

## “ Y SIGUE HABIENDO SITUACIONES PARA LAS QUE NO ESTAMOS PREPARADAS”.

### Repercusiones de la labor emocional en los profesionales de enfermería

Vanessa Barbeito Morandeira. Enfermera y Máster en Antropología Médica y Salud Global. Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Septiembre de 2019.

#### RESUMEN

Este artículo se basa en un estudio personal que toma como punto de partida dos noticias que reflejan la gravedad del estado psicoafectivo de los profesionales de enfermería en España hoy en día. Como miembros de una sociedad capitalista cuya máxima es la producción y el consumo, este colectivo sufre, en proporciones más elevadas que el resto de la población, el riesgo de padecer enfermedades como la ansiedad, la depresión y el síndrome de Burnout. La labor emocional que implica esta profesión hace que los enfermeros y enfermeras se topen con grandes dificultades para habitar las realidades de alto impacto emocional y sufrimiento que transitan en su día a día laboral. El modelo médico hegemónico propio de los sistemas sanitarios occidentales no favorece la autoatención (concepto de Eduardo Menéndez) <sup>1</sup> de las personas que en él y para él trabajan. Es por esto, que, desde una perspectiva cualitativa, indago cuáles son las rutas que eligen 11 personas de este colectivo para atender sus malestares.

*Palabras clave:* autoatención, labor emocional, crisis de enfermería, fenómeno grupal, crisis de la presencia.

#### INTRODUCCIÓN

##### **Noticias alarmantes**

Como consecuencia de las estrategias desadaptativas ante situaciones cargadas de emotividad y tensión, surge en los profesionales de enfermería el estrés, la ansiedad, la depresión, y el Síndrome de Burnout o agotamiento emocional. Según un estudio sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los enfermeros y enfermeras de Cataluña, de la Fundación Galatea <sup>2</sup>, “una de cada tres enfermeras está en riesgo de sufrir un problema de salud mental, sobre todo depresión y ansiedad, más del triple que la población general”. Otra noticia <sup>3</sup> verdaderamente alarmante es que en el Reino Unido se han suicidado más de 300 enfermeras en 7 años, es decir, una media de casi un suicidio por semana. “Un estudio ha revelado que esta profesión tiene un riesgo de suicidio mayor que el de otros trabajadores y

*la directora del colegio de enfermería señala que “tanto el gobierno como todos los cuerpos del Sistema Nacional de Salud británico (NHS) deben analizar detalladamente por qué las enfermeras tienen más probabilidades de quitarse la vida que sus homólogos masculinos”.*

### **Estado de la cuestión**

Una parte de los humanos vivimos con la idea constante de rendir económica, social, política y culturalmente, es decir, nuestro objetivo es producir, y cada vez a un ritmo más desenfrenado. Fruto de esta manera de estar, se origina una situación de cansancio extremo que genera mucho sufrimiento y trastornos mentales. Para rendir dentro de esta sociedad el ser humano no se puede permitir espacios de reflexión ni percibir lo que ocurre en su presente, en su día a día. Hay que hacer algo en todo momento. *“Hemos permitido que la acción defina lo que somos en lugar de que lo que somos defina a la acción. De ahí surge la necesidad de producir cosas para sentirnos vivos. Hemos confundido la vida con movimiento en lugar de ser la esencia que origina ese movimiento”*<sup>4</sup>. Podríamos decir que padecemos estados patológicos atribuibles a un exceso de positividad. Según Chul-Han<sup>5</sup> tal exceso de positividad en el mundo genera una violencia neuronal que provoca una saturación, se agota el positivismo en la vida, y el individuo queda exhausto, llegando a situaciones de gran vacío existencial, cuando no, a padecimientos como la ansiedad o depresión. Estamos en tiempos de crisis de la presencia. *“Esta noción aborda la fragilidad de la presencia (esserci) en un mundo que amenaza con colapsarla y que se expresa en la pérdida de la distinción entre sujeto y objeto, entre pensamiento y acción, entre representación y juicio”*<sup>6</sup>. La dificultad se halla en vivir de forma consciente lo que se da en el momento que se está habitando. Frecuentemente el individuo es actuado por el mundo, no por sí mismo, perdiendo toda capacidad de acción y llegando a un “no poder poder más”. Es decir, la persona, hace lo que el sistema social en el que vive le impone, sin cuestionarse apenas si es adecuado o no para ella. Bajo mi punto de vista, para abordar estas cuestiones, la población, unas veces, sigue rutas de dispositivos bajo la forma de discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. *“El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder. Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber”*<sup>7</sup>. En otras ocasiones, son muchos los que eligen paliar los efectos de esta situación de malestar mediante el consumo de recursos dentro del Modelo Médico Hegemónico, incrementando el uso de fármacos, tales como ansiolíticos

y antidepresivos, y otros insumos biomédicos. De algún modo, el fármaco viene a sustituir el espacio para sentir y reflexionar, o, la persona que escucha, actúa como parche para “ir tirando”. Otros se decantan por un modelo alternativo a la biomedicina, el de las terapias psi, cuya oferta cada vez es más amplia y se caracteriza por la gestión de las diferentes situaciones que generan sufrimiento a través del uso de diversas metodologías, muchas de ellas basadas en la psicología positiva *“el Nuevo Pensamiento, o el Pensamiento Positivo, enfatizaron, a través de cientos de manuales de autoayuda, el poder del pensamiento individual para imponerse a la materia y al mundo y curar directamente la enfermedad, atraer la riqueza y la salud y conseguir la felicidad ”*<sup>8</sup>. Este movimiento defiende el autoncontrol, la autodeterminación, el autoconocimiento, el autocultivo y la responsabilidad personal, algo que encaja perfectamente dentro del sistema capitalista con su mirada individualista. Todo lo resuelves contigo mismo. Se descarta el hecho de que para definirte como sujeto precisas de la relación con “el otro”.

Los seres humanos experimentamos emociones fruto de la relación con los demás. *“El hombre está conectado con el mundo por una red continua de emociones. Es impactado, afectado por los acontecimientos”*<sup>9</sup>. Desde niños se nos educa para que aprendamos qué y cómo sentir y experimentar. Nos enseñan a calificar las emociones como malas y buenas, y cómo rechazar a las primeras o evitarlas en función del género al que pertenecemos. Se juzgan nuestros sentimientos y las situaciones que vivimos. Aprendemos a reconocer lo que merece ser atendido y lo que no. *“Para que una emoción sea sentida, percibida y expresada por el individuo, debe pertenecer a una u otra forma del repertorio cultural del grupo al que pertenece”*<sup>9</sup>.

