufrimiento a través de acciones como el altruismo (43, 50, 52)

Ser empático y ser compasivo son dos cosas diferentes, puedo sentir empatía por una persona sin ser necesariamente compasivo. Cuando somos empáticos, somos capaces de percibir y sentir las emociones o situaciones de otras personas, sin embargo, ser compasivo incluye el acto de dejarnos llevar por esas emociones y sentimientos emanados de la empatía y actuar en función de procurar el auxilio o ayuda a la persona necesitada. La compasión incluye a la empatía, pero la empatía no incluye a la compasión.

La segunda categoría surgida es: **CATEGORÍA 2: Evocando la experiencia del cuidado (EVECHU)**. Esta categoría está relacionada directamente con los efectos del COVID-19 como enfermedad presentada por los pacientes. Se dividió en tres subcategorías que se muestran a continuación:

Sub Categoría 1: Presenta aspectos relevantes relacionados con el conocimiento que poseían los profesionales, la sintomatología del COVID-19 y su protocolo de cuidado. Se denomina: **Conociendo la enfermedad**: El COVID-19 era una enfermedad totalmente desconocida, existía un protocolo de acción emitido por la OMS, que se seguía por igual en todos los pacientes, los síntomas más comunes fueron dificultad respiratoria, neumonía, desaturación, diarrea, anosmia, ageusia y tos. Lo que más daño causaba al paciente en el área COVID-19 eran las crisis de pánico, con desaturación, que devenían al ver morir a otros pacientes dentro del área, causándoles la muerte.

Apoyado por las siguientes narrativas:

VOCACIÓN: “*La información a nivel mundial de la enfermedad,... de lo agresivo que era el virus, de tanta gente que podía morir, ... si tenía esa enfermedad*”. “*Él (el paciente) trataba, como de escalar la pared... como buscando aire desesperado*”, “*... tenían diarrea*”

EVITACIÓN: “*Cuando decían COVID, la persona decía, “me voy a morir”.* “*Se encubaba en el pulmón del mejor portador*”. “*Era un ensayo y un error. ...colócale esto, colócale aquello, hazle esto, hazle aquello, entonces cuando no veíamos el resultado...lo que hacíamos, entonces decíamos, ¿Entonces? ¿Qué paso?... ¿Qué fallo?... ¿Qué no le colocamos?... ¿Qué no le hicimos?*”,

ENTEREZA: “*Teníamos que guiarnos por el protocolo, todos recibían el mismo tratamiento*”. “*A veces conseguíamos al paciente evacuado hasta aquí (señala el cuello)*”, “*se deprimían... taquicardia, baja saturación, a veces caían en crisis de pánico, se desaturaban más y morían*”.

El COVID-19 fue una enfermedad nueva a nivel mundial, por lo que se desconocía la forma de tratar sus síntomas, la forma idónea de manejar al paciente y evitar complicaciones. Se sospechaba que el número de personas infectadas iba a ir en aumento, pero no tan aceleradamente como se evidencio, se observaron síntomas como niveles bajos de oxigenación, diarrea, alteración de la presión arterial, neumonía y dificultad para respirar, por lo que debían ser intubados para mejorar la saturación. La principal preocupación fue el desconocimiento de los protocolos de actuación que se debían implementar para proteger al personal de salud y a los pacientes, además de la magnitud de actuación del virus. (73,74)

El SARCOV-2 es el séptimo de la familia coronavirus y es el tercero de estos en afectar a los seres humanos, produciendo graves afectaciones neumológicas, es un virus surgido de mutaciones en animales portadores de los CORONA, el cual posee

una molécula en su estructura molecular viral S que le permite mutar y ampliar el tipo de cepas. Iniciado en China, la pandemia se fue expandiendo debido al desconocimiento de la enfermedad, a su poder de virulencia y la falta de protección adecuada tanto de las personas en la sociedad, como del personal de salud dentro de las instituciones de salud.

En cuanto a la Sub Categoría 2: Esta se relaciona con las tasas de mortalidad y su efecto en los profesionales de enfermería. Se denomina: **Presenciando la muerte:** El COVID-19 causó gran cantidad de muertes (entre 10 y 18 muertes en una guardia). Sin importar la atención brindada el índice de decesos fue alto, muchos seres queridos quedaron en el camino, el temor de ver tantos muertos alrededor abrumaba a los pacientes, algunos morían al llegar, algunos morían con crisis de pánico, otros cansados decidían dejar de luchar. Las enfermeras pedían a Dios que no ocurrieran muertes en su turno.

Surgidas de las siguientes expresiones:

VOCACIÓN: “*las personas se iban (morían), morían como pescaditos, sabes?*” “...*como cuando sacas al pez del agua buscando oxígeno*”, “*hubo entre 10 y 14 muertes en la guardia*”

EVITACIÓN: “*muchas personas quedaron en el camino... hay quienes perdieron su mamá, su papá, a su hijo, a su esposo, seres queridos que vimos partir*”, ”...*ver compañeros también allí luchando por su vida*”. “*Algunos entraban y ya...les sorprendía la muerte y otros decidían dejar de luchar*”. “*Atendíamos a uno y al voltear se moría otro*”.

“*Pedía a Dios que no se murieran en mi turno*”.

ENTEREZA: “hubo muchas muertes entre 14 y 18 muertes por guardia”, “algunos ingresaban y caían muertos antes de llegar a la cama.” Al principio me afectaba mucho las muertes, después no”.

Durante el desarrollo de la pandemia, sobresale la vivencia anticipada de la propia muerte y la impotencia ante la muerte del paciente, asociadas al temor a la muerte, verbalizando sentimientos de impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, entre otros. El personal de salud se sentía amenazado de muerte y es que la muerte y el sufrimiento, involucran la experiencia subjetiva del individuo y su trayectoria, así como la construcción intersubjetiva de dichos significados, que a su vez están vinculados con emociones y formas de emocionarse específicas (77,78)

Por otra parte, a pesar de que el ciclo de vida incluye a la muerte, y que todos sabemos que algún día hemos de morir, el miedo a la muerte puede causar efectos muy fuertes en todos los seres humanos. En general el miedo a la muerte puede estar acompañado por ataques de pánico, angustia, y altos niveles de ansiedad, que puede causar como consecuencia síntomas fisiológicos como: cefalea, mareos, dificultad para respirar, insomnio y taquicardia. Algunas veces el miedo a la muerte puede llevar a la resignación al punto de que no les importa vivir, acompañado por depresión. El temor a la muerte también paraliza e impide el actuar, no da oportunidad al razonamiento y se puede convertir en fobia.

En cuanto a la Sub Categoría 3: Esta se refiere a la sensación de agradecimiento por haber sobrevivido a la pandemia. Se denomina: **Agradeciendo la**

Supervivencia: Mantenían una actitud de gratitud, primeramente, con Dios, por su profesión, por la supervivencia no solo de los pacientes sino además de ellos mismos. Para ellos Dios existe y consideran que la fe hace a la mente poderosa. Pero adicionalmente los pacientes y familiares también agradecían al personal por sus cuidados dejando una nota en un mural a la entrada de la institución.

Surgida de respuestas como:

VOCACIÓN: “*Dios mío, tú eres grande, gracias a ti, estoy aquí*”. “*Dios, por algo tú quisiste que yo estudiara enfermería*”. “*Una paciente que se había ido de alta me dijo: cuando yo veía que tu entrabas a esa sala yo veía a DIOS*”. “*Gracias a Dios no me dio COVID*”. “*Valió la pena, porque ¿a cuanta gente uno ayudo? ¿Cuántos familiares a pesar de que sus seres queridos se fueron, nos agradecieron porque tuvimos allí?*”.

EVITACIÓN: “*Dándole gracias a Dios primeramente porque a pesar de que estuvimos allí, que presenciamos, que vimos de cierta manera u otra, presenciamos lo que era... la muerte, no la vivimos*”. “*La fe hace a la mente poderosa. Bueno señor tú me pusiste ahí por algo, él sabe porque*”.

ENTEREZA: “*Cuando se iba destetando... al salir de alta... dábamos gracias a Dios*”. “*Algunos pacientes al salir de alta, dejaron mensajes de agradecimiento al personal en un mural*”.

La gratitud es una actitud que contribuye a la esperanza, la resiliencia y a un mejor afrontamiento de las situaciones críticas, esta tiende a ir acompañada de emociones y sentimientos surgidos tras la conciencia del valor de un bien recibido como consecuencia de la producción de oxitocina, por lo general esto se acompaña de sentimientos de esperanza, como el producido por la fe. La Pandemia permitió la recuperación de la práctica de la fe en Dios y de esa manera superar cualquier adversidad, en tiempos difíciles hay personas que sacan a relucir lo mejor de sí

mismos, ya sea en lo moral o en lo espiritual, pero siempre movidos por la compasión y el amor a Dios. (80, 81,82)

Por otro lado, escuchar de las pacientes expresiones de agradecimiento, les hacía sentir que había valido la pena todo el proceso por el que habían pasado, Procurándoles una sensación de satisfacción por el deber cumplido.

CATEGORIA 3: Esta última categoría nos permite reconocer en los profesionales de enfermería los efectos que surgen como consecuencia de sus experiencias durante el cuidado humano en pandemia. Y se denomina: **Percibiendo los efectos negativos del cuidado humano (PENCHU).** Se divide en dos subcategorías que se presentan a continuación:

Subcategoría 1: Presenta las evidencias de los efectos fisiológicos y sus causas. Se denomina: **Sintiendo lo físico:** A veces no se descasaba, había que asistir a la jornada laboral fuese lo que fuese, a pesar de descansar en la noche y una hora durante el almuerzo, no era suficiente para 24 horas, el volumen de pacientes, la carga de trabajo, provocaba dolor de espalda y agotamiento físico. Para no retirarse los EPIS, restringían sus necesidades físicas; además por la distancia de los sanitarios y las condiciones no adecuadas del área, los EPIS causaban sudoración excesiva produciendo afectación en la piel.

Surgidas de expresiones como:

VOCACIÓN: “*¿Qué hago aquí? Hago y hago y no hago nada*”, “*Yo decía, Somos pocos, fuese lo que fuese teníamos que asistir*”, “*llegaba a la casa y al acostarme caía rendida*”

EVITACIÓN: “*Era agotadora la guardia, sentía dolor de espalda, cansancio, me faltaba el aire al subir las escaleras*”, “*no teníamos condiciones adecuadas y eran muchos pacientes*”. “*Algunas compañeras presentaron lesiones en la piel*”. “*Al llegar a casa caía rendida*”.

