



**LA RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERO-PACIENTE: UNA MIRADA A LA
EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS ENFERMEROS.**

Autoras

Lizeth Camila Bermúdez Sánchez

Sofia Alejandra Kamila Chaves Narváez

Maria Camila Granados Echeverri

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Departamento de Ciencias Sociales
Psicología
2021

**LA RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERO-PACIENTE: UNA MIRADA A LA
EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS ENFERMEROS.**

Autoras

Lizeth Camila Bermúdez Sánchez

Sofia Alejandra Kamila Chaves Narváez

Maria Camila Granados Echeverri

Docente de la asignatura

María Teresa Cuervo Cuesta

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Psicólogo

Director del trabajo de grado

Natalia Herrera Correa

Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Departamento de Ciencias Sociales
Psicología

2021

ARTÍCULO 23 de la Resolución No. 23 del 6 de Julio de 1946 del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”

Nota de aceptación

Natalia Herrera Correa
DIRECTORA- TRABAJO DE GRADO

Nathalie Olano Duque
Evaluadora

Juan Pablo Niño
Evaluador

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	36
Tipo de estudio	36
Diseño	36
Participantes	37
Procedimiento	41
Validez	44
Consideraciones éticas	45
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	81
REFERENCIAS	86

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías y subcategorías	38
Tabla 2. Datos sociodemográficos de los participantes	47
Tabla 3. Frecuencia de alusiones por subcategorías según la técnica de análisis de contenido	48

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Formato para evaluación de entrevista semiestructurada – María del Socorro Peláez	99
ANEXO 2. Formato para evaluación de entrevista semiestructurada – Nathalie Olano Duque	111
ANEXO 3. Instrumento versión final	127
ANEXO 4. Consentimiento informado	135
ANEXO 5. Modelo carta solicitud juezas	138
ANEXO 6: Matriz de cambios	140

RESUMEN

Introducción: La enfermería es una profesión que se encuentra en constante relación con aquellas personas que necesitan de sus cuidados, más estrecha se convierte esta relación cuando se trata de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Objetivo general:** Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de auxiliares de enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia. **Método:** metodología cualitativa con un diseño de investigación fenomenológico. **Instrumento:** entrevista semiestructurada. **Muestra:** 6 auxiliares de enfermería de distintas UCÍ's de adultos de hospitales de tercer nivel en Cali con un mínimo de 2 años de experiencia laboral en este ámbito. **Resultados:** En relación con las emociones que surgen en los auxiliares se encontró que estas aluden más frecuentemente a la tristeza y la alegría, respecto a los sentimientos, aparecieron la impotencia, la frustración y la gratitud. Se identificó que, por una parte, surgen emociones y sentimientos a raíz de los comportamientos de los pacientes mientras se les brinda ayuda, y por otra parte, se encontró que estos también surgen a raíz de las situaciones que viven los pacientes debido a su padecimiento fisiopatológico delicado. Respecto a las cogniciones construidas alrededor de la experiencia de brindar ayuda a pacientes críticos se encontró que las ideas que aparecen con más frecuencia refieren que el paciente es concebido como una persona que atraviesa por una situación de vida dificultosa, que se encuentra vulnerable y necesita toda la ayuda que se le pueda brindar. En consecuencia, se identificó que el auxiliar pretende generar un cuidado permanentemente debido a la delicadeza de éste, además se evidencio que la UCI es concebida como un contexto agotador, complejo y demandante, pero a su vez enriquecedor. Por último, aludiendo a las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana, se distinguen factores que limitan la expresión de actitudes como la congruencia, la consideración positiva incondicional y la empatía, a pesar de que los auxiliares reconocen la importancia de estos aspectos, se evidencian dificultades para la puesta en práctica de dichas actitudes dentro del campo de desempeño. **Conclusión:** La comprensión de lo que significa brindar una relación de ayuda como una experiencia subjetiva, está atravesada por la forma en la que los enfermeros experimentan sus emociones, construyen sus ideas sobre sus pacientes, y simbolizan las acciones de cuidado que brindan, lo cual permite que surjan de las percepciones que tienen sobre su realidad y los fenómenos que ocurren en ella.