Además, dentro de la sociedad capitalista actual, muchas profesiones orientadas al público, conllevan una competencia más, la labor emocional. *“Emotional labor refers to the process by which workers are expected to manage their feelings in accordance with organizationally defined rules and guidelines”*<sup>10</sup>. Se descartan gran parte de las emociones que sentimos, aspirando sólo a las calificadas como “correctas”. Así, la persona se disocia del profesional a través de la interpretación de las experiencias vividas en base a estos criterios establecidos por el sistema para el que trabajan y acumulando mucho dolor. *“El problema, entonces, no es el padecer sino el entramado discursivo institucional que imposibilita la resolución del padecimiento y la intervención eficaz e, incluso, agudiza y perpetúa el sufrimiento a través de un método institucional”*<sup>11</sup>. En esta profesión la exigencia de labor

emocional es elevada y se desarrolla en términos de desigualdad, pues las necesidades de los destinatarios (pacientes) son más importantes que las de los proveedores (profesionales de enfermería). Así, tal y como demuestra un estudio llevado a cabo por Morris & Feldman <sup>10</sup> en 1997, los trabajadores desarrollan más riesgo de extenuación, por el esfuerzo añadido de disimular lo que verdaderamente sienten, y sólo manifestando aquello que se considera adecuado para la labor asistencial que han de desempeñar. El sistema emocional propio de cada individuo ha sido subordinado a una lógica comercial y ha sido cambiado por ella. *“El sufrimiento moderno nace al tratar de controlar las situaciones de la vida, al esforzarnos por gestionar las emociones para evitar pasarlo mal”* <sup>12</sup>. Además, por si esto fuera poco, el mundo biomédico cada vez está más tecnificado *“Debido a la autoridad, al prestigio y a la influencia de las instituciones científicas en la sociedad moderna, la ciencia no sólo describe, sino también prescribe situaciones sociales y formas de acción social. Por lo tanto, si creemos que, por ejemplo, para el entendimiento científico la cabeza y el corazón, o las emociones y la racionalidad, son antitéticas actuamos según la base de esta definición y organizamos nuestra vida para confirmar esta condición”* <sup>13</sup>. Se valoran cada vez más el nivel de conocimiento, la técnica y la capacidad para investigar, dejando a un lado todo lo que tiene que ver con una condición más humana. La enfermería se está convirtiendo en una práctica de hemisferio izquierdo (racional). Se está masculinizando. Está siendo obligada, ya desde la formación universitaria a ello, como si tuviese que competir o hacerse con un lugar científico suponiendo perder todo aquello que se podría calificar de “humano”. La biomedicina da más importancia al tratamiento (productivo) que al cuidado (reproductivo). Algo que se puede extrapolar a la sociedad en general.

Es interesante entonces analizar la escasez de reconocimiento social de esta profesión desde una perspectiva de género. *“¿Por qué una profesión cuyo eje central consiste en la administración de cuidados no se encuentra en un estatus más elevado en la sociedad, máxime cuando es un constructo universal con una gran proyección psicosocial-cultural imprescindibles para la satisfacción de las necesidades humanas y éstas inherentes al ser humano para conseguir un cierto grado de bienestar?”* <sup>14</sup>. A lo largo de la historia los cuidados han estado siempre asociados a una actividad de mujeres. *“Desde los comienzos los cuidados fueron vividos y transmitidos por mujeres, se perpetuó la idea de que el instinto maternal era el que proporcionaba la motivación y el impulso necesario para cuidar a las personas enfermas, desamparadas, etc, de esta manera Enfermería y mujer han estado siempre ligadas”* <sup>14</sup>. Como base del Modelo Médico Hegemónico, la biomedicina se construye

dentro de un patriarcado, y todavía hoy prevalece la jerarquía de poder y autoridad sobre los procesos de salud-enfermedad favoreciendo que la figura destacada sea la del médico, y los profesionales de enfermería quedan a la sombra de estos. Cabe considerar aquí también las percepciones actuales que tienen todavía muchos pacientes sobre el género, incluso, dentro de la misma profesión. *“¿Cómo percibe la población a los profesionales de enfermería según el sexo? A los hombres enfermeros los perciben como profesionales más eficaces y resolutivos en relación con el colectivo femenino de la profesión. Si el profesional es una mujer, suele identificarle con la figura de “confesor” o “psicólogo” en relación con la imagen “mujer-madre”, es decir la ubica más cerca de los saberes de la naturaleza”*<sup>14</sup>. Generalmente se confunde el hecho de que a las mujeres nos afecten más fácilmente las emociones con la acción de atender o cubrir completamente el manejo de la emoción cuando la situación lo requiere. A pesar, de que existen estudios que señalan que las mujeres se adaptan más a las necesidades de los otros y cooperan más que los hombres, como una cualidad que se podría decir innata, lo cierto es que el origen de esta creencia radica en un factor cultural, fruto de las desigualdades que existían y existen en las relaciones de pareja heterosexuales. En el pasado las mujeres dependían del dinero de sus maridos y la labor emocional extra era su forma de compensarlo *“la ética tradicional femenina del cuidado no se basa en una opción realizada por cada mujer, sino que se trata de una imposición basada en la virtud femenina por excelencia, la abnegación, que se da por supuesta (ni siquiera es una virtud) y es obligatoria.*<sup>15</sup>, y que dicha imposición aparece como consecuencia del contexto moral y político que hace que sientan, vivan y practiquen el cuidado del modo cómo lo hacen.

Analizando cómo se organiza el cuidado social dentro de esta comunidad profesional, veríamos que los cuatro pilares que lo constituyen: familias, comunidad, mercado y Estado, se encuentran en desequilibrio, estamos ante una crisis de los cuidados. En lo que respecta al Estado, favorece que la labor de enfermería se vea afectada constantemente por los recortes de los presupuestos económicos, lo que repercute en un mayor cupo de pacientes y menos personal trabajando, entre otras medidas. *“El cuidado es un asunto político. Las decisiones sobre la manera y la forma de aceptar y compartir las responsabilidades del cuidado por parte del Estado y las personas; la cantidad de recursos colectivos que se invierten en cuidados en comparación con otros servicios públicos como la educación”*<sup>16</sup>. Las familias, cada vez más desbordadas desde que la mujer entra en el mundo laboral, no disponen de tiempo para cuidar de aquellos miembros que lo requieran, con lo que procuran más ayuda externa, más demanda de asistencia en las instituciones sanitarias. El Mercado, cada vez más

competitivo, hace que el ejercicio profesional se desarrolle en un entorno cada vez más absorbente en donde es precisa una formación permanente acorde al avance tecnológico y científico. Las organizaciones sanitarias están condicionadas por la necesidad de establecer objetivos de eficiencia, así como la necesidad de cumplir periódicamente los estándares de acreditación. La contratación temporal, la dificultad para la conciliación familiar.... Falla la reciprocidad, como mecanismo retroalimentador entre cada uno de los elementos, se pierde el valor y sentido de la Comunidad. Es decir, que vivimos en una sociedad que Byung-Chul Han calificaría del cansancio *“La sociedad del rendimiento se caracteriza por el verbo modal positivo poder sin límites (...). Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan la prohibición, el mandato y la ley”*<sup>5</sup>. Todo ello conforma una situación de exposición permanente al estrés cargada de exigencias, que desencadena dos tipos de respuesta entre los profesionales de enfermería. La primera de ellas es la enfermedad mental. *“Lo que enferma no es el exceso de responsabilidad e iniciativa, sino el imperativo del rendimiento, como nuevo mandato de la sociedad del trabajo tardomoderno”*<sup>5</sup>.

La segunda respuesta para estos profesionales es lo que se denomina intention to leave, es decir, abandonar la profesión. *“From an individual, organizational, and social perspective, there is a need to understand why nurses develop an intention to leave their profession. The present study found that nurses were more likely to think of leaving when they experienced an unsupportive work environment, inadequate leadership, and work-to-home interference”*<sup>17</sup>. Todo este entramado tejido por las circunstancias de la salud psicoafectiva de los profesionales de la enfermería y las condiciones de precariedad laboral genera una situación de crisis de enfermería.

Con todo lo planteado hasta aquí, es muy probable que si analizásemos los discursos relativos al estado psicoafectivo de los profesionales de enfermería, su enfoque estaría más dirigido a responsabilizar de la situación del mismo, a todos aquellos factores externos a ellos, propios del entorno y sistema laboral en que trabajan, todos relacionados con la precariedad. Mi objetivo es acompañar en la autoindagación de este colectivo para averiguar cómo atienden sus malestares, y descubrir cuáles son los factores internos, propios de la idiosincrasia de cada individuo. Esto me permitirá poner una mirada más comprensiva y compasiva hacia mis colegas, mirada que espero compartir con la sociedad a la que pertenezco.