ENTEREZA: “*Era horrible... no teníamos descanso ni un segundo. era agotador el trabajo*”, “*... las enfermeras pedían cambio se iban, no querían volver*”, “*... te agotabas, te cansabas, te tapabas*”, “*...que faltaba el aire, las condiciones no había, porque no había aire (aire acondicionado), eso era horroroso, no podías comer porque te tenías que quitar la ropa, ... no podías orinar, porque te tenías que quitar la ropa para después ponértela y continuar*”, “*sin poderte cambiar porque no había agua, no había jabón, no había guantes, no había alcohol, eran tantas carencias*”. “*Éramos 4 a 6 enfermeras para 100 pacientes en una guardia, debíamos asear, alimentar y cumplir tratamiento a cada uno*”.

El agotamiento físico del personal sanitario durante la pandemia fue severo afectando su salud y desempeño laboral, debido a que durante la pandemia enfermería laboró con hacinamiento de pacientes, poca remuneración, largas jornadas laborales, escasos recursos de salud y de personal que aumento la razón paciente/enfermera, estos profesionales, debían hacer un gran esfuerzo para permanecer despiertos debido a la somnolencia generada por el cansancio. (54, 56)

Debido a los EPI (equipos de protección individual), enfermería restringía sus necesidades fisiológicas a la mínima frecuencia, para no retirarlo por miedo al contagio, estos además le terminaban causando lesiones en la piel, como dermatitis, por excesiva sudoración debido a la falta de acondicionamiento en las áreas. Las lesiones en la piel y las lesiones por presión causadas por los EPI, se convirtieron en

posibles puertas de entrada para la infección por el virus. El temor a retirarte los EPI, por no contagiarse les obligaba a soportar mucho más tiempo sin ir al baño y retrasar el horario de comidas. (56, 58)

En cuanto a la Sub Categoría 2: Esta trata de los efectos psicológicos del cuidado humano en pandemia. Se denomina: **Meditando lo Psicológico (MEPSI):** El profesional de enfermería es más susceptible al estrés, agotamiento emocional y despersonalización, debido al tipo de cuidado que brinda. El pánico les embargaba al extremo de no querer ingresar al área COVID-19 o acercarse al paciente, sentían mucho estrés emocional, temor al contagio y había falta de comunicación en el hogar, sumado a los sentimientos de culpa por cada muerte que no pudieron evitar. Había un enorme temor a enfermar y arriesgar la salud por tan poco sueldo.

Algunos profesionales de enfermería presentaron una actitud negativa evitando involucrarse con el paciente y no llorar, y al morir el paciente exclamaban, “bueno señor, tú sabrás porque te lo llevaste” siendo vistas por sus compañeras como menos humanas. El mecanismo de protección psicológico como el cinismo o la evasión adoptada de forma inconsciente les permitía crear una barrera entre ellas y lo que se considera una amenaza. Algunas sienten que se volvieron más sensibles, más empáticas, pero otras frías y cínicas.

Las crisis de pánico por el miedo irracional al contagio y a la muerte, surgen también como consecuencia del estrés post traumático generado por la experiencia de

la fase agónica previa a la muerte, vivenciada en el área durante las guardias. Muchas de estas respuestas consideradas como negativas podrían haber surgido como consecuencia de la fatiga por compasión, por la falta de experiencia con ese tipo de pacientes y el déficit de mecanismos de afrontamiento mental en situaciones similares a las vividas en el área COVID-19, la expresión más notoria es la despersonalización y la evitación como barrera psicológica de autoprotección inconsciente.

VOCACIÓN: “*Yo soy una antes y después del COVID, ahora soy más sensible más emotiva*”. “*Algunas compañeras se volvieron frías, decían que el paciente era fastidioso, actuaban como... igualito se va a morir*”, “*se tornaron insensibles, no cumplían con sus guardias*”. “*Al llegar a casa, no podía decir nada del trabajo para no preocupar a mi familia*”. “*Yo creo que necesito ir al psiquiatra*”

EVITACIÓN: “*Tuve muchas dudas, muchas incógnitas*”. “*Pocas veces fueron los momentos que me quebrantaba, de decir que iba a llorar por un paciente que no lo logro, muy poco, porque no soy de ese tipo de persona*”. “*Cumplio con mi trabajo, pero a distancia, trato de no involucrarme mucho con el paciente*”. “*No había una motivación, no había incentivo, entonces ¿para qué darse mala vida? si me enfermaba, contagiaba a los demás, entonces el sueldo no me iba a dar para costear los gastos, por lo que decidía no ir a trabajar*”.

ENTEREZA: “*Había mucho llanto, no solo eran las enfermeras, era el paciente, los familiares de algunos*”, “*habían familiares que los dejaban allí, y si el paciente fallecía nos encargábamos del cuidado post mortem*”. “*Era fuerte,... veíamos la situación de ellos, la situación de nosotros, nosotros llorábamos, nos estábamos enfermando... agotando, eso era todos los días, 12h/7días*”. “*Tuve que ir al psiquiatra por las crisis de pánico*”.

Debido al tipo de intervenciones de cuidado de relación directa y frecuente con los pacientes que ejecuta el personal de enfermería, esta es más afectada que otras profesiones, haciéndola más susceptible al estrés, agotamiento emocional y despersonalización.(58) El estrés emocional puede deberse a la exposición repetida al

dolor y al sufrimiento, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, al afrontamiento de muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias y pacientes y a la necesidad de empatía que se genera durante el cuidado (59)

Al no comprender la muerte y el duelo, ocurridos en algunos pacientes, desarrollan sentimientos de fracaso, desesperanza, sienten que no hicieron lo suficiente, puede generar perdida de la compasión, de la habilidad de empatía y la impotencia de no poder ayudar a sus pacientes. Esta respuesta ante el sufrimiento de un individuo, de personas vulnerables y/o que han experimentado trauma, puede repercutir en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional de enfermería, aunado a la falta de trabajo en equipo, el contacto directo con pacientes terminales y una pobre salud mental son condicionantes de riesgo para la fatiga por compasión (59, 60)

Por otro lado, el pánico es la ansiedad extrema o miedo a la muerte o a la fatalidad, que se presenta en forma súbita y que puede causar pensamientos irrationales, pulso rápido, sudor y dificultad respiratoria, que puede devenir de un estrés post traumático, el cual ocurre en personas que experimentan un evento traumático aterrador, como amenaza de muerte. Otra de las respuestas que se pueden observar en los profesionales de enfermería que han presenciado una condición de estrés post traumático es la evitación, la cual es el mecanismo de afrontamiento utilizado para evitar exponerse a situaciones que generan malestar emocional, temor o inseguridad (62, 63, 64)

MOMENTO V

TEORIZANDO EL SIGNIFICADO DE LA COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL CUIDADO HUMANO EN EL ÁREA COVID-19 EN PANDEMIA

A continuación, se presenta la construcción teórica de esta investigación, la cual surge de los significados emergidos durante las entrevistas efectuadas a los informantes clave. Aportes que servirán de base estructural para la integralidad ontológica, axiológica y epistemológica del contenido a conformar, tras la interpretación de las vivencias emocionales del profesional de enfermería, incluidos sus efectos. Estas contribuciones servirán para crear nuevas bases de conocimiento para los estudiantes de enfermería, enfermeras (os) y docentes de enfermería, pues aportan información que emerge de los propios protagonistas tras un suceso inédito, como la pandemia por COVID-19.

Desde el punto de vista ontológico, es necesario recordar que la ontología como ciencia, busca la comprensión general del ser y hace referencia a la interpretación de lo que significa “SER” humano; entendiéndose como un ser lingüístico, y que la lingüística se convierte en la clave para comprenderlo, por lo

cual, la ontología reconoce que existen tres dominios que lo estructuran, que están estrechamente relacionados, cada uno con su respectiva autonomía y coherencia.

Las emociones son uno de los tres dominios primarios que conforman al ser humano, junto con el lenguaje y el cuerpo y cumplen un rol vital, debido a que afectan de forma importante a los otros dos. Las emociones son respuestas fisiológicas y psicológicas que experimentamos en relación con los estímulos que recibimos de nuestro entorno, por lo que afectan nuestros estados de ánimo, y estos a su vez, influyen en nuestro comportamiento y relaciones interpersonales. (116, 117)

Las emociones afectan a nuestro lenguaje, pero a su vez, el lenguaje nos permite expresar nuestras emociones y en función de esto, nos comunicamos de forma positiva o negativa con el medio ambiente que nos rodea. Sin embargo, como expresa Díaz (117), las emociones en sí mismas, tienen su propia forma de comunicación. Al lenguaje de las emociones, que básicamente es gestual, se le conoce como paralenguaje, el cual se expresa por gestos faciales y guarda mucha relación con el tono de voz. El paralenguaje, no solo permite la expresión de la emoción de quien la siente, también permite al espectador, poder distinguir la emocionalidad del emisor e incluso observar si la persona está diciendo la verdad o disfrazándola.

La lingüística según Soriano (118), juega un papel fundamental en las ciencias afectivas, e influye en las emociones y viceversa, pero ambas sobre el cuerpo. Un ejemplo de ello es ver a una persona hacer puchero al intentar inhibir el llanto, esto despierta en el espectador la emoción tristeza e incluso al activar las neuronas

espejos, puede que termine haciendo pucheros o llorando. Tal como sucedió con las enfermeras dentro del área COVID 19, al ver a los familiares y compañeros de trabajo llorando tras la muerte del paciente, la respuesta del cuerpo les permitió compartir la emocionalidad, y a través de la observación del paralenguaje interpretar lo que estaba sintiendo el otro.

En cuanto a la corporalidad, a través del cuerpo se desarrolla toda la gama gestual que permite la expresión del lenguaje de las emociones, sobre todo las básicas, incluso antes de ser consciente de sentirlas, la persona puede expresarlo motrizmente, (huida-paralización), hormonalmente (transpiración) o neurovegetativamente (taquicardia). Las emociones básicas estimulan al cuerpo a reaccionar ante el estímulo percibido (miedo, tristeza, asco, ira, alegría) generando una respuesta, que va a depender de nuestras creencias y actitudes.

Una creencia según López M, referida por Soriano (118), es una unidad de pensamiento o célula cognitiva, que contiene información necesaria para repetirla siempre, por lo que afecta a todo el sistema de pensamientos, emociones, sentimientos y acciones y a los fenómenos perceptivos en general. Para Molina (119), las creencias son afirmaciones, convicciones profundas basadas en nuestra manera de ver el mundo, en pocas palabras son el fundamento de nuestros pensamientos. Es por ello, que nos comportamos según lo que creemos, actuamos de acuerdo a como somos y somos de acuerdo a como actuamos, la acción genera el SER; los comportamientos, creencias y emociones se retroalimentan.