Palabras clave: Relación de ayuda, Unidad de Cuidados Intensivos, Personal de Enfermería, Experiencia Subjetiva.

INTRODUCCIÓN

Al hablar del cuidado en enfermería aparecen infinidad de experiencias y situaciones que hacen parte de su práctica. No obstante, la relación que establecen con sus pacientes, la cual, de acuerdo con Carratalá (2008) tiene un efecto terapéutico en estos últimos, resalta por el papel fundamental que ocupa dentro del hacer de los enfermeros y enfermeras. Además, según Mena et al., (2016) el proceso de cuidar exige en los enfermeros un compromiso que trasciende la realización de acciones de cuidado aprendidas a partir de las costumbres y tradiciones que un grupo humano tiene sobre el cuidado. En consecuencia, la presente investigación pretende estudiar la relación de ayuda que se establece entre el enfermero y el paciente adulto dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), desde la experiencia subjetiva del auxiliar de enfermería.

A partir de la revisión de distintas investigaciones se encontraron algunos factores relacionados con las situaciones que atraviesan los enfermeros y enfermeras al momento de brindar la relación de ayuda al paciente. A continuación, se expondrán las investigaciones que permiten describir las problemáticas que están vinculadas a la relación de ayuda desde la óptica de los auxiliares en enfermería, a los cuales se comprenderá también como el personal de enfermería.

Para empezar, dentro del informe realizado por De Bortoli et al. (2020) para la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) con el objetivo de exponer la situación de la enfermería en el mundo y en la región de las Américas ante la situación de salud pública generada por la pandemia de COVID-19, se encontró que a pesar de que en el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales en enfermería, se estima una escasez de 5,9 millones. Esta escasez se encuentra mayormente en los países de ingresos bajos y mediano-bajos (es decir la mayoría de los países de Latinoamérica), ya que se calcula que estos poseen el 89% (5,3 millones) del déficit (De Bortoli et al., 2020).

Específicamente en el caso de Centroamérica, Suramérica y el Caribe, hay solo 13,8 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Mientras tanto, en América del norte hay 110,7 por la misma cantidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). Teniendo esto en cuenta, entra en consideración la alta exigencia que se genera para el personal de enfermería latinoamericano ya que conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en el campo de la salud y cubre el 80% de las necesidades de atención en este campo. Cabe resaltar que, en Colombia, del total de profesionales del sector salud, 220.088 corresponden a auxiliares de enfermería.

De acuerdo con esta cifra, hay aproximadamente 22 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes, cifras que se encuentran muy por debajo a las reportadas por Estados Unidos (111 x 10.000 habitantes) y Canadá (106,4 x 10.000 Habitantes) (Consejo Nacional Técnico de Enfermería [CNTE], 2019).

En cuanto a la cantidad del personal que se desempeña en UCI, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) a la fecha del 2017 existía una cantidad total de 61.954 enfermeros y enfermeras en Colombia. De acuerdo con Ramírez (2019), a nivel mundial Colombia cuenta con uno de los índices más bajos de recurso humano en enfermería general, y a su vez con un número bajo de profesionales de enfermería en el área de Cuidado Intensivo. En Colombia, el índice de enfermeros por cada 1.000 habitantes es de 1,1, lo cual ubica al país por debajo de Brasil, México, República Dominicana, Jamaica, Ecuador, Panamá, Honduras y Nicaragua, los cuales oscilan entre 1,2 y 7,4.

La cantidad de profesionales se evidencia aún más baja cuando se compara con los países con mejores indicadores en salud como Suiza, Dinamarca, Canadá y en general en el continente europeo. Los coeficientes están entre 12 y 18 profesionales de enfermería por cada mil habitantes. Sumado a esto, un estudio realizado en seis UCI's de Ibagué y Bogotá, determinó que, en promedio, la cantidad de pacientes de la cual se hace cargo cada enfermera es de 5,4. Por su parte, los auxiliares de la muestra se encargan de 2,4 pacientes cada uno (Ramírez, 2019).