## **METODOLOGÍA**

**Diseño del estudio.** El diseño de esta investigación es descriptivo etnográfico, pues pretende describir y analizar cómo atienden sus malestares los profesionales de enfermería a través del descubrimiento de sus ideas, creencias, prácticas, conocimientos, patrones de conducta y condiciones de trabajo en diferentes áreas geográficas del estado español. Para describir los detalles de mi proyecto emplearé los criterios consolidados para investigación cualitativa COREQ<sup>18</sup>(ver anexo 3).

**Técnicas de obtención de datos.** Al proceder del mismo colectivo profesional al que he investigado, para posicionarme de un modo más objetivo he empleado listados libres en una fase inicial. Éstos me han permitido un primer acercamiento a los informantes a través del manejo de 6 ítems (ver anexo 1) en un documento word enviado a cada participante por correo electrónico. No he realizado el análisis cuantitativo de los datos, pero sí los he organizado en una tabla Excel que me permitió afinar y plantear las preguntas (ver anexo 2) para la entrevista personal semiestructurada. He realizado una única entrevista a cada uno de los informantes de 1 a 1,5 horas de duración con previa firma del documento de consentimiento informado y sin realizar ninguna prueba piloto antes. De las 11 entrevistas llevadas a cabo, sólo 2 han sido a través de Skype, las 9 restantes se han llevado a cabo de modo presencial. En la entrevista de Lucía, realizada en su consulta de atención primaria, estaba también su alumna de prácticas de 4º año de Enfermería. En el resto de ellas no ha habido otras personas a parte de las entrevistadas. 5 han sido desarrolladas en los espacios de trabajo de los propios informantes, consultas propias. 1 tuvo lugar en una cafetería con apenas ruido y gente, y, las 3 restantes, acontecieron en los domicilios de las informantes. Como método de recogida de la información he empleado la grabación en audio con una grabadora Olympus VN-541PC. Durante el transcurso de las entrevistas no he tomado notas de campo para evitar interferencias. Hablar de temas delicados con personas requiere de entrega, escucha activa y contacto visual constante para generar un buen vínculo y evitar la falta de honestidad.

**Muestra** . El tamaño de la muestra de población a investigar, profesionales de enfermería, viene condicionado por la falta de recursos económicos y tiempo. La muestra está constituida por 11 profesionales de enfermería: 10 mujeres y 1 hombre (ver tabla en anexo 4). En los inicios de la selección de la muestra, había otros dos hombres, pero abandonaron sin dar explicaciones antes de iniciar la colaboración. 1 de las participantes abandonó tras la

realización de la primera técnica (listados libres) y fue sustituida por otra que no la hizo (aunque traté de incluir los ítems en la entrevista personal). Para acceder a estos participantes he empleado diversas vías: contacto telefónico, mensajes de correo electrónico y mensajes a través de Whatsapp a mis contactos que a su vez hicieron difusión (bola de nieve). El criterio que establecía es que cada uno fuese de una especialidad o comunidad autónoma diferente, para ver en qué puntos convergían y en cuáles divergían según dichos factores. La inclusión de los informantes en la investigación la realicé según criterios de pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad. En la fase de los listados libres empleé el correo electrónico como vía de comunicación. He establecido el acuerdo de enviar a cada uno de los informantes de esta investigación el resultado final de este trabajo.

**Almacenamiento y análisis progresivo de datos.** *“El análisis de la información resultante del trabajo de campo – entendiendo por ello, la transcripción y organización del material proveniente de las respuestas a los listados libres y las entrevistas semiestructuradas, su codificación, comparación y contrastación, la identificación de temas, el reconocimiento de variables y la formulación de hipótesis- se llevó a cabo en varias etapas”*<sup>19</sup>. La transcripción de dicho material fue manual. Empleé cartulinas de diferentes colores. Cada color estaba asignado a un tipo de código. *“Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información de la investigación”*<sup>20</sup>. Éstos fueron emergiendo de forma progresiva, a medida que iba escuchando y transcribiendo las entrevistas, así como cuando añadía la información procedente de los listados libres (ver Anexo 5). Es decir, su creación ha sido inductiva ya que preferí prescindir de una codificación previa a la recolección de datos y obtenerlos directamente de los mismos. Algunos de estos códigos son descriptivos, ya que atribuyen una clase de fenómeno a un segmento del texto; otros son interpretativos, se generan tras la deducción de fragmentos del texto. Tras la fase de codificación realicé el informe para presentar de forma ordenada los resultados partiendo de la comprobación de que los datos se integraban dentro de las categorías establecidas (consolidación teórica). Dicha presentación pretendo que tenga un carácter divulgativo, que pueda llegar a todo tipo de público, sin que sea preciso manejar el tema que aquí se aborda. Considero que es preciso que la sociedad conozca en qué situación se encuentra la enfermería que los atiende en los servicios de salud de los que todos somos usuarios.



## RESULTADOS

*La enfermería como arte del cuidar.* "La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor de vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del recientemente ciego, el medio de locomoción para el infante y una voz para aquellos demasiado débiles para hablar"(Virginia Henderson). Como punto de partida para iniciar las entrevistas, he planteado que cada informante me hablase de lo que supone para él o ella su trabajo. Me parecía interesante valorar si existía una correlación entre lo que ellos definían y el lugar que ocupan en el mundo, es decir, observar cómo se autorreconocían para luego poder ser reconocidos en el mundo al que pertenecen, algo que en la actualidad no pasa. "La enfermería es una profesión todavía invisible en el mundo en que vivimos. Bajo mi punto de vista, esto es debido a que para muchos de nosotros, no es sólo un trabajo, es una vocación, un modo de vida, que usa como motor el acompañar a los demás sin tener en cuenta cómo nos sentimos primero nosotros. Además, hasta hace bien poco, era una profesión de mujeres, cuya esencia no busca el vanagloriamiento, los premios ni el dinero. La entrega y el servicio a los demás constituyen la piedra angular"<sup>21</sup>. Todos me han expresado la dificultad de respuesta para converger en el mismo punto: ser un profesional de enfermería es una labor muy amplia, que va más allá de la realización de unas técnicas específicas, como pueden ser la extracción de sangre o la cura de una Úlcera por presión. "A veces cuidas escuchando, a veces con las manos y a veces tomando una tensión" (Rosa). Ser un profesional de la enfermería consiste en estar al lado de una persona, casi siempre vulnerable, acompañarla, y en ocasiones sustituirla, a lo largo de los procesos de salud-enfermedad que surgen en las diferentes etapas de la vida de cualquier individuo ofreciendo todo tipo de recursos, desde una dieta para tratar la diabetes a una caricia en la mano cuando el paciente está triste. Como guía para reconocer qué ayuda han de ofrecer no sólo parten de los resultados de pruebas médicas diagnósticas, sino de toda la información que captan sus sentidos (un olor, un sonido, un aspecto...). Lo que se comunica y lo que no se comunica. Es un acompañamiento integral e integrador. "El "cuidado invisible" es desempeñado sin que haya una constancia social de su existencia"<sup>22</sup>. Es por esto que cuidar, para la mayoría de las personas que constituyen este colectivo, es una forma de estar en la vida, no sólo un trabajo. "A parte de realizar técnicas, el cuidar. Preocuparte de que las cosas estén bien y acompañar a la familia e irte para tu casa con la certeza de que has hecho las cosas lo mejor que has podido" (Miriam). No es de extrañar entonces, que como la mayoría de ellos opinan, uno de los requisitos sine qua non para desempeñar estas funciones es la calidad humana de la

persona, donde cualidades como la empatía, la compasión y la capacidad de escucha son imprescindibles. *“Pero lo fundamental en enfermería es, primero, ser buena persona, tener desarrollada la parte humana y, nunca olvidarse de que estás atendiendo a un ser humano que está en un momento muy vulnerable y depende de ti”* (Lucía).