Desde este punto de vista, se interpreta de las narrativas de las informantes, que, durante el desarrollo de las actividades de cuidado humano, surgieron emociones básicas negativas (miedo, tristeza, ira) que posteriormente se volvieron complejas, produciendo expresiones lingüísticas y corporales, que en algunas oportunidades se convirtieron en actitudes que se oponían a sus creencias y a sus principios éticos. Tras la sensación de amenaza percibida durante la exposición al virus y a la muerte de forma constante, continua y frecuente, su respuesta corporal y lingüística ante estas emociones negativas, fue el llanto incontrolable y una enorme sensación de cansancio físico y psicológico.

La formación de pregrado, nos enseña que el ser humano es un ser individualizado, que requiere de cuidados específicos e individualizados y que no todos pueden ser manejados o tratados de la misma manera. El choque de sus creencias profesionales (“el deber ser”) con la realidad de la pandemia causada por el SARS-COV-2 (completamente desconocido), exigía de atención estandarizada por la OMS, de un protocolo aplicable a todos los pacientes por igual, con lo cual dudaban de la idoneidad de sus intervenciones, sintiendo que tal vez ellas pudiesen tener parte de culpa en esas muertes.

En cuanto a los protocolos de protección para el personal, estos se enfocaron principalmente en el área biológica, obviando el elemento psicosocial. La falta de información de la patología, obvia en el protocolo, el componente psicológico y sus efectos. No es un secreto, que las emociones suelen ir acompañadas de reacciones físicas, como sudoración en las manos, tensión en la mandíbula, incremento de la

temperatura corporal y que muchas de estas reacciones son detectables, pero, otras pueden pasar desapercibidas o confundirse entre tanta situación de estrés laboral y en la que una mala gestión emocional pudo desembocar en afectaciones importantes de la salud tanto física como mental, en estos profesionales de enfermería.

Otro aspecto a considerar fue la excesiva carga laboral, que les generaba tensión muscular; esto, sumado a la auto restricción de la satisfacción de sus necesidades físicas, para no tener que retirarse los EPI, por temor a contagiarse), causó ira, ésta pasó a frustración, luego a miedo y el miedo se transformó en pánico, impidiéndoles a algunas, ingresar al área, aun después de colocarse los EPI. No querían morir; sentían temor a enfermar, a contagiar a familiares, más que a morir a la forma de morir. Pero, por si fuera poco, nada de este temor lo podían compartir con sus familiares, para no preocuparlos aún más. Estas emociones causadas por necesidades orgánicas interna o externamente les embargaban y sus respuestas los perjudicaban. (120)

En este sentido, las emociones actúan como sensores de que algo se ha modificado, de que hay una perturbación de la “normalidad” y aparecen como motivadores para la acción y la movilización de recursos en la persona. De allí que, algunas de estas profesionales, evitaran involucrarse emocionalmente con pacientes y familiares, volviéndose cínicas, evitativas, creando barreras psicológicas, ante todo aquello que significaba una amenaza para su equilibrio emocional, sobre todo en enfermeras jóvenes con poca experiencia y posiblemente déficit de mecanismos de afrontamiento mental.

Al respecto, Vásquez (121) expresa, que para Sartre, la emoción es una transformación del mundo, cuando un ser humano se encuentra ante un mundo urgente y difícil no puede dejar de actuar, porque incluso la evasión es una actitud en la que se elimina artificialmente el problema. Los seres humanos, constituyimos nuestra identidad desde la alteridad, en función de la mirada del otro, quien nos objeta, el que nos mira y al que miramos, en consecuencia, somos seres para otros, como diría Wilde O, “Solo los hombres superficiales no juzgan por las apariencias”, de allí que entre las informantes se observe expresiones de preocupación por actitudes de apatía, cinismo o despreocupación entre sus compañeras después de la experiencia con el COVID-19. (121)

Desde el punto de vista axiológico, debemos recordar que la axiología es la rama de la filosofía que se encarga del estudio de la naturaleza de los valores, siendo estos, quienes dan sentido y coherencia a las acciones humanas, a través del uso de los valores morales, éticos, estéticos y espirituales, en pocas palabras al comportamiento axiológico. Con lo que se entiende que la axiología tiene un impacto sobre la realidad inmediata del sujeto que la procesa y esto se evidencia mediante el comportamiento (122)

Los estudios neurocientíficos de los Vogt, han demostrado que los seres humanos nacemos con las condiciones orgánicas que apoyan la educación moral (cerebro moral) y que es a través de la cultura (normas, creencias y actividades sociales), que aprendemos los códigos particulares que prescriben nuestra conducta moral específica, de allí que la moral agrupa un complejo de representaciones

mentales, vinculadas con procesos de aprendizajes para acompañar a las emociones (recompensa/castigo). Para Hume, referido por Barrio (123), la moralidad era más sentida que pensada, es decir implica emociones, por lo que entonces el **DEBER SER** sigue el curso de las intuiciones y emociones. No se trata solo de hacer el bien, sino además evitar hacer el mal, no era solo actuar, sino hacerlo bien.

Las emociones guardan relación con la responsabilidad a nivel comunitario, tienden a bifurcarse entre la valoración que tienen para existir y la acción que son capaces de desencadenar; el profesional de enfermería tiene cierta capacidad de control sobre ciertas emociones, no así de sus acciones, porque axiológicamente estas son reguladas a través de normativas sociales e institucionales. Socialmente se esperaba que las enfermeras, estoicamente se mantuvieran firmes y ecuánimes durante el cuidado del paciente en la pandemia COVID-19, aunque tras la influencia de sus emociones lo que ellas querían hacer era estar lo más distante posible de esa área y salvaguardar su bien más preciado, la vida.

Todo esto me hace reflexionar sobre la naturaleza dicotómica del ser humano, y su lucha constante entre la emocionalidad y la racionalidad, el tener en cuenta, que para enfermería lo más importante es el paciente (lo moral) y al mismo tiempo sentir como ser humano, que debía proteger lo más importante para ella como persona, su vida, tremendo dilema. Tal vez por ello, en algunas prevaleció la empatía y la consecuente compasión, que les impulsaba a superar su propio temor al virus y a la muerte. Por lo que ponían en riesgo sus vidas para procurar a los pacientes, adecuados cuidados paliativos, empleando el altruismo.

Acá estamos frente a dos teorías, la intuicionista que se fundamenta en que la condición axiológica es inmutable y objetiva, aprehendida por la intelectualidad y que justifica al juicio moral como un hecho “*sui generis*”(124), y la estimativa, para Sheler, referida por Barrio (124), la facultad para captar los valores, donde percibir el valor es sentirse atraído por él, según su polaridad; donde los valores se condicionan a través de las emociones en sentido estético, siendo un proceso alejado al intelectual, es por ello que el lenguaje es el mecanismo que hace a las emociones accesibles al conocimiento.

Uno de los aspectos axiológicos más relevantes fue el agradecimiento, el cual estuvo enmarcado por un espectro mítico religioso, observándose como los sujetos de la investigación, agradecían a Dios por protegerlas, por permitirles haber escogido a enfermería como profesión, por haber podido ayudar a muchos pacientes, por su propia supervivencia y la de aquellos que lograron superar la enfermedad.

La gratitud es un valor y una emoción, la cualidad que consiste en apreciar los aspectos no materiales de la vida, reconocer que los demás desempeñan un papel importante en nuestras vidas, es una habilidad esencial para lograr el autoconocimiento y la autogestión. La gratitud, está relacionada con una mayor capacidad de empatía, de compasión y solidaridad, con el fortalecimiento del sistema inmune, con el optimismo; contribuye con la esperanza, la resiliencia y el afrontamiento a la crisis (como las pérdidas y el estrés), aumenta los neuroquímicos esenciales (como la dopamina, oxitocina y la serotonina). (84)

Desde el punto de vista teológico, cuando el cristiano experimenta que su vida reposa en manos de Dios, su existencia se transforma en acción de gracias y es entonces cuando este, se hace consciente de la necesidad de orientarse al amor al prójimo, especialmente al más necesitado, haciendo presente el valor y las emociones estéticas. La carta a los Colosenses, no trata de invitarlos a dar gracia; va mucho más allá, vivir en agradecimiento, es más bien considerado como un estado de la mente y del corazón, provocado por la gracia de Dios. (125)

Emmons referido por Rodríguez (126), señala que la gratitud surge de dos etapas de procesamiento de la información: afirmar (valorar aquello que recibimos) y reconocer (agradecer al que nos lo da). La actitud de agradecimiento es la capacidad de sentirse agradecido sin importar las circunstancias; la gratitud no es solo un interruptor que activamos cuando la vida va bien, también enciende una luz en la oscuridad, cuando las cosas no van tan bien como esperamos.

En cuanto al sentimiento de culpa, éste, ejerce un papel esencial en la toma de decisiones morales y éticas y sirven de motivación hacia conductas apropiadas socialmente; surgen cuando la persona percibe que sus acciones e incluso sus pensamientos e intenciones han violado sus propias normas morales o éticas. Cuando este sentimiento es sano, es una emoción constructiva, que motiva a reconocer las acciones erróneas, asumir la responsabilidad y enmendarlas. Cuando se vuelve excesiva o irracional puede tener efectos perjudiciales en el bienestar mental y emocional, manifestándose como culpa crónica o incluso contribuir con trastornos como la ansiedad y la depresión. (127)

Este sentimiento, se puede dar tras la sensación de no ser suficiente, de no estar preparado, de no estar a la altura de las circunstancias, de ser egoísta, de no estar haciendo lo correcto, incluso de no poder quejarse de una situación específica; situaciones estas, que estuvieron presentes en los profesionales del cuidado humano. De allí, que el cuidado humano se centra en la persona y sus características, por lo que al aplicarlos se debe tomar en consideración el valor del paciente como persona, pero también tus propios valores y principios éticos como profesional de enfermería.

(128)

El cuidado humano debe estar basado en la confianza, la ayuda, la comunicación y la empatía; de eso depende lo que se proporcione al otro (dignidad, humanidad, integridad y el respeto a su condición humana), pero al mismo tiempo, refleja lo que se da así mismo. El cuidado humano en la otredad, es una oportunidad para ser mejores personas y mejores profesionales, porque, aun cuando escuchamos que “No hay nada que hacer por el paciente”, sabemos que es en esa condición, en la que tenemos mucho más que hacer por éste.