Frente a esta escasez de enfermeros y enfermeras que ha sido expuesta por De Bortoli et al. (2020), el CNTE (2019) y Ramírez (2019) sitúa a los enfermeros bajo la presión de atender oportunamente grandes cantidades de pacientes, lo cual podría incidir en el tiempo de acompañamiento que estos estarían en capacidad de brindar si contaran con la cantidad de colegas adecuados para suplir las necesidades de atención en salud. De acuerdo con el Consejo Nacional Técnico de Enfermería de Colombia (2019) la sobrecarga laboral es una de las realidades que caracterizan el ejercicio de la enfermería en nuestro país, puesto que el personal de enfermería se enfrenta todos los días a la asignación exagerada de altos números de pacientes tanto en los servicios ambulatorios como en los de hospitalización.

Cabe recordar que antes de la pandemia por COVID-19, las patologías que más comúnmente ingresaban en la UCI eran traumas craneoencefálicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuadros cardiovasculares, edemas pulmonares y traumas de Tórax. Además, pancreatitis, insuficiencia renal aguda, patologías neuromusculares, pacientes sépticos y pacientes traumáticos (Delgado et al. 2019). Ahora, ante la emergencia sanitaria nacional y global generada por la pandemia de COVID-19, la región de las Américas ha

presentado 72,404,368 millones de contagios (OPS, 2021). En el caso de Colombia, de acuerdo con el sistema de monitoreo del Ministerio de Salud Colombiano (2021) el país ha tenido 4,240,892 millones de casos.

Actualmente, el país cuenta con 11,319 camas de UCI a nivel nacional, al momento de revisar esta cifras, por un lado, 2,486 camas estaban ocupadas por pacientes con complicaciones por COVID-19 y 902 por pacientes sospechosos. Por otro lado, 3,292 estaban ocupadas por pacientes no COVID-19 (Ministerio De Salud y Protección Social Colombiano [MinSalud], 2020). Durante el primer semestre del 2021 en el Valle del Cauca solo el 24% de las camas de UCI estaban disponibles, lo cual indicó que en el departamento las UCI's se encontraban ocupadas en un 86% tanto por pacientes COVID-19 como por pacientes no COVID-19 (MinSalud, 2021). De acuerdo con el boletín epidemiológico semanal N. 477 de la Alcaldía de Santiago de Cali (2021) en Cali la ocupación de camas de UCI era del 98,3%.

Como pudo observarse en el caso de Cali, la pandemia de COVID-19 ha ocasionado que en las UCI's se genere una alta exigencia de atención debido a la gran cantidad de ocupación que provocan las complicaciones del virus en los pacientes infectados. La pandemia ha sumado a la escasez de profesionales la alta ocupación de camas de UCI's. En una investigación realizada por Ricci-Cabello et al., (2020) a través de una revisión sistemática rápida de la literatura con el objetivo de determinar los efectos que las epidemias y pandemias tienen sobre el personal de enfermería, se encontró que hay una prevalencia del 45% para ansiedad, 38% para depresión, 31% para estrés agudo, 29% para burnout y 19% para estrés postraumático. Además, se encontró que algunos factores sociales que aumentan significativamente el riesgo de sufrir los padecimientos mencionados anteriormente son: falta de apoyo social y experimentar rechazo o estigmatización. Factores ocupacionales como hacer parte del personal en enfermería y no haber recibido formación especializada para brindar atención en contextos de alta demanda sanitaria, también se relacionan como un factores perjudiciales Ricci-Cabello et al., (2020).

Otra investigación, realizada por Navarro y Rodríguez (2020) con una metodología cualitativa y diseño fenomenológico, la cual tenía el objetivo de conocer cómo ha vivido la pandemia de COVID-19 el personal de Enfermería que ha atendido a pacientes positivos en la UCI de un hospital en Andalucía, España, encontró en una muestra de 73 participantes, que las enfermeras presentaban gran preocupación por llevar un contagio a sus familiares, por lo cual, en casa evitaban el contacto con ellos, o se aislaban del todo. También, encontró que al llegar a casa predominaban sentimientos de caos, frustración, ansiedad y tristeza, agregando que las enfermeras sentían que vivían en tensión, lo cual generaba que no tuvieran un descanso

reparador, ni tiempo para dedicarse a sí mismas. De la misma forma, las participantes aseguraron que perciben que van a necesitar ayuda una vez termine la pandemia, lo cual relacionan con estrés postraumático, miedo y decaimiento en general.