*Situaciones de mayor impacto emocional en la jornada laboral* . En una primera aproximación con los informantes a través de los listados libres, todos hacían referencia a la precariedad laboral en la que se encuentra el sistema sanitario actual, como uno de los condicionantes más incisivos para crear malestar entre los profesionales de la enfermería. No se respeta el ratio profesional-paciente porque no se contratan suficientes personas, los sueldos son bajos y no suben desde hace años y en muchos centros se cierran unidades para aglutinar a los pacientes en otras, con la correspondiente sobrecarga y la pérdida de trabajo por especialización, disponiendo cada vez de menos tiempo para atender adecuadamente a sus pacientes, con las consiguientes quejas y protestas por parte de los mismos, y trabajando con sensación de falta de control de lo que se está haciendo. Todo ello hacía referencia a factores externos a los individuos. Para explorar cuáles son los factores internos, fue preciso repetir la pregunta, matizada, dentro de la entrevista semiestructurada. *“Si retirásemos del contexto actual el problema de la escasez en la contratación de personal, ¿crees que todavía habría situaciones que te impactasen emocionalmente? ¿Cuáles?”* Así, se pudo descubrir que como a cualquier otro ser humano afectivamente sano, a los profesionales de la enfermería, el contacto con el sufrimiento de los demás les impacta y deja huella, por mucho conocimiento teórico que tengan. *“Claro, trabajamos con personas en cada situación de vida, un diagnóstico, una intervención, una madre con su hijo, duelos. Además, cada día uno está diferente y responde de forma diferente a las situaciones”* (Clara). Este sufrimiento suele aparecer en situaciones de pobreza familiar, patologías en niños, accidentes y muerte de gente joven, pacientes que ingresan involuntariamente en salud mental con un comportamiento agresivo que desencadena una respuesta en forma de contención mecánica por parte de los profesionales sanitarios, el maltrato, el abandono infantil y la soledad del anciano. Algo que genera mucha incomodidad es la comunicación de malas noticias *“Y sigue habiendo muchas cosas para las que no estamos preparadas”* (Lucía).

Un dato relevante es el empeoramiento de estas situaciones cuando el equipo multidisciplinar no es bien avenido. *“Otro tema es la mala relación con otros profesionales del equipo. Hay médicos que nos ningunean, nos hablan mal, y más en UCI, que están tan cerca de nosotros”* (Lola).

No debemos olvidar que cuidar conlleva atender al ambiente del que forma parte el paciente, que a veces es carente de intimidad y calidez cuando las instalaciones son inadecuadas y reducidas. Para finalizar, de una forma muy general, algunos de los informantes son conscientes de que todo depende de la idiosincrasia de cada individuo en la relación con el otro. *“Las maneras de ser de cada persona”* (Clara). *“Causas internas, propias de mi personalidad”* (Juan).

*Los sentimientos y emociones: dificultades para su abordaje, actitudes correspondientes y aprendizaje.* Los sentimientos que más sobrepasan a los profesionales de enfermería son la impotencia cuando no da tiempo a terminar las tareas de la jornada, así como cuando no pueden solucionar con sus herramientas las situaciones de injusticia y desigualdad social, la tristeza en las situaciones de dolor y duelo, la angustia, *“no la doy gestionado, para mi es como algo malo”* (María). Como consecuencia del miedo a lo desconocido (muerte) o a hacer algo mal cuando hay exceso de cargas, la crispación por la desconsideración de sus superiores, y el sentirse invisibles, poco valorados en unas ocasiones por el paciente y su familia, y en otras por la organización para la que trabajan.

La emoción que más rechazan sentir, sea el informante de la procedencia, sexo y área profesional que sea, es la rabia ante calumnias, engaños o manipulaciones, así como por la desconsideración y el rechazo al modo en que ocurren las cosas, diferente del que ellos consideran el correcto. Además, la rabia, a veces, les hace ser poco diplomáticos perdiendo el control de la situación, no llegando a ningún lugar y enseñando su “lado oscuro”. *“La rabia me enseña mi parte fea y no la quiero enseñar, ja,ja,ja”* (Lucía). Según Arlie Russell, autora del libro *“The Managed Heart”* <sup>23</sup>, cada especialización presenta a hombres y mujeres con diferentes tareas emocionales. Es más probable que a las mujeres se les presente la tarea de dominar la ira y la agresión al servicio de "ser amable". Sin embargo, a los hombres se les asigna la tarea de agredir contra aquellos que rompen reglas de varios tipos para dominar el miedo y la vulnerabilidad.

*Los pensamientos y creencias* . Desde un punto de vista neurocientífico se ha demostrado que las emociones son fruto de nuestros pensamientos. *“Aquello que sentimos viene generado por la idea asociada a una persona, lugar, animal o cosa”* <sup>12</sup>. Es por ello que he considerado muy conveniente averiguar qué les pasa por la cabeza a los informantes en aquellas situaciones que tanto les impactan emocionalmente durante su jornada laboral. Estos pensamientos tienen su origen en aquellos determinantes de componente individual,

relacionados con rasgos de la personalidad o educacionales, no específicos pero si muy comunes entre los trabajadores sanitarios, tales como el perfeccionismo *“Pienso que soy incapaz de dar consuelo, no sé dar con las palabras adecuadas”* *“ Me gustaría ser más diplomática* (Rosa), la poca flexibilidad, *“No quieren hacer lo que yo digo...Pero serán...No lo ve y no quiere verlo”* (Lucía), la crítica (como enjuiciamiento) y autocrítica *“Podría hacerlo mejor”*(Carmen) *“Yo era mi peor enemiga, por ser muy crítica conmigo misma”* (Lucía) y disciplina elevada *“Yo esto no lo haría así”* (Lola) .Otra idea común es la de abandonar su profesión, la intention to leave. *“Estas situaciones me parecen tercermundistas. Pensamientos de abandonar mi trabajo. Las gerencias sólo piensan en abaratar costes. ¿Esto es eficiencia en la gestión de un hospital o es imposición y maltrato?* (Lupe). *“Cuando siento impotencia o tristeza me hace pensar si elegí bien mi profesión”* (María) o la idea de que no los reconocen como profesionales *“No me hacen caso”* (Lucía).

En ocasiones los juicios emitidos proceden de la influencia de los comentarios de colegas (por ejemplo, en el cambio de turno o cuando uno se acaba de incorporar a un equipo) o de la lectura de la historia clínica. *“Antes apoyaba completamente el juicio de mis compañeros, pero ahora no, lo puedo escuchar, pero no me quedo con nada. Me llevo grandes sorpresas. (...) En salud mental tengo muchas experiencias negativas y he cometido errores brutales por los que he tenido que disculparme. Ahora intento ser muy prudente con las lecturas que hago”* (Ainoa).