Desde el aspecto Epistemológico, Ugas, en Rodríguez y Bustamante (129), refiere, que la epistemología es la ciencia que estudia el fenómeno del conocimiento humano y el modo en que el individuo actúa para desarrollar sus estructuras de pensamiento; lo cual incluye su realidad, costumbres, tradiciones y cotidianidad, no solo desde su espectro social, sino también profesional, pero, y he aquí la relevancia, siempre fundamentado en lo científico, validando el conocimiento a través de un método. De allí que cada profesión tenga un enfoque único y organizado para el

desarrollo del conocimiento, que dirige hacia la investigación y que la distingue de los demás campos de estudio, permitiéndole mantener y ampliar el aprendizaje y seguir el desarrollo cognitivo de las perspectivas teóricas de dicha profesión. (130)

Lo anteriormente mencionado, impulsa el pensamiento y la comprensión de la profesión, permitiéndonos iniciar desde los elementos abstractos hasta alcanzar los elementos concretos que validan las afirmaciones de nuestro conocimiento disciplinario. Las intervenciones de enfermería se fundamentan en la ciencia del cuidado, con su conocimiento racional, sistemático, exacto, fiable y verificable; avalado por la investigación científica y el análisis lógico, cuyo objetivo radica en la creación de modelos y teorías que proporcionan marcos de referencia para perfeccionar la práctica diaria, a través de la descripción, predicción y el control de los fenómenos de interés disciplinarios. (131,132)

La conceptualización de nuestra disciplina como arte, enfatiza el acto de brindar cuidados, haciendo énfasis en poner en uso, el cúmulo de conocimientos que sustentan y fundamentan el actuar profesional de enfermería. En este sentido, el arte de enfermería radica en el conocimiento práctico, en la relación interpersonal y en la utilización de técnicas y procedimientos, que le permite llegar a la realización personal y profesional. Las vivencias del personal de enfermería en el área COVID-19 fue de naturaleza empírica, experimental, basada en la interacción entre el profesional, el paciente y el SAR-CoV-2. (133)

Boykin y Schoenhofer, en Rengifo (133), concuerdan, en que las situaciones de enfermería consideradas como las experiencias de vida compartida entre la

enfermera y los usuarios, son el arsenal del conocimiento enfermero, debido a que permiten reflejar el actuar y la terapéutica del cuidado, para lo cual es imprescindible la adquisición apropiada del conocimiento; que sirve para aportar herramientas idóneas para la intervención asertiva del paciente, pero que además le permite a cada profesional aprender y aprehender la información necesaria para adaptar y regular su conducta profesional, convirtiéndose en el reflejo del marco epistemológico de enfermería.

Sin lugar a dudas las expresiones lingüísticas y corporales generadas por los profesionales de enfermería durante sus intervenciones de cuidado, forman parte integral e importante de la terapéutica empleada por estos profesionales, por lo que su regulación o idoneidad, son significativas durante la acción de cuidado. De allí que algunas investigaciones, concuerdan en la necesidad de una preparación puntualizada, dirigida a las emociones y a la capacidad para desarrollar habilidades sociales y comunicativas, que sirvan de ayuda a los profesionales de enfermería para sostener su accionar dentro del campo laboral, evitando conductas que puedan limitar el desarrollo profesional e implicar conflictos emocionales.

Lo anteriormente mencionado, apunta a la relevante significancia de que los profesionales de enfermería desarrollen sus habilidades cognitivas, técnicas y emocionales, pensadas y razonadas, para la aplicación del cuidado humano, con calidad y calidez; lo que le permite actuar de forma que pueda sentir los problemas y necesidades de los pacientes desde una óptica integral, que requiere tener equilibrio

emocional, para el control de sus emociones, con habilidades para gestionar los conflictos o dilemas que se puedan presentar dentro de las áreas hospitalaria.

Al respecto Rengifo (133), refiere que las emociones, se presentan como un fenómeno evidente dentro de la práctica de enfermería en el contexto hospitalario, estas emociones son impulsadas por factores intrínsecos y extrínsecos, que interfieren en las reacciones, el autocontrol y el equilibrio emocional del enfermero(a), pudiendo alterar su actuación frente a situaciones críticas o complejas, que se presentan con los pacientes, mermando parcial y momentáneamente su afrontamiento en la toma de decisiones para el cuidado humano, por lo que deben tener preparación previa, acerca del manejo de las emociones, con el fin de mantenerse equilibrados, al enfrentarse a situaciones estresantes en el campo laboral.

La praxis de enfermería requiere del conocimiento empírico para recoger la información relevante para el cuidado del paciente, es decir, de la observación constante de las circunstancias o situaciones presentes en el medio ambiente que rodea al paciente, de la experiencia adquirida a través de la praxis y del uso adecuado de los sentidos (ojo clínico). Este se nutre de la interacción y de la empatía, permitiendo a cada profesional de enfermería reconocer la otredad, y establecer las relaciones terapéuticas significativas, sin embargo, requiere de mucho más que eso para poder desarrollar el proceso de enfermería.

Es por ello que Carper en Escobar (134), plantea que enfermería como disciplina posee cuatro patrones de conocimiento: el empírico (la ciencia), el estético (el arte), el personal (conocerse a sí mismo y al otro) y el ético (lo moral), Villalobos

lo secunda expresando que estos patrones de enfermería, son elementos indispensables de fundamentación para el desarrollo del conocimiento y de la práctica, que se expresan de manera íntegra entre ellos y permiten la expresión del cuidado y de las intervenciones de enfermería de forma holística. Entendiéndose con esto, que la adquisición del conocimiento enfermero, parte de la vivencia de un fenómeno específico de salud y la experiencia adquirida durante las intervenciones desarrolladas durante el mismo.

De estas experiencias, se generan las necesidades de conocimiento científico, que permiten la organización y clasificación idóneas del conocimiento de enfermería, por ello, sus modelos y teorías explican los hechos y nos revelen nuevas perspectivas de abordaje del proceso salud enfermedad. En cuanto al patrón estético, es una experiencia, que se genera de la proyección discursiva del lenguaje y por ende de la comunicación, la creatividad, la empatía y la relación terapéutica. Es el holón de enfermería, que le permite expresarse como un SER humano, con sus acciones, intervenciones y actitudes, como respuesta a las necesidades, ante otro SER. La estética en el cuidado, implica no solo el empleo del conocimiento científico, sino avalar el empleo de acciones que garanticen el bienestar del paciente.

Es por ello, que la empatía es el elemento rector de las acciones estéticas del cuidado, porque le permite identificar y entender diversas formas de percibir la realidad, para proveer y satisfacer de forma efectiva los cuidados que proporcionan como mecanismo compasivo. Sin embargo, para ello amerita el desarrollo adecuado del patrón de conocimiento personal, puesto que este va, desde lo intrínseco de su

propio ser y su continuo crecimiento personal, el desarrollo de la autenticidad y la comprensión del SER, lo cual le permitirá ser congruente y coherente con su profesión.

El patrón ético, es el vector que mantiene siempre presente el DEBER SER, permitiendo normar su conducta y mantener presente los principios de bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia). En pocas palabras implica el tener siempre presente las diferentes filosofías para poder responder, ¿Qué es lo bueno?, ¿Qué es lo justo? y ¿Qué es lo correcto? Durante las intervenciones de cuidado. De allí que los informantes claves, en algún momento durante sus intervenciones, se hicieran estas mismas preguntas tras presenciar la muerte de cada paciente.

Sin lugar a dudas el desarrollo del conocimiento disciplinario de enfermería, florece como una expansión de lo epistemológico que surge de lo ontológico, desde la esencia del ser, donde el profesional de enfermería busca reconocer lo conocido y encontrar sentido a lo que se conoce; es encontrar la forma de saber ¿qué tanto sabe de sí como ser humano? y si se puede interpretar correctamente al otro, siempre tomando en cuenta la ética y la moral. Para ello, debe entender la relevancia del deber conocer, lo cual puede crear conflictos de conciencia, por lo que necesitará autorreflexión y juicio sobre la moralidad, de cada una de sus intervenciones o acciones disciplinarias.

En esa búsqueda estética de su esencia como persona y como profesional de enfermería, se requiere ir más allá y encontrar sentido en su sensibilidad, a través de

la compresión de los actos más simples, más sublimes, más nobles. Cada uno de estos patrones individuales del conocimiento, permiten adquirir conocimientos específicos que, sin lugar a dudas, requiere la simbiosis para que el conocimiento sea completo, por lo que cada profesional debe permitirse avanzar desde lo ontológico, pasar por lo axiológico hasta llegar a lo epistemológico, permitiendo la aprehensión del elemento filosófico creativo, expresivo y evaluativo del conocimiento, pero manteniendo presente, que este siempre está sujeto a cambio y a revisión.

Los profesionales de enfermería en el área COVID-19, revelaron que a pesar de que la patología causada por el SAR-COV-2 era desconocida, la observación y las vivencias directas les proporcionaron, información expedita durante las intervenciones de cuidado, permitiéndoles aplicar intervenciones con habilidades basadas en la evidencia y en su razonamiento lógico. Cada vivencia, fue una invitación al empleo eficiente del cuerpo de conocimiento teórico adquirido durante el pregrado y sus experiencias previas, para poder comprender la situación compleja de salud producida por la pandemia y de esa manera tomar decisiones, fundamentadas en datos y prácticas anteriormente ejecutadas y probadas.

El conocimiento surgió como respuesta del ajuste entre las emociones sentidas por el profesional de enfermería y la responsabilidad del deber ser, con la consecuente priorización de la puesta en práctica de las normas y principios morales, con el fin de satisfacer las necesidades y generar la sensación de bienestar en el paciente, aun en su lecho de muerte. Sin embargo, algunas emociones (miedo) y sus

respectivas expresiones físicas y psicológicas, impidieron al profesional de enfermería responder congruentemente con sus principios éticos profesionales.

En su afán de conocer al paciente y a la patología, le toco aprender, no solo a tratar al paciente, sino además a reaccionar y actuar en función de las evidencias de cada caso; entre estas evidencias las más resaltantes fueron, los efectos de la sintomatología de la enfermedad, presenciar las reacciones físicas y psicológicas del paciente previo a su muerte, o al presenciar la muerte del otro.

Pero, además, reconocer en sí mismos, una serie de síntomas y signos como resultado de los efectos negativos de la práctica del cuidado, al poner en juego sus emociones, empatía, compasión y altruismo, para evitar la muerte de pacientes, sin obtener resultados favorables como crisis de pánico, agotamiento físico y mental, cambios en la personalidad, las alucinaciones y paranoias entre otras.

Campos y Cols. (53), refieren que comprender lo que le sucede al paciente, entender los significados de sus situaciones y vincularnos a su malestar genera dolor en el profesional. De allí que para Figley, en Leal y Rodríguez (135) la fatiga por compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás. Emplear nuestra capacidad de escucha, vinculándonos a personas que sufren psíquica, física o emocionalmente, nos causa desgaste físico, desgaste emocional y agotamiento de las capacidades y competencias profesionales.