*Actitudes y comportamientos.* Los mecanismos individuales para abordar estos pensamientos y emociones se podrían clasificar en dos grandes grupos: de evasión (hacia fuera) o de reflexión y autocuestionamiento (hacia dentro). En el primer grupo estaría el hablarlo, compartirlo con algún compañero del equipo, con amigos (casi siempre del mismo colectivo) o con la pareja en casa. También enmarcaríamos aquí el realizar deporte, cursar alguna formación específica sobre el tema que más le impacta, pedir a otro compañero que lleve al paciente con el que ha surgido la situación incómoda, mantener más distancia para no implicarse tanto, enfocarse en salir del hospital y olvidarse de todo lo ocurrido y tomarse una cerveza al llegar a casa. *“La prevalencia de adicciones en el personal de enfermería es similar a la de la población general (aproximadamente 10%), siendo el trastorno adictivo más frecuente el consumo de alcohol, una vez se ha excluido el tabaco”* <sup>24</sup>. *“Antes, cuando empecé en lactantes, llegaba a casa y me tomaba una cerveza. Si llegásemos a ser un poco más débiles estaríamos enganchados a drogas o alcohol”* (Miriam).

Un comportamiento habitual propio del colectivo enfermero (y del profesorado) es el presentismo, neologismo que define el fenómeno que consiste en que los empleados a pesar de estar enfermos o sufrir alguna lesión, acuden igualmente a trabajar. *“La profesión enfermera junto con l@s cuidador@s y la enseñanza a nivel primario son uno de los grupos profesionales con tasas significativas más altas de presentismo en comparación con otras profesiones. Un gran número de variables, tanto organizacionales, como individuales, han sido descritas como predictores del presentismo, es decir, facilitan y aumentan la probabilidad de que una enfermera acuda enferma a trabajar”*<sup>25</sup>. Los factores que más potencian este fenómeno son las altas demandas en el trabajo, el alto soporte social por parte de los compañeros, el control de la asistencia al trabajo, la inseguridad laboral, la ausencia de pago de los días de baja por enfermedad, la dificultad o carencia de reemplazo, el pertenecer al género femenino y la cultura presentista. Algunos de los informantes, honestamente declaran que se consideran indispensables. *“El concepto de baja nos es muy difícil de encajar porque nos sentimos imprescindibles”* (Carmen). No obstante, si tienen que elegir entre hacer una huelga para reivindicar mejoras o coger una baja laboral cuando ya no pueden más, la mayoría optan por la primera opción. *“Lo de la huelga. Se hacen muy pocas. A mi me resulta más gratificante, reivindicar las cosas hacia fuera. La manera de afrontar los problemas es mediante la reivindicación.”* (Lola). *“La huelga, porque la baja no te soluciona nada, pero se hacen pocas huelgas”* (Miriam).

Otro mecanismo de fuga propio de la sociedad occidental es la queja, pero dentro del colectivo enfermero, matizaríamos esta actitud. Se trata de una queja no constructiva, que se queda dentro de los pasillos del hospital, que genera ambientes laborales tóxicos y falta de respuesta para el cambio de la situación *“Yo soy la primera quejona. Soy muy reacia a escribir. Los que vienen detrás son diferentes, pero a nosotros nos enseñaron a aguantar. Somos los lastres que quedamos por ahí”* (Lucía). *“Nadie quiere poner el cascabel al gato”* (Lola). *“Quedan un poco en vacío nuestras reivindicaciones”* (Ainoa).

Un factor que influye sobre la falta de respuesta constructiva es que en la mayoría de los equipos de enfermería, no hay unión. Si analizásemos con perspectiva de género las figuras con prestigio social, en enfermería hablaríamos de luchas individuales tales como las de Florence Nightingale o Virginia Henderson. Todos los informantes asumen que por tratarse de un colectivo mayoritariamente femenino, la crítica, la envidia y la dureza entre ellas es común. Un hallazgo recién llegado a mis manos que habla de un cambio de actitud con

respecto a lo relatado anteriormente, es el de la Plataforma Gallega “Enfermeiras eventuais en Loita”, creada a comienzos del 2019 por un grupo de enfermeras de la localidad de Silleda, con la intención de comunicar y reivindicar las condiciones de precariedad y complejidad en las que se ven obligadas a trabajar y a sufrir cuando su rol es el de usuarias del sistema. *“Os nosos obxetivos son sinxelos, mellorar as condicións laborais do sector eventual da enfermaría pública galega e mellorar, en consecuencia, a calidade do mesmo e que a saúde dos galegos e galegas acade o nivel que todos e todas nos merecemos”*<sup>26</sup>.

Una tendencia bastante común entre los seres humanos de nuestro tiempo, es la de rechazar los pensamientos calificados como “negativos”, generando situaciones de atrapamiento mental que pivotan sobre el mismo punto y magnifican la cuestión desde el rechazo. *“Céntrate, olvídate”* (María). *“A veces me castigo un poco, soy un poco neurótica con los pensamientos negativos. Necesitaría ayuda con esto”* (Miriam). *“Siempre escapo de pensar, lo rechazo”* (Lupe). *“Cuando me engancho es desagradable, me cuesta desconectarlo”* (Lucía).

Como mecanismos de reflexión y autocuestionamiento, algunos de los informantes practican, no tan frecuentemente como ellos quisieran, la meditación, evitando tragar con la situación a través de la introspección, pasean por la naturaleza, reconocen sus propias heridas para conectar con su vulnerabilidad y lloran delante de los pacientes. *“Ellos también nos ayudan a nosotros”* (Lucía). *“Yo soy emoción, y de eso se trata, acompaño con ello”* (Rosa). *“Es inevitable sentir”* (Clara).

Fruto de su bagaje y aprendizaje personal, algunos de los informantes han dado con una forma más constructiva de convivir con este tipo de pensamientos, tomando más conciencia de los mismos a través del desarrollo de hábitos como el de anotar los pensamientos en un papel, meditar, pasear y observarlos como si de fotogramas se trataran. Los que más se conocen y cuestionan interiormente, se muestran receptivos en todo momento, recogiendo lo que surja en la situación, para después reflexionarlo, dándose más espacio para ellos mismos y agradeciendo su propia vida una vez hecho todo el proceso. *“Estás solo contigo mismo, has de cuidar de ti mismo para poder darte”* (Clara).

Uno de los grandes valores de esta profesión es la capacidad de transformar a las personas. Toda esta efervescencia emocional favorece que puedan convivir con diversos interrogantes y brechas aumentando así su capacidad de ser flexibles y la serenidad en la

vida. *“No coger nada como férreo y llevarlo como un estandarte hacia delante, ser sereno como para poder escuchar a los otros”* (Carmen).

Otra de las cualidades que desarrollan es el convertirse en personas más pacientes y con mayor capacidad de análisis y de poner límites, quitando mucho drama de las situaciones, y permitiendo que sus intervenciones sean más calmadas. Aprenden a vivir con la enfermedad y la muerte, valorando más cada momento. Desarrollan más confianza en la vida respetando los tiempos. Algunos informantes adquieren cualidades de alquimistas, siendo capaces de convertir una experiencia de trabajo duro en una experiencia para disfrutarla aportando luz y amor. *“Darme el permiso de disfrutar cantando esté quien esté en la habitación del paciente”* (Miriam). Reconocen su valía y fortaleza, permitiéndose ser más ellos mismos, dejándose sentir *“No aguantarse las emociones y expresarlas y permitir al paciente que también exprese las suyas. A veces un abrazo vale más que cinco Valiums”* (Rosa) y adoptan una actitud de aprendiz constante, así como de ser conscientes de lo mucho que reciben de los pacientes y familiares. *“Mi trabajo me ha ayudado a ser la persona que soy”* (Lupe). *“Se trata de estar trabajado no curtido”* (Clara).

*Repercusiones a nivel personal y relacional (con pacientes) del vínculo entre sus emociones y pensamientos.* A nivel personal, los mecanismos empleados por cada uno de los profesionales generan diferentes tipos de dolencias. En el plano físico, es común que aparezcan contracturas musculares, cefaleas, cansancio, episodios de hipertensión arterial, sequedad ocular, sudoración espontánea, dermatitis atópica, taquicardias, inapetencia o apetencia por algo dulce, opresión en el pecho y temblor de manos y piernas. En cuanto a síntomas más psicológicos desencadenan situaciones de insomnio, estrés, ansiedad, incapacidad para desconectar al llegar a su casa y sueños con los pacientes.

La mayoría de los informantes son conscientes de que el modo en que piensan y sienten con respecto a sus pacientes, afecta al vínculo que se crea entre ambos. *“Claro que afecta. Cuando lo noto respiro y digo ¡vamos!”*(Clara). Si la conexión entre ambas partes es buena, el paciente recibe un cuidado más rico, pero en caso contrario el trato se desarrolla a través de respuestas sistemáticas y automáticas, algo simple y meramente técnico. A veces esto viene condicionado por la falta de tiempo y no sólo por la compatibilidad de caracteres. *“La transferencia no fluye cuando siento rechazo o incomodidad en la situación”* (Carmen). *“Me asusto y no sé reaccionar a tanta agresividad, me bloqueo”* (...) *“Cuando canto a los niños es*

*increíble, al oírme dejan de llorar y me miran. Les cambias el chip. Además, a las mamás les encanta”* (Miriam).

*Cómo se cuidan, cómo los cuidan* . La mayoría de los informantes cuando hablan de cuidarse, hacen referencia a aspectos básicos, hábitos de vida saludable, que practican en menos ocasiones de las que ellos indican a sus pacientes *“Damos mejor los consejos que nos los aplicamos”* (Carmen). Practican algún tipo de deporte (Taiqi, Pilates, correr, caminar), mantienen una alimentación equilibrada, disfrutan con sus amigos y familia, y realizan actividades como la lectura y la pintura, así como las que se dan al aire libre (trabajo en el huerto, viajes o paseos por la naturaleza). Algunos, los menos, se atienden de una manera más profunda, con una mirada introspectiva que les permite reconocer sus propios límites *“Es necesario saber parar y poder hacerlo”* (Clara), *“reconocer cómo me hago daño y ser más amorosa conmigo”* (Ainoa) y autocuestionarse. *“Valorar cómo nos posicionamos en la vida y cómo vivimos las diferentes situaciones que nos toca vivir”* (Clara).

Otros no se bastan por sí solos y precisan del acompañamiento de un psicólogo o terapeuta, o se forman en temas específicos (postgrados, másteres) para llevar a cabo un afrontamiento más eficaz sobre sus malestares. Siempre por iniciativa propia.

Si trasladamos el papel cuidador a la organización para la que trabajan, todos convergen en el hecho de que son sólo números, no se sienten respaldados por el sistema. *“Es increíble que en una empresa en donde se cuida a las personas nadie se preocupe de como está la cuidadora (...) Cuando se murió mi marido cogí una baja y me acosaban y me obligaban a tomar los antidepresivos y si decidía no consumirlos me daban el alta”* (Miriam). *Ahora me siento muy maltratada por la Gerencia que está”*. (Lucía). En general, sus líderes apenas los representan, sólo hacen de intermediarios entre la Administración y ellos, y se dedican a cuadrar planillas y a pedir lo menos posible. *“Leal (2003) recomienda la necesidad de que las instituciones brinden el apoyo adecuado a los profesionales, con el propósito de aumentar el desarrollo personal-profesional y la consecución de los objetivos institucionales. Si fallan estas funciones descritas anteriormente, es decir, si la institución no sabe interpretar las necesidades de los profesionales —o las entiende como un ataque—, condicionará en gran medida el resultado de la labor del profesional y provocará en él un sentimiento de abandono y desamparo que repercutirá especialmente en el trato que reciba el usuario del servicio”* <sup>27</sup>.



Además, muchos de ellos, no tienen una formación específica en gestión, son elegidos por libre designación, favoreciendo un mal uso de los recursos y climas laborales sin equidad. Sin embargo, algunos si se sienten apoyados por sus jefes más inmediatos *“Yo pienso que el ICS (Institut Català de la Salut) no sabe ni quién soy. Si que me siento respaldada por mi jefa y por parte del nuevo director de enfermería.”* (Rosa).

La bolsa de trabajo basada en un sistema de concurso-oposición funciona con reglas injustas, que llevan a realización periódica de exámenes, hasta que finalmente consiguen una plaza fija cuando llevan 20 años de ejercicio profesional. *“la bolsa de trabajo es una gamberrada”* (Rosa) *“Se han de renovar los parámetros para que esté mejor”* (Juan). Los sueldos son bajos y no se aumentan desde hace años. En muchas partes de nuestro país no se conceden los contratos eventuales por especialización, lo que aumenta la inseguridad, el número de errores y la discordia entre los miembros del equipo. *“Te usan para rellenar huecos, en donde hagas falta, (...) valemos para todo”* (Lola).

También el reconocimiento sigue recayendo más sobre los médicos y existe jerarquización en los equipos multidisciplinares y en muchas ocasiones mala comunicación entre éstos y el colectivo enfermero. Una posible solución para este problema sería generar reuniones periódicas dentro del propio colectivo y con otros, para exponer casos prácticos y cuestiones de relación/comunicación entre ellos. Otro tema a destacar, es que ninguno de ellos considera que se les forme adecuadamente para atender el sufrimiento de los demás, ni durante la carrera universitaria, puramente técnica y teórica, ni a lo largo de su carrera profesional. *“Cuando empecé a trabajar todo era muy teórico y no sabía desarrollar la práctica. Me limitaba. Me decía ¡Qué poco sé! ¡Qué grande es todo!”* (Uxía). *“Yo siempre comparo la enfermería con el momento en que te dan el carné de conducir, te sueltan y ¡jala! (...) Te sueltan y aprendes a base de golpes. No tienes ningún sitio en donde te apoyen o enseñen. Tú te sacas las castañas del fuego”* (María).

Siendo conscientes de sus carencias, una de las peticiones, común en todos ellos, es la de una formación y acompañamiento específicos financiada por la organización para la que trabajan. *“Que se nos formen más en cómo ayudar a los pacientes”* (Lola). *“Retiros cada cierto tiempo. Que nos lleven a una casa rural 3-4 días con un coach para aprender más sobre el manejo emocional”* (Lucía). *“Mejorar la educación psicoafectiva del personal de enfermería para ayudarnos a enfrentarnos a las situaciones que he citado anteriormente”* (Rosa).

Todo lo descrito hasta aquí habla de reivindicar el lugar de la enfermería dentro del sistema sanitario, de reconocer y cuidar el valor de lo humano. *“Que nos escuchen más”* (Lola). *“Que no hagamos más noches a partir de una edad”* (Miriam).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A medida que se ha ido creando este artículo no ha dejado de resultarme evidente el paralelismo con el que me he topado. Al igual que los profesionales de enfermería achacan más los factores externos a ellos como causas de sus malestares, todas las investigaciones halladas para crear el marco teórico inicial sólo hacían referencia a este tipo de condicionantes. Describían el tipo de padecimiento asociándolo en todo momento a las circunstancias de precariedad. Se da un vacío de autocrítica y autorreflexión derivados del propio sistema para el que se trabaja. Es sospechoso también el hecho de que aún con el apoyo del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, no he podido encontrar datos sobre las bajas e incapacidades laborales de este colectivo cuando se trata de salud mental ¿Por qué no se da la transparencia con esta información? ¿Es que acaso hay algún tipo de interés oculto?