En pocas palabras, si un profesional experimenta dicho fenómeno, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus clientes, se ve gravemente

disminuida. Figley y Sabo en Gómez (136), hacen referencia a un inicio brusco (agudo) en el cual podemos identificar tres momentos: a) Discomfort por Compasión, con la aparición de síntomas que provocan el cambio hacia el malestar; b) Estrés por Compasión en progresivo aumento, superando los umbrales de tolerancia y, c). Fatiga por compasión. En conjunto, los signos de la fatiga por compasión se estructuran en tres ejes coincidentes con los del estrés traumático secundario: la hiperactivación, la evitación y la re-experimentación.

Del Significado a la Teoría

Este estudio, revela la interacción crítica entre los dominios del ser humano: el lenguaje, el cuerpo y las emociones, y cómo estas, se manifiestan en la praxis del cuidado. El análisis final del significado de la compasión del profesional de enfermería durante el cuidado humano en el área covid-19 en pandemia, me permite desarrollar una creación metacognitiva, que se convierte en el nemesis de mi producción intelectual, la Teoría de la **Resonancia Empática y Cuidado Humano Compasivo (RECHUCO)**.

Esta teoría, revela que la práctica de enfermería es un acto intrínseco donde el conocimiento, la empatía y la moralidad se fusionan durante la praxis profesional, pero, sin lugar a dudas, requiere una preparación emocional robusta para evitar el desgaste y garantizar un cuidado humanizado y compasivo, que permita al profesional de enfermería, ejecutar sus acciones de forma efectiva y eficaz, al mismo tiempo que emplea su lenguaje, su corporalidad y sus emociones.

Al mismo tiempo, proporciona un marco conceptual para comprender cómo la capacidad fundamental de la enfermería (la empatía), puede, bajo condiciones extremas y sostenidas, transformarse en un factor de riesgo para la salud mental del profesional, restando sus capacidades y habilidades para el cuidado. La información, análisis y reflexión de este estudio, servirá para sentar las bases, para la investigación y el desarrollo de intervenciones preventivas y de manejo dirigidas a proteger el bienestar del personal de enfermería, asegurando así la sostenibilidad del cuidado humano de calidad.

Elementos Metacognitivos de la Teoría RECHUCO

1. **Persona:** El ser humano como persona es un ser holístico e integral, una compleja interconexión de lenguaje, cuerpo y emociones, que lo lleva a ir más allá de la mera entidad biológica; es, un individuo en constante interacción con su entorno, experimentando sufrimiento, alegría y un espectro de emociones. En este modelo, la persona no solo es el receptor del cuidado, sino también un participante activo, con una narrativa personal que el enfermero debe comprender para ejercer la compasión.
2. **Salud:** La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar integral que incluye el equilibrio físico, mental, emocional y social. Este modelo considera que la salud es un proceso dinámico, en la que el rol de la enfermería es ayudar a la persona a alcanzar y mantener este equilibrio,

especialmente en situaciones de vulnerabilidad o estrés extremo; sin olvidar su propia vulnerabilidad en situaciones específicas, como en una pandemia.

3. **Entorno/Situación:** El entorno es el contexto donde ocurre la interacción de cuidado, abarca el espacio físico (p. ej., una sala de hospital), las condiciones sociales (p. ej., el aislamiento de un paciente COVID-19), y las circunstancias emocionales (p. ej., el miedo y la incertidumbre). El modelo destaca que el entorno no es neutro; puede intensificar o mitigar el sufrimiento y, por ende, influir en la resonancia empática y el cuidado compasivo.
4. **Enfermería:** Es un acto profesional y ético, que fusiona la ciencia epistémica (conocimiento), las emociones (empatía) y la axiología (moralidad). Su esencia radica en la habilidad de resonar empáticamente con el otro, pero, teniendo presente el desarrollo de una preparación emocional robusta, que proteja al profesional de los efectos negativos del uso de sus emociones (como el agotamiento). El objetivo de la enfermería es proporcionar un cuidado humanizado y compasivo, gestionando la empatía para que sea una fortaleza y no un riesgo para sí mismo, al desarrollar su actividad profesional.

Proceso de Enfermería en el Modelo RECHUCO

El Proceso de Enfermería se convierte en el mecanismo para aplicar la teoría RECHUCO en la práctica clínica. La clave está en integrar la conciencia de los

dominios (lenguaje, cuerpo, emociones) y la autoconciencia del profesional en cada etapa.

- **Valoración:** Se evalúa al paciente de manera holística, considerando sus necesidades físicas, pero también su estado emocional, su lenguaje no verbal y su narrativa personal. El enfermero se autoevalúa metacognitivamente: "¿Cómo me afecta la situación de este paciente? ¿Estoy resonando empáticamente con su sufrimiento?" Esta reflexión inicial, le permite al profesional identificar de manera temprana, posibles riesgos de agotamiento, no solo para sí mismo, también puede valorar, los efectos del cuidado en sus compañeros del equipo.
- **Diagnóstico:** Se formulan diagnósticos que reflejan la interacción entre los dominios del paciente. Por ejemplo, en lugar de un simple diagnóstico físico, se podría considerar uno que vincule el cuerpo y la emoción, como "Deterioro de la integridad de la piel relacionado con el confinamiento y la ansiedad". Esta teoría, permitirá emplear el uso del proceso de enfermería (P.E), para encontrar diagnósticos oportunos en los profesionales de enfermería que laboran en el equipo.
- **Planificación:** Se establecen objetivos holísticos, es decir, que van más allá de lo físico. Los resultados esperados se enfocan en mejorar el bienestar integral, como la reducción de la ansiedad, el fomento de la esperanza o el establecimiento de una comunicación efectiva. La planificación incluye la consideración de intervenciones que apelen a los dominios del lenguaje

(comunicación terapéutica), el cuerpo (tacto terapéutico, técnicas de relajación) y las emociones (validación de sentimientos).

- **Ejecución:** Esta etapa, permite al profesional aplicar las intervenciones planificadas con plena conciencia de su propia resonancia empática. En ella deberá, utilizar el lenguaje, la corporalidad y las emociones de manera intencional para brindar un cuidado compasivo, efectivo y eficaz. Al mismo tiempo, deberá como profesional de enfermería, emplear sus habilidades de autogestión emocional para protegerse del desgaste, que podría generarle dicho cuidado.
- **Evaluación:** Se evalúa no solo el progreso del paciente hacia los objetivos planteados, sino también la eficacia del cuidado compasivo. Además, se realiza una autoevaluación continua sobre el impacto del cuidado en la salud mental del profesional que ejecuta las actividades de cuidado, preguntándose: "¿Logré mantener un equilibrio? ¿Cómo puedo mejorar mi preparación emocional para el próximo turno?". Esta evaluación dual garantiza la sostenibilidad y calidad del cuidado en el tiempo.

En resumidas cuentas, esta teoría (RECHUCO), al integrar la conciencia de los dominios humanos y la necesidad de autoprotección profesional, proporciona un marco holístico para la práctica de enfermería, asegurando que el cuidado sea tanto efectivo para el paciente como sostenible para el profesional.

MOMENTO VI

CONSIDERACIONES FINALES

Las intervenciones de cuidado humano efectivas, dependen en gran medida de la interrelación con el paciente, de la habilidad empática, de la preocupación por el paciente y de la respuesta terapéutica. Durante la pandemia COVID-19, la relación de ayuda estuvo sesgada por un conjunto de relaciones y emociones intensas que afectaron a todos los partícipes del proceso, manifestándose a través de la ansiedad, el estrés y las emociones expresadas y sentidas por todos los participantes. Esta situación generó un desgaste físico y mental inevitable, como respuesta a la naturaleza del contexto y a la suma de emociones, provocando escenarios de conflicto, tensión, estrés y dolor emocional.

La empatía sentida por los participantes, durante las intervenciones de cuidado humano, pasaron a ser la proyección de las emociones del otro, sentidas dentro de los profesionales de enfermería, al ver a ese otro cuerpo (los pacientes), sentir y experimentar cada una de las sintomatologías relacionadas con el COVID-19, fue similar a verse reflejado en los sentimientos y sufrimientos del paciente, durante cada una de las crisis previas a su muerte. Tal vez por eso Lipps, referido por Montag et al (137), propone a la empatía como el proceso mediante el cual somos capaces de

percibir la existencia de otros sujetos semejantes; entendiendo que su finalidad es poder descifrar sus necesidades y poder serle útil.

A pesar de que la empatía es un elemento importante dentro de la relación terapéutica de enfermería, es precisamente también ella, la causa de algunos trastornos de la salud del profesional de enfermería, como en el caso de la fatiga por compasión. Coetzee y Klopper (138), definen la fatiga por compasión, como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo que resulta como consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes en condiciones de sufrimiento, el uso de nuestras capacidades físicas y psicológicas y de la exposición al estrés.

Al observar los efectos negativos del cuidado humano, se pueden identificar algunos aspectos relevantes que surgen como indicadores de la presencia de la fatiga por compasión en las participantes tales como: **Hiperactivación** (hipervigilancia, incremento de la ansiedad, reactividad, ira, aumento de la sensación de amenazas, frustración); **Evitación** (No querer regresar al área COVID-19, deseo de evitar pensamientos, sentimientos y conversaciones asociados con la experiencia, indiferencia, evitar crear empatía con otros pacientes, sensación de pérdida de energía), **Re-experimentación** (pensamientos y sueños intrusivos, distrés psicológicos y psicológicos, pensamientos e imágenes asociados con la experiencia traumática, pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional de enfermería).

La teoría RECHUCO, surgida en este estudio, al integrar la conciencia de los dominios humanos y la necesidad de autoprotección profesional, proporciona un marco holístico para la práctica de enfermería, asegurando que el cuidado sea tanto efectivo para el paciente como sostenible para el profesional.

RECOMENDACIONES

- Las expresiones emocionales narradas por las participantes, hace necesario la puesta en práctica de un programa de intervención que permita fortalecer la capacidad de afrontamiento que poseen los profesionales de enfermería que laboran en áreas de cuidados específicos en los cuales se tome en cuenta el apoyo psicosocial y profesional.
- Vincular a las unidades de cuidados paliativos y de emergencias, programas de reconocimiento y detección de sintomatología relacionada con la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería.
- Fomentar redes institucionales, gremiales y universitarias relacionadas con la profesión como medio que permita fortalecer la capacidad de afrontamiento emocional y de resiliencia para comprender y mejorar la aparición de síntomas propios de la fatiga por compasión.
- En la búsqueda de actuar sobre la relación, expresión emocional y fatiga por compasión, fomentar un programa de asistencia al profesional de la salud, que incluya aspectos relacionados con la prevención de la fatiga por compasión y la

promoción de herramientas de afrontamiento emocionales que permitan, disminuir sus efectos negativos.

- Instar a las comisiones docentes de las diferentes instituciones educativas universitarias a incluir dentro del pensum de la carrera de enfermería, una asignatura electiva que permita a los estudiantes aprehender y desarrollar actitudes y aptitudes que contribuyan a la adquisición de mecanismos de afrontamiento emocional, con el fin de crear una base significativa, que les permita manejar sus emociones en circunstancias similares a las ocurridas durante la pandemia COVID-19 al mismo tiempo que les genere un adecuado potencial de resiliencia, ante la fatiga por compasión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Push-Ku G, Uicab G, Ruiz M y Castañeda H. **Dimensiones del Cuidado de Enfermería y la Satisfacción del Paciente Adulto Hospitalizado.** Escuela de Enfermería de Instituto Mexicano del Seguro Social Yucatan México En: <https://www.revenferminstmexsegurosoc2016>. 24(2):129-136 Revisado el: 13/01/2022
2. Duran M. **Marco Epistemológico de Enfermería.** En:<https://scielo.org.co/s1657-5997/2002>. Revisado el: 13/01/2022.
3. Mendez J, ET AL. **Agotamiento Profesional en el Personal de Enfermería y Factores de Riesgo Psicosocial.** *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, Volumen 38, N° 4, 2019: 500-51, ISSN: 0798-0264. En:<https://redalyc.org>. Revisado el: 13/01/2022.
4. OPS/OMS. **Año Internacional de los Profesionales de la Enfermería y Partería.** En: <https://OPS/OMS>. 2020 Revisado el: 28/08/2022
5. Arribas S y Jaureguizar J. **Las Personas Detrás de Los Superhéroes: Covid-19 y la Fatiga por Compasión.** Encontrado en: <https://theconversation.com/136464/2020> Revisado el: 13/01/2022
6. Barboza J y Quintero J. **Covid-19 en los Trabajadores de la Salud del Instituto Autonomo Hospital Universitario de los Andes en Mérida-Venezuela.** 2021 En: : <https://www.researchgate.net/publication/353606286> Revisado: 22/03/2022
7. Crespo C. **Las Cinco Pandemias más Letales de la Historia de la Humanidad.** Nathional Geographic. Disponible en: <https://nathionalgeographic/historia2022/08/las-cinco-pandemias-mas-letales-de-la-historia-de-la-humanidad>. Revisado el 13/11/22
8. Mingarro I. **Siete Tipos de Coronavirus que infectan humanos.** Disponible en: <https://nathionalgeographic.com.es/ciencia/siete-tipos-coronavirus-que-infectan-humanos>. enero 2021. Revisado el 13/11/22
9. OPS. **COVID-19 (Enfermedad causada por el nuevo coronavirus)** Disponible en:<https://www.pho.org>) Revisado el 21/11/22,
10. Herrero Sara. **Formalización del concepto de salud a través de la Lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud** En: Scielo.isciii.es Ene.vol10 N° 2 Santa Cruz de la Palma ago 2016 Revisado: 22/03/2022

11. Ortega J y González J.M **La enfermería en tiempos de la COVID-19: Un relato de dos enfermeros de práctica avanzada desde el frente de la pandemia** 2022. En: <https://www.paho.org/es/historias/enfermeria-tiempos-covid-19-relato-dos-enfermeros-practica-avanzada-desde-frente-pandemia>
02/10/22 Revisado: 02/10/2022
12. Soler Labajos E., **Fatiga Por Compasión, La Otra Pandemia** UOC - Universitat Oberta de Catalunya En: <https://theconversation.com/fatiga-por-compasion-la-otra-pandemia-157175> Published: March 25, 2021 Revisado el: 13/01/22 (REPETIDA ES LA 54)
13. Hernández M. **Fatiga por Compasión Entre Profesionales Sanitarios de Oncología y Cuidados Paliativos** En: <https://dx.doi.org/10.5209/PSIC/2017>
Revisado el: 22/01/2022
14. Michala R, Estrella M y Prieto E. **Vivencias y Emociones del Personal de Enfermería con Pacientes COVID-19. Cuenca-Ecuador. 2020.** Revista Médica de Enfermería OCRONOS Vol. III N°1
15. Bermejo J. **Hacia una salud holística.** 2015 Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Hacia_una_salud_holistica.pdf Revisado: 13/11/2022
16. Abendroth A, Flannery J. **Predicting the Risk of Compassion fatigue: A Study of Hospice Nurses.** J Hosp Palliat Nurs 2006;8:346-56. Doi: 10.1097/00129191-200611000-00007
17. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. **Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A Survey of the Hospice Palliative Care Workforce.** Palliat Med 2013;27:172-8. Doi: 10.1177/0269216311431311.
18. Fisher R. **El caballero de la armadura oxidada.** 28º edición, Disponible en: <https://wwwlibroselectronicosgratis.com> Revisado el: 13/11/2022
19. Martínez C. **Fatiga por Compasión entre el Personal de Enfermería en Los Cuidados al Final de la Vida.** 2019 En: <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263/pdf/> Revisado el: 17/07/22
20. Tobón L. **Fatiga Por Compasión y autocuidado en Profesionales de la Salud. El Campo del Cuidado y la Responsabilidad Personal.** Encontrado en: <https://dialnet.rioja.es/2021> Revisado el: 29/06/2022

21. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. **Agotamiento de las enfermeras y factores de riesgo asociados durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y metanálisis** J Adv Nurs. 2021 Disponible en: Aug;77(8):3286-3302. doi: 10.1111/jan.14839. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33764561; PMCID: PMC8250618. Revisado el: 14/11/2022
22. Souza N, Carvalho E, Soares S, Varella T, Pereira S, Andrade K. **Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health.** Rev Gaucha Enferm. 2021 Feb 3;42(spe):e20200225. English, Portuguese. Disponible en: doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200225. PMID: 33566891. Revisado el: 14/11/2022
23. Cáceres D, Torres C y López L. **Fatiga por compasión y factores relacionados en enfermeras de cuidados intensivos: Un estudio multicéntrico.** Revista Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo; ISSN 1132-6255 Vol 30(2):142-150 Madrid En: <https://rev.asoc.esp.med.trab.2021> Revisado el: 16/07/2022
24. Chiquillan G y Tarrillo B. **Consecuencias del Coronavirus en la Salud Mental del Personal de Enfermería en Clínicas Limatambo-Lima-2021.** Universidad Cesar Vallejo/Escuela Profesional de Enfermería. Lima-Peru En: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3158660> Revisado: 22/07/22
25. Ñope R y Soto M, **El Estrés en el desempeño laboral de enfermería del área covid-19 del Hospital de Barrancas Enero-Junio 2021 Lima Perú.** Universidad Cesar Vallejo/Escuela Profesional de Enfermería. Lima-Peru En: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3119999> Revisado: 22/07/22
26. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. **Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19.** Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020;38(0):E001. En: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063 Revisado: 22/07/2022
27. Muñoz R, Dávila J, Rivera L y Castro N. **Síndrome de Burnout en los Trabajadores de las salas de emergencia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, durante la pandemia COVID-19.** Revista grupo de Investigación en comunidad y Salud. ULA. Revista-GICOS-Vol-6-Num-3-Especial-2Mérida Venezuela. En: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ve/> Revisado el: 23/07/22
28. Rebolledo L y Serrano A, **Relación entre los estilos de afrontamiento, factores psicosociales laborales, el síndrome de burnout y la fatiga por**

compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela. Universidad Católica Andrés Bello. Facultad de humanidades y educación. Escuela de Psicología. 2018 Caracas, Venezuela En:
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=fatiga+en+enfermeria+venezuela&btnG Revisado: 25/07/22

29. Ramírez M y Angulo L. **Síndrome de Burnout y Resiliencia en el Personal de Enfermería de la Emergencia Adulto, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Segundo Trimestre 2017.** 2017 Caracas, Venezuela En: [https://revista.gicos.2017/2\(1\): 12-25](https://revista.gicos.2017/2(1): 12-25) Revisado: 17/03/23
30. Gallango M y Varón M. **Educación Nutricional para el Cuidado del Lactante. Una Teorética Desde el Significado Materno y Comunitario.** Tesis Doctoral UNERG Doctorado en Cs de la Educación. Guárico Venezuela
31. Hidalgo Cristina. **¿Instinto de supervivencia o falta de empatía?** 2023 Revista Vive En: <https://revistavive.com/instinto-de-supervivencia-o-falta-de-empatia/> Revisado: mayo 2023
32. González A, **Desarrollo Humano Holístico. Una visión Integral del proceso evolutivo.** Instituto Humanista de Psicoterapia Integral. Disponible en: <https://instituto-integra.com/desarrollo-himano-holistico-una-vision-integral-del-proceso-evolutivo/> Revisado el: 17/11/2022
33. Sobrino N. **Terapia Gestalt: El todo es más que la suma de las partes.** INESEM Business School. 2019 En: <https://inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/terapia-gestalt>. Encontrado el: 17/11/2022.
34. Cutcliffe J, McKenna H y HyrKäs K. **Modelos de enfermería. Aplicación a la práctica.** Manual Moderno Bogota 2011
35. Goleman D. **La inteligencia emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual.** 2022 Ediciones B. En: https://books.google.co.ve/books/about/la_inteligencia_emocional.html?id= Revisado: Enero 2023
36. Choliz M. **Psicología de la emoción. El proceso emocional.** 2005 En: <https://uv.es/=choliz> Revisado 23/07/2020
37. Leperski, K. **El paradigma de las emociones básicas y su investigación. Hacia la construcción de una crítica.** Memorias IX congreso de investigación y práctica profesional en psicología XXIV. Jornada de investigación XIII

encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. 2017. Facultad de Psicología/Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. <http://www.academia.org/000-067/146> Revisado: enero 2024.