Dentro del Modelo Médico Hegemónico no hay cabida para la autoatención <sup>1</sup>. Lo que he pretendido con este trabajo ha sido centrarme en el análisis de las estrategias llevadas a cabo por los profesionales de enfermería para autocuidarse, y así, posibilitar un análisis más complejo y completo de las trayectorias de atención que incluye tanto el nivel profesional e institucional como el social.

Muchos de los artículos leídos hacen una llamada a generar intervenciones de formación de los profesionales sanitarios, tanto en los planes de formación académica y complementaria, como de reciclaje, que incorporen el aspecto del trabajo personal. Además, los propios profesionales lo solicitan también. Esta formación *“ayudaría a afrontar los problemas cotidianos de una forma más efectiva, aumentando el bienestar psicológico y el optimismo disposicional, así como protegiendo al profesional frente a la insatisfacción laboral, lo que redundaría en la efectividad de la práctica enfermera”* <sup>28</sup>. Dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el marco de servicios de salud integrados y centrados en la persona del Consejo Ejecutivo de la OMS <sup>29</sup> se dice que *“Para contar con servicios de salud integrados y centrados en la persona, se necesita un tipo particular de trabajador sanitario, dotado de las competencias adecuadas. Además de las ventajas que de*

*ahí se siguen para las comunidades y poblaciones, ello también resulta beneficioso para los propios servicios de salud integrados y centrados en la persona, pues trae consigo, entre otras cosas, un mayor grado de satisfacción laboral, cargas de trabajo más equilibradas, lo que se traduce en menos casos de desgaste y agotamiento prematuros, y oportunidades de formación y capacitación para adquirir nuevas competencias. (...) Las medidas para avanzar en cada una de esas estrategias que se plantean en este marco, están concebidas para influir en distintos niveles, desde la forma en que se prestan los servicios (a personas, familias y comunidades) hasta la adopción de nuevas fórmulas de trabajo en organizaciones, sistemas asistenciales e instancias de planificación”.*

Una nueva fórmula de trabajo en las organizaciones sanitarias, podría ser la instauración de espacios para el aprendizaje y reflexividad autónoma, integrando las experiencias personales para aprender de ellas. Así, se optimizarían los recursos económicos y se reduciría el gasto en consumo de antidepresivos y ansiolíticos, cada vez mayor, dentro del colectivo sanitario. *“La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. La depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial US\$1 billón al año; los países y los asociados para el desarrollo discutirán el camino a seguir durante una reunión organizada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Cada US\$ 1 invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde US\$ 4 en mejora de la salud y la capacidad de trabajo, según un nuevo estudio dirigido por la OMS en el que se estiman por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo. Los costos estimados de la ampliación del tratamiento, principalmente el asesoramiento psicosocial y los medicamentos antidepresivos, se elevan a US\$ 147 000 millones. Sin embargo, los beneficios superan ampliamente los costos. Se calcula que la mejora de la participación y la productividad laboral en un 5% supone un beneficio de US\$ 399 000 millones, y la mejora de la salud otros US\$ 310 000 millones.”*<sup>30</sup>.

Con toda probabilidad, la existencia de intervenciones que propiciasen el autoconocimiento producirían una mayor alianza terapéutica en la relación entre el profesional de la salud y su paciente, ya que el profesional no rechazaría las situaciones que le hacen sentirse incómodo o que cuestionan su modus operandi, sino que se abriría a escucharse durante el transcurso de dicha situación. Entre ambos actores (paciente y profesional de enfermería) aparecería la liminaridad en muchas de estas ocasiones y, de este

modo los roles de observador y observado se irían intercambiando de una forma espontánea y fluida, libre de prejuicios y creencias, dando lugar a una mayor terapéutica en esta relación. Se desarrollaría el empoderamiento (engagement)<sup>31</sup> de los profesionales de enfermería en el seno de su equipo de trabajo y en la sociedad a la que pertenecen, y, lo que es más importante y esencial, se potenciaría y desarrollaría más humanidad en el sistema sanitario.

A raíz de la experiencia de cursar el Máster en Antropología Médica y dada mi implicación personal con el objeto de estudio de este trabajo, he desarrollado “Cuidados entre cuidadores”, proyecto que pretende acompañar a los profesionales sanitarios en la atención de sus malestares para generar bienestar y realización en sus puestos de trabajo, en sus equipos, en sus organizaciones, y, en su vida diaria.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Menéndez, Eduardo L. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, Vol.1. Pp.9-32. Buenos Aires, Argentina.
- 2.- Baranda, Lucía (2017) Estudio sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. *Fundación Galatea y Colegio de Enfermería de Barcelona. Informe de resultados.*
- 3.- Equipo de Redacción (2009). “*El Reino Unido tiene un problema: 300 enfermeras se han suicidado en 7 años*”. *El Confidencial*, diario digital [https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2019-04-29/enfermeras-suicidio-tragedia-reino-unido-estres\\_1971626/?fbclid=IwAR2R1Ifm7EVS8gj34kQKN3jQRNjICDQosSEnzbonHiyXmUFcizVhJ3INAZg](https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2019-04-29/enfermeras-suicidio-tragedia-reino-unido-estres_1971626/?fbclid=IwAR2R1Ifm7EVS8gj34kQKN3jQRNjICDQosSEnzbonHiyXmUFcizVhJ3INAZg), consultado el 10 de mayo de 2019.
- 4.- Torres, Sergi (2014) *Saltar al vacío*. Ediciones Presencia. Barcelona.
- 5.- Chul Han, Byung (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial S.L. Barcelona.
- 6.- Martínez Hernández, Ángel (2018) *Suspender el mundo. Crisis de la presencia y reciprocidad en un caso etnográfico*. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.

- 7.- Agamben, Giorgio (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* 73. Año 26. Pp. 249-264. Méjico.
- 8.- Cabanas Díaz, Edgar; Sánchez González, J. Carlos. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del psicólogo*. Vol 33 (3). Pp: 172-182. Revista digital.
- 9.- Le Breton, David (2013). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 10. Año 4. . Pp. 69-79. Argentina.
- 10.- Wharton, Amy S. (2009). The Sociology of Emotional labor. *The Annual Review of Sociology* 35. Pp.147–165. Palo Alto. USA.
- 11.- Bialakowsky, Alberto L, Rosendo Erenestina, Crudi Roxana, Zagami Mónica, Reynals Cristina, López Ana Laura, Haimovici Nora (2006) La violencia del método institucional en el continuum de exclusión-extinción social. *Subjetividad y procesos cognitivos*, Vol (9). Pp.69-91. Universidad Uces. Argentina.
- 12.- Del Rosario, David (2019). “*El libro que tu cerebro no quiere leer. Cómo reeducar el cerebro para ser más feliz y vivir con plenitud*”. Ediciones Urano. Madrid.
- 13.- Waerness, Kari (1987) Sobre la racionalidad del cuidado, en “*Las mujeres y el Estado*”. cap 7. Pp 241- 272. Sasoon A.S editorial. Madrid.
- 14.- Carrasco Acosta, M<sup>a</sup> del Carmen; Márquez Garrido, Manuel (2005) Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, n18. Pp. 52-59. Alicante, España.
- 15.- Esteban, Mariluz (2017) Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e, del Institut Català d’Antropologia*. No22 (2). Barcelona.
- 16.- Barnes, Marian (2018) Alianzas integrales para el cuidado, en *Nuevas políticas del cuidar. Alianzas y redes en la ética del cuidado*. Edicions del Col·legi Oficial d’Infermeres i infermers de Barcelona.
- 17.- Van Der Heijden, Beatrice I.J.M; van Dam, Karen; Martin Hasselhorn, Hans (2009) Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home

interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International Journal*. Emerald Publishing. England.

18.- Tong, Allison; Sainsbury, Peter; Craig, Jonathan. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6. Pp 349–357. Oxford University Press. United Kingdom.

19.- Remorini, Carolina (2008) *Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República Argentina*. Tesis doctoral, de la Universidad de la Plata. Buenos Aires Argentina.

20.- Meijome Sánchez, Xose Manuel (2017) Investigación cualitativa y métodos mixtos en ciencias sanitarias. *Máster on-line en Enfermería Basada en la Evidencia*. Salusplay Editorial. Vizcaya.

21.- Barbeito, Vanessa (2017) Integrando la investigación científica en la práctica diaria de una enfermera de atención primaria, en *Investigación enfermera aplicada a la práctica clínica*. Pp. 323-329. Salusplay editorial. Vizcaya.

22.- Porto, Benjamín (2015) *La crisis del cuidado invisible*. Universidade de Vigo.

23.- Russell Hochschild, Arlie (1983) *The Manage Heart. Commercialization of human feeling*. University of California.

24.- Otero Dorrego, C., C. Huerta Camarero, and N. Duro Perales (2008) Drogodependencias En Personal Sanitario, Una Visión Desde La Medicina Del Trabajo (I): Aspectos Jurídico-Legales y Epidemiológicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 54 (211) Pp. 15–23. Madrid.

25.- Reyes Revuelta, Juan Francisco (2014) Presentismo en Enfermería. Implicaciones en seguridad del paciente. Posibilidad de control y reducción. *Enfermería Global* 35. (Revista electrónica trimestral de Enfermería)

26.- Enfermeiras eventuais en loita. <https://www.enfermeirasenloita.es/quen-somos/> Búsqueda hecha en mayo de 2019.

27.- Puig Cruells, Carmina (2015) *La supervisión en la acción social. Una oportunidad para el bienestar de los profesionales*. Publicaciones Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

- 28.- Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM (2008) Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Revista Index de Enfermería* 17 (3).
- 29.- Consejo Ejecutivo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015) *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona*. Documento electrónico, <http://www.who.int/es/>, consultado el 2 de enero de 2018.
- 30.- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. <http://www.who.int/es/home/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>, consultado el 13 de junio de 2018.
- 31.- Granero Lázaro, Alberto (2017) “*Calidad de vida laboral de las enfermeras: Evaluación y propuestas de mejora*”. Tesis doctoral, Departamento de Ciencias Enfermeras de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona.
- 33.- Colliere, Françoise (1996). Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Revista Index de Enfermería*, Vol 18. Pp 9-14. Granada, España.
- 34.- Fernández Núñez, Lissette (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Bulletí de Recerca del Institut de Ciències de l'Educació*. Universitat de Barcelona.
- 35.-Kroll, Thilo and Neri, Melinda (2009). Designs for Mixed Methods Research en *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. Pp.31-49. Wiley-Blackwell Publications, New Jersey, USA.
- 36.-Lorimer, Francine (2010) Using Emotion as a Form of knowledge in a Psychiatric Fieldwork Setting, en “*Emotions in the Field: The Psychology and Anthropology of Fieldwork Experience*”. Standford University Press. Pp 98-126. California.
- 37.- Moreno Preciado, Manuel (2018) Hacia una antropología del cuidado. *Revista Index de Enfermería*. n 27 (3). Pp. 113-114. Granada, España.
- 38.- Valles Miguel (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.

## ANEXOS

### 1) Secciones de los listados libres

- 1.- ¿Cuáles son las situaciones o momentos habituales de mayor impacto emocional o malestar en tu jornada laboral?
- 2.- Desde tu punto de vista, ¿cuáles son las causas de estas situaciones de malestar en tu trabajo?
- 3.- ¿Qué sentimientos y emociones te sobrepasan más durante tu jornada laboral?
- 4.- ¿Qué pensamientos o creencias te vienen mientras sientes esas emociones?
- 5.- ¿Afecta lo relatado anteriormente a tu cuerpo físico? ¿Cómo? Por favor, cita alguno de los signos que padezcas más habitualmente.
- 6.- ¿Qué medidas se podrían tomar para mejorar estas situaciones?

### 2) Preguntas para la entrevista personalizada

- 1.- ¿En qué consiste para ti ser un profesional de enfermería? ¿Qué representa para ti “el cuidar”?
- 2.- ¿Consideras que durante la formación universitaria te forman adecuadamente para enfrentarte a las situaciones que emocionalmente te resultan impactantes? ¿Y después, cuando ya ejerces tu profesión, existe algún espacio para ello por parte de la organización para la que trabajas?
- 3.- Si retirásemos del contexto actual el problema de la escasez en la contratación de profesionales, ¿crees que todavía habría situaciones que te impactasen emocionalmente? ¿Cuáles?
- 4.- ¿Qué haces con lo que sientes en una de estas situaciones?



- 5.- ¿Qué has aprendido a nivel emocional con el paso del tiempo y la experiencia profesional?
- 6.- ¿Cuál es la emoción que más rechazas sentir? ¿Por qué?
- 7.- ¿Identificas algún pensamiento asociado a la misma? ¿Cuál o cuáles?
- 8.- ¿Con cuál de estas situaciones te identificas más: coger una baja laboral cuando ya no puedes más o hacer huelga para reivindicar mejoras laborales?
- 9.- ¿Cómo percibes la queja en tu entorno laboral?
- 10.- ¿Te sientes respaldado, acompañado y cuidado por el equipo o centro para el que trabajas? En caso negativo, ¿Qué medidas consideras que se podrían adoptar?
- 11.- ¿Cómo cuidas de ti, cómo te atiendes?
- 12.- ¿Cómo te relacionas con tus pensamientos?
- 13.- ¿Cómo crees que afecta lo que tú piensas y sientes en la relación con el/la paciente? ¿Lo detectas cuando estás con él/ella?

### 3) Criterios COREQ

**Table 1** Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
<b>Domain 2: study design</b>		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings:</b>		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

#### 4) La muestra

PSEUDÓNIMO	ESPECIALIDAD Y CENTRO	LOCALIDAD	EXPERIENCIA TOTAL (Años)	EXPERIENCIA EN PUESTO ACTUAL (Años)
María	Cirugía General (centro A)	A Coruña	11	3
Clara	Cuidados paliativos a domicilio (centro B)	Barcelona	21	15
Lola	UCI pediátrica (centro C) + delegada sindical	Madrid	36	30
Lupe	Psiquiatría (centro A)	A Coruña	26	7
Juan	Director de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria	Barcelona		
Lucía	Primaria (centro de Salud D)	A Coruña	42	13
Carmen	Programa del Colegio Oficial de enfermería	Barcelona	34	7
Uxía	Gestora de casos (Centro E)	Barcelona	30	7
Rosa	Primaria (centro F)	Barcelona	29	11

Ainoa	Urgencias (centro G)	Barakaldo	23	14
Miriam	Oncología pediátrica (centro A)	A Coruña	31	18

## 5) Los códigos

CÓDIGO	TIPO	SIGNIFICADO
SITUACIONES	Descriptivo	Momentos del origen del impacto emocional
EMOCIONES	Descriptivo	Reacciones psicofisiológicas
CREENCIAS	Interpretativo	Pensamiento propio relacionado con algo o alguien que se considera verdadero
COMPORTEAMIENTO	Interpretativo	Actitud en una situación
REPERCUSIONES	Interpretativo	Consecuencias de una decisión o situación
CUIDADO	Interpretativo	Forma de atender a nivel físico, emocional, mental y espiritual
Códigos empleados		