38. Pérez M, Redondo M y León L. **Aproximaciones de la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica.** REME. ISSN:1138-493X, VOL XI-28. 2008 En: <https://www.researchgate.net/publication/2823259> Revisado: Enero 2024
39. Medina M. **Diccionario de las emociones.** Tomo I y II Gaceta de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de México (UNAM) 2023 En: <http://www.gaceta.unam.mx/2023/04> Revisado: Enero 2024
40. DGDH. **La tristeza nos ayuda a superar las situaciones adversas.** Gaceta de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de México (UNAM). 2022 En: <http://www.gaceta.unam.mx/?=95241> Revisado: Enero 2024
41. Guzmán F. **Funciones del llanto** Gaceta de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de México (UNAM) mx. 2021 En: <http://www.gaceta.unam.mx/?p=82813> Revisado: Enero 2024
42. Montejano S. **Psicología de las emociones: la alegría.** psicoglobal 2019. En: www.psicoglobal.com Revisado: Enero 2024
43. Mora J y Martín M. **Análisis comparativos de los principales paradigmas en el estudio de las emociones.** revista electrónica de motivación y emoción. ISSN 1138-493X, vol XIII, (34). En: <http://reme.uji.es> Revisado: Enero 2024
44. Córdova L y García M. **La Empatía un Sentimiento Necesario en la Relación Enfermera- Paciente.** Revista desarrollo científico enferm. Vol.18 N°3 abril2010. México En: <https://www.researchgate.net/profile/Jose-Maria-Galan-Gonzalez-Serna/publication/275772974> Revisado el: 23/07/2020
45. Eisenberg N y Fabes R. **Empathy: Conceptualization, measurement and relation prosocial behavior. motivation and emotion.** 1990 En: <https://dx.doi.org/10.1007/bf00991640> Revisado el: 23/07/22.
46. Decety, J., Michalska, K. J. & Kinzler, K. D. **The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study.** Cerebral Cortex, 2012, 22, 209–220. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr111> Revisado el : 23/07/22.

47. Maldonado M y Barajas C. **Teoría de la mente y empatía. Repercusiones en la aceptación por los iguales en niños y niñas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.** Scielo versión On-Line ISSN 1989-3809 versión impresa ISSN 1138-2635 Escritos de Psicología vol.11 no.1 Málaga ene./abr. 2018 En: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018> Revisado el : 23/08/22.
48. Uribe D, Gómez M, Arango O. **Teoría de la Mente: Una Revisión Acerca del concepto.** Revista Colombiana de Ciencias Sociales. Vol. 1/N°1/PP-28-37 Jul-Dic. ISSN 2216-1201
49. Freire, L **Empatía en la atención al paciente por parte del personal de salud durante la emergencia sanitaria por covid 19 en el centro de salud Quero tipo C. Ecuador.** Universidad Tecnológica de Ambato (2021) En: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32547> Revisado: Septiembre 2023
50. Batson, C. D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., & Dawson, K. **Is empathy-induced helping due to self–other merging? Journal of personality and social psychology**, 1997 En: <http://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.495> Revisado el: 26/07/22
51. González J. **Psiquis** 25(6)243-245 2004 En: http://wwwpsicoter.es/pdf/04-25_nº6_A01 Revisado el: 23/07/2022
52. Fonseca G. **De la Empatía a la Compasión: Las respuestas compasivas como una alternativa a la empatía.** 2015. Universidad Nacional de Cordoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. Escuela de Filosofía. En: <https://rdu.unc.edu.ar/trabajofinal> Revisado el: 05/08/22
53. Campos J. F., Cardona J. y Cuartero Castañer, M. E. **Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión.** Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 24, 119-136. En: <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.07> Revisado el: 23/07/22
54. Benalcázar D, Rodríguez K, Quinga F, Sotalín F y Albán J. **Un estudio transversal de la calidad de vida profesional en el personal sanitario del hospital San Vicente de Paul durante la pandemia del COVID-19.** Revista Ocronos. Vol. IV. N° 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12:176 En: XXX Revisado el; 29/07/22
55. Madero K, Ayala D, Estrada L, Bohorquez C, Sanabria M y Salas H. **Síndrome de agotamiento en profesionales de la salud posterior al primer año de**

pandemia por COVID-19. Revista UstaSalud Universidad Santo Tomas Colombia. ISSN: 1692-5106, 2022; Vol 21(1):81-88. En: <https://doi.org/10.15332/> Revisado: agosto 2022

56. Márquez C y Saravia R. **Daño a la salud de los trabajadores de enfermería debido a la pandemia COVID-19: Una revisión integradora.** Enfermería Global 2022; 21(66) En: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal501511> Revisado: agosto 2022
57. Loyola Thais. **The impact of de pandemic on de role of nursing: a narrative review of the literatura.** Enfermeria global. 2021; Vol 20(63):502-543 En <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal> Revisado: junio 2022
58. Córdoba D, Sanz D, Medina A, Buitrago M y Sierra Á. **Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios.** Revista Scielo Brazil 2021; 30(3). En: <https://doi.org/10.1590/> Revisado: junio 2022
59. Kubler-Ross E y Kessler D. **Sobre el duelo y el dolor.** Editorial Luciernaga 2017 En: <https://www.academia.edu/75429219> Revisado: enero 2024
60. González C, Sánchez Y y Peña G. **Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. 2018** ReserchGate Dominio de las ciencias 4(1):483 En: <https://doi.org/10.23857/dc> Revisado: enero 2024
61. NIMH. **Trastorno de pánico: cuando el miedo agobia.** National Institute of mental health En. <https://www.nimh.nih.gov/health/publication/espanol> 2021 Revisado: enero 2024
62. Castilla R y Taylor M (APA). **¿Qué es el trastorno de estrés post traumático?(TEPT).** American Psychiatric Association 2023 En: <https://www.psychiatry.org/patient-families/> Revisado: enero 2024
63. Moreno N. **Los mecanismos psicológicos de defensa.** En:<https://www.nicolasmorenopsicologo.com/psicólogos-granada> 2017 Revisado: enero 2022
64. Hernández M. **Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos.** Psicooncologia. diciembre de 2020];14(1):53-70. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55811> Revisado el: 29/07/22

65. Ruiz Fernández M, Ramos Pichardo J, Ibáñez Masero O, Cabrera Troya J, Carmona Rega M, Ortega Galán Á. **Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain.** J Clin Nurs. 15 de noviembre de 2020 [2021];29(21-22):4321-30. en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15469> Revisado el: 29/07/22
66. Hofmeyer A, Kennedy K, Taylor R. **Contesting the term ‘compassion fatigue’: Integrating findings from social neuroscience and self-care research.** Collegian. abril 2020 [2021];27(2):232-7. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769619301672> Revisado el: 30/07/22
67. Borré-Ortiz Y. **El cuidado de enfermería en la vulnerabilidad: a propósito del COVID-19.** Revista Venezolana de Enfermería, 2020; Volumen 7, Suplemento Especial En: <https://rve.2020.7:9-15> Revisado el: 31/07/22
68. Sira, E. 2021. **Significado Que Le Confiere El Paciente Al Cuidado Proporcionado Por El Personal De Enfermería En La Unidad De Emergencia De Adultos: Una Mirada Desde Lo Axiológico.** Universidad de Carabobo. Doctorado en enfermería, área de concentración salud y cuidado humano. julio 2021
69. Heidegger Martín. **El Ser y El Tiempo.** Tercera Reimpresión. Gaos J. traductor. Argentina: Fondo de Cultura Económica; 1991.
70. Watson, Jean. **Teoría del Cuidado Transpersonal.** Gómez, J. traductor. Nueva York; 1996.
71. República Bolivariana de Venezuela Gaceta # 4.160, 2020
72. Andreu-Periz D, Ochando-García A y Limón-Cáceres E. **Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalarias durante la pandemia de COVID-19 en España.** Revista Scielo. Enfermería Nefrológica. 2020; Vol 23(2) En: <https://dx.doi.org/10.37751> Revisado: Noviembre 2023
73. Ortega J y González J. **La enfermería en tiempos de la COVID-19: Un reto de dos enfermeros de la práctica avanzada desde el frente de la pandemia.** OPS/OMS En: <https://www.paho.org/es/historias/> Revisado: noviembre 2023

74. ONU. **Las muertes por covid-19 sumarian 15 millones entre 2020 y 2021.** Departamento de asuntos económicos y sociales. En: <https://www.un.org/es/desa/2022>
75. Venezuela no registra nuevas muertes por Covid-19. 2024 En: <http://datosmacro.expansion.com> Revisado: marzo 2024
76. Borjes J. **Cuidado compasivo. Diez miradas sobre el acto de cuidar.** Fundación Keralty. ISBN: 978-958-53701 Colombia 1° edic 2021 En:<https://cultivarlamente.com/wp-content/uploads/2021/11>
77. Carmona Berrios, Z. E.; Bracho De López, C. E. **La muerte, el duelo y el equipo de salud.** *Revista de Salud Pública*, Córdoba, v. 2, n. 2, p. 14-23, 2008. En: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v12.n2.7197> Revisado: enero 2024
78. Ardila-Sierra, A.; Abadía-Barrero, C. **Medical labour under neoliberalism: an ethnographic study in Colombia. International Journal of Public Health, Berlin**, v. 65, n. 7, p. 1011-1017, 2020. En: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01420-4> Revisado: Enero 2024
79. Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del caribe CELAM. 2007 En: <https://www.celsm.org/aparacedida/esp%C3%A1nol> Revisado: noviembre 2023
80. Orciso A y Cordova M. **La fe como fortaleza en tiempos de COVID-19.** Univeridad Católica sedes sapientiae. peru 2021. Enciclica Lamen Fidei
81. Ato J. **Fe y heroísmo en tiempo de pandemia.** Catholic New York. 2020 En: <https://www.cny.org/stories/fe-y-heroismo-en-tiempo-de-pandemia> Revisado: Enero 2024
82. ONU. **La Ciencia de la gratitud.** Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. En: <https://unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/> Revisado: marzo 2024
83. Andino C. **Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud.** Rev. Col. Bioética 2015; 10(1):38-64 En: <https://dx.doi.org/10.18270> Revisado: marzo 2024
84. Quiala, Margarita. **Enfermería, formación en valores.** Bioética. 2013; 13(1):20-25. Disponible en: www.cbioetica.org/revista/131/131-2025.pdf Consultado: 22/11/2022

85. Guevara, B.; Zambrano, A y Evies, A. **¿Para qué educar en valores?** Revista educación en valores.2007;l(7):96-106 p. disponible en: servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n7/v1n72007-11.pdf Consultado: 22/11/2022
86. Guerrero R, Meneses M y De la Cruz M. **Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015.**.. 2016; 9(2):133-142. En: <https://Rev.enferm Herediana 2016> Revisado el: 27/08/22
87. Boykin A, Scnoenhofer's S, Linden D. **Nursing as caring theory.** 3th ed: F.A. Davis Company: Philadelphia; 2010. 370- 385. Disponible en: <http://repositorii.urindo.ac.id/repository2/files/original/265e2211a473c41ee493c7540acd2be61db5b32a.pdf> p.p=391 Revisado el: 12/10/22.
88. Prado L, González M, Paz N y Romero K. **La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.** Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014 versión On-line ISSN 1684-1824.
89. Restrepo Serna, L.; Grajales Ospina, D ; Rodríguez Molina, L. **Posición afectiva que asume el personal de la salud de las unidades de cuidados intensivos pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010.** Medicina U.P.B., Medellín, v. 31, n. 2, p. 151-159, 2012.
90. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (CRBV) 1999.**
91. **Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)** Gaceta oficial N° 38.236 julio 2005.
92. Martínez, Miguel. **Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa.** 2da ed. México: Editorial Trillas; 2006.
93. Pérez, Gloria. **Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes I Métodos.** Madrid: Editorial La Muralla, S.A.; 1994.
94. Fuster D. **Investigación Cualitativa: Método fenomenológico Hermenéutico 2019.** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. En: <https://scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf> Revisado el: 27/08/22.
95. Leal, J. **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación.** 4^a ed. Valencia -Venezuela: Centro Editorial Signos, ediciones y Comunicaciones C.A.; 2017.

96. Alcoberro, R. **Un esquema básico sobre la fenomenología y Husserl. Filosofía i pensament [Internet]. 2014.** Disponible en: <http://www.alcoberro.info/index.htm>. Revisado: 19/09/22.
97. Escalante, E. Páramo, M. (Comp.). **Aproximación al análisis de datos Cualitativos. aplicación en la práctica investigativa [libro electrónico].** Argentina: Universidad de Aconcagua; 2011. 119 p. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/177/aproximacion-alanalisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf. Consultado: 08/09/2016
98. Ruiz, J. **Metodología de la investigación cualitativa.** Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
99. Strenbert, H Y Rinaldi, D. **Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative.** Philadelphia: Lippincott Company; 1995.
100. Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. **Metodología de la Investigación Cualitativa.** España: Ediciones Aljibe; 1996.
101. Martínez, L. y Martínez, H. **Diccionario de Filosofía.** 4^a ed. Colombia: Panamericana Editorial Ltda; 1998.
102. Gadamer, Hans-Georg. **Verdad y Método. Fundamentos de una Hermenéutica Filosófica.** 3ra ed. Aparicio, A. y Agapito, R. Traductores. España: Ediciones Sigueme.1988.
103. Galeano, M E. **Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa.** Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
104. Díaz, L. **Visión Investigativa en Ciencias de la Salud (Énfasis en Paradigma Emergente).** Valencia-Venezuela: IPAPEDI; 2015.
105. Taylor, S y Bogdan, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.** España: Editorial Piadós; 2003.
106. Álvarez, J. y Jurgenson, G. **Como hacer investigación cualitativa fundamento y metodología.** México: Editorial Paidos; 2003.
107. Nézer de Landaeta, I. **Bioética e investigación. CENABI.** Caracas Venezuela: 2006. En: **Curso Ampliado en Bioética Médica. Módulo 6 Investigaciones en seres humanos trasplante de órganos y tejidos.** Caracas – Venezuela: Centro Nacional de BIOÉTICA Venezuela; 2007.

108. Suarez E, Villalón M, Barreto G, Borges P, Mendoza R. **Editores. Código de ética para la vida.** [libro electrónico]. Caracas-Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias; 2010. Disponible en: http://www.ula.ve/cdcht/dmddocuments/codigo_etica_%20FONACIT.pdf. Consultado: 12/10/2022.
109. Espinoza, A. Enríquez, C. Leiva, M. Castañeda, L. **Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería XXI.** 2015; (2): 39-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370442674005.pdf> . Consultado: 12/10/22.
110. Martínez, M. **La nueva ciencia su desafío, lógica y método.** México: Editorial Trillas; 1999.
111. Morin, Edgar. **Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro.** Caracas Venezuela: Ediciones FACES/UCV; 2000.
112. Castillo, E y Vásquez, M. **El rigor metodológico en la investigación cualitativa.** Revista Colombia Médica.2003;34(3); 164-167. Consultado: 15/10/2022.
113. Strauss A y Corbin J. (1996) **Basic of Qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory.** London New Deli. Sage publications.
114. Katayama, R. **Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas.** [libro electrónico]. Lima Perú: Fondo Editorial UIVG; 2014. Disponible en: <https://ebevidencia.com/wpcontent/uploads/2017/04/Introducci%C3%B3n-a-la-investigaci%C3%B3n-cualitativa-Fundamentos-m%C3%A9todos-estrategias-y-t%C3%A9cnicas.pdf>. Consultado: 12/10/2022.
115. Waldow, V. Borges, F. **El proceso de cuidar según las perspectivas de la vulnerabilidad.** Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(4). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae. Consultado: 28/04/2022.
116. López M. **La Trilogía del leguaje, cuerpo y emociones en la transformación organizacional.** Universidad Tecnológica de Pereira. ISSN0122-1701. 2010 Scientia et technica año XVI N° 44. Disponible en: revisado el: 18/06/2024.

117. Diaz N. **Lenguaje y emociones: ¿El idioma que hablamos define lo que sentimos?** Universidad de la Sabana, Colombia. 2023 Disponible en: <https://sabana.edu.co./lenguajeyemociones>. revisado el: 05/07/2024.
118. Soriano C. **El Lenguaje de las emociones.** In M. C. Horro Cheliz, I Ibarretxe, Panorama Actual de las ciencias del lenguaje. (pp 243-259) Zaragoza 2016 Disponible en: www.unige.ch/ellenguajedelasemociones/2016.
119. Molina C. **Creencias, sentimientos y emociones: ¿Cómo afectan a nuestra vida?** Disponible en: www.ciaramolina.com/2016.
120. García A. **Neurociencia de las emociones: La sociedad vista desde el individuo. Una aproximación a la vinculación sociología-neurociencia.** Revista Scielo. Vol 34 no96. Mexico 2019. Disponible en: <https://scielo.org.mx/> Revisado el: 29/06/24.
121. Vásquez A. **Nómadas. Critical journal of social and juridical sciences.** ISSN 1578-6730. Euro-Mediterranean University Institute Italia. Vol 36, núm 4, 2012, Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18126450012> Revisado el: 29/06/24.
122. Jaume L, Roca M, Quattrocchi P y Biglieri J. **Aportes a la axiología desde la psicología social.** Universidad de Buenos Aires, Anuario de investigaciones Vol. XXVI, pp131-135, 2019 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo> Revisado el: 01/07/24.
123. García J. **El intuicionismo social y la teoría dual del razonamiento.** Revista Scielo Disponible en: <https://dx.doi.org/10.22370/rhv2022iss19pp271-292> Revisado el: 01/07/24.
124. Barrio J. **El valor y la estimativa.** Homo Adulescens. 2016 ISBN: 9789508939036 doi 10.55778 Disponible en: <https://www.teseopress.com/articulo> Revisado el: 01/07/24.
125. Burke M, Fossati-Carver S y Gordon A. **Una Teología de Agradecimiento.** 2012 Disponible en: <https://unitedthankoffering.com> Revisado el: 04/07/24.
126. Rodríguez M. **¿Qué ha descubierto la ciencia de lo que pasa en el cerebro cuando sientes gratitud?** BBC News mundo, 2022 Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo> Revisado el: 07/07/24.

127. Giménez M. **El sentimiento de culpa. El castigo que no merecemos.** Disponible en: <https://www.areahumana.es/sentimentodeculpa>. 2024 Revisado el: 01/07/24.
128. Moreno Y. **Epistemología y pedagogía. Consideraciones.** Universidad Fermín Toro Edo. Lara/Venezuela. Disponible en: <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.25422987.2018>. Revisado el: 12/07/24.
129. Rodríguez-Bustamante, P y Baez-Hernandez F. **Epistemología de la profesión de enfermería.** Vol.14 N°2 Sta. Cruz de la Palma Disponible en: https://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_artex&pid=1988. Revisado el: 12/07/24.
130. Trejo, F. **Enfermería: del arte a la ciencia o de la ciencia al arte.** Enf Neurol (Mex), 12(1), 95-97. (2013). Consulta 15/07/2024, Disponible en: <https://bit.ly/2yVRQj>.
131. Salamanca, A. B. **La enfermería como arte y sus implicaciones en nuestro desarrollo colectivo.** Nure Inv., 14(90), 1-2. (2017). Consulta 15/07/2024, Disponible en: <https://bit.ly/2FjRxCF>.
132. Boykin, A., y Schoenhofer, A. O. **Nursing as caring: a model for transforming practice.** Jones and Bartlett Publishers, United States of America. (2001). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/14832578> Consulta: 15/07/2024.
133. Rengifo Y. **Las emociones en enfermería: una mirada desde el cuidado humano** Revista arbitrada del CIEG (Centro De Investigación Y Estudios Gerenciales) Barquisimeto - Venezuela) ISSN: 2244-8330 ppi201002la3492 Número 52 noviembre-diciembre 2021 (páginas 146-161) <https://revista.grupocieg.org/ed52146-161> Consulta: 18/07/2024.
134. Escobar-Castellano B y Sanhueza-Alvarado O. **Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: Estudio de revisión.** Scielo Montevideo Vol 7, N°1, 2018 Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.x7i1.1540> Consulta: 18/07/2024.
135. Leal M y Rodríguez F. **Teoría de la empatía de Max Scheler. Hacia una visión de la simpatía.** Universidad de Sevilla (2022) Disponible en: <http://handle.net/11441/130399> Consulta 28/07/24.
136. Gómez D. **Demandas emocionales y fatiga por compasión en trabajadores del área de humanización de una clínica.** Cali. Universidad de Manizales

2020 Disponible en:
<http://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/5829> Consulta
28/07/24

137. Montag C, Gallinat J y Heinz A. **Theodor Lipps y el Concepto de Empatía: 1851-1914.** Revista Estadounidense de Psiquiatría 165(10):1261 Disponible en: <https://doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081283> Consulta: Diciembre 2024
138. Coetzee, S. y Klopper H. **Fatiga por compasión en la práctica de enfermería: un análisis de concepto.** PublMed. Enfermería en Ciencias de la Salud. Junio 2010;12(2):235-43. Disponible en: doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x.
Consultado: Diciembre 2024.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de _____ años de edad, titular de la C:I N°: _____, manifiesto que he leído y entendido la explicación que me ha dado, la investigadora abajo mencionada, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el estudio y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación en este estudio, es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del mismo cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención y cuidados dentro de la institución.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado "**FATIGA POR COMPASIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PANDEMIA COVID-19: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO**".

He sido también informada, acerca de que mis datos personales serán protegidos y que conjuntamente con la información aportada por mi persona, serán incluidos en un archivo que posteriormente será sometido a un análisis, que formará parte de los resultados del estudio.

Tomando todo esto en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma: _____

Valencia, de de 2023.

Nombre de la Investigadora: Dra. María W. Gallango Tovar
C.I.N°: 5.749.368