Por su parte, en la investigación de metodología cualitativa y de tipo exploratorio realizada por Diogo et al. (2021) con el objetivo de analizar las experiencias de las enfermeras en la primera línea de la lucha contra el COVID-19, la cual analizó el contenido de 11 narrativas e informes escritos provenientes de un grupo focal compuesto por enfermeras con experiencia en el cuidado de pacientes del COVID-19 de diferentes centros hospitalarios de Lisboa, Portugal, Se encontró que las enfermeras tenían la percepción de que existía en ellas una falta de preparación para la pandemia.

Aunado a esto, las enfermeras de la muestra manifestaron que en el proceso de cuidado y atención aparecían en ellas emociones de miedo y ansiedad cuando debían cuidar de una persona infectada, manifestando además inestabilidad emocional porque vivían sentimientos de irritación de manera constante. Se encontró también que existía un miedo constante ligado a la letalidad de la enfermedad y la posibilidad de contagiar a sus seres queridos. Ante esto, aparecieron también sentimientos de ansiedad y frustración. Lo anterior derivó en afectaciones en su proceso de atención a los pacientes, ya que las enfermeras comunicaron sentir la pérdida de su identidad debido al equipo de protección personal que debían usar, así como la sensación de una barrera entre ellas y los pacientes. Sumado a esto, en una revisión de literatura realizada por Almanza-Rodriguez (2020), llevada a cabo con el objetivo de recopilar información sobre el manejo del paciente que se encuentra hospitalizado por COVID-19 para determinar las principales medidas de aislamiento y protección de los trabajadores de salud, se encontró que el uso de los elementos de bioprotección y las restricciones en el contacto con los pacientes han generado en el personal de enfermería estrés y presión emocional.

Los efectos de la pandemia, la ausencia de profesionales, la consecuente sobrecarga laboral, entre otras exigencias, son diferentes factores que confluyen en los auxiliares de enfermería al momento de brindar la relación de ayuda. Aparecen emociones como el miedo, sensaciones de cansancio, presión emocional, de descanso poco reparador, así como temor de contagiar a sus seres queridos a raíz de la constante exposición a los pacientes infectados. Según Aponte et al. (2020) la enfermería es una profesión especialmente estresante, lo que afecta la salud y bienestar personal de los enfermeros y enfermeras.

En este sentido, en una investigación documental realizada por Karanikola et al. (2015) que integró información de estudios realizados a más de 3.000 profesionales en enfermería de países como Estados Unidos, Alemania, Grecia, Japón, Nigeria, Francia, Taiwán y Turquía,

realizados en su gran mayoría con metodologías cuantitativas y a través de cuestionarios de autorreporte, encontró que 1 de cada 5 profesionales en enfermería padecía de estrés psicológico, señalando que existe la limitación de que en su mayoría los profesionales que sufren síntomas graves de alteraciones psicológicas son reacios a participar en investigaciones, por lo cual la cifra podría ser mayor (Karanikola, 2015). Además, la investigación expuso en sus resultados que existe una mayor prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos en las enfermeras que laboran dentro de la UCI en comparación con otras especialidades de la enfermería.

Así mismo, en la investigación llevada a cabo por Karanikola et al. (2015) también se encontró que solo 2 de cada 5 enfermeros que experimentan síntomas de depresión o ansiedad buscan ayuda profesional durante el primer año del inicio del trastorno, lo cual puede poner en peligro no solo la calidad de la atención que brindan a sus pacientes, sino que también puede impactar negativamente en la evolución de los síntomas del trastorno padecido por el personal. De la misma manera, se encontró asociación entre los síntomas de depresión y ansiedad con el síndrome de Burn Out (Karanikola, et al. 2015).

Respecto al Burn Out, en una investigación realizada por Muñoz y Velásquez (2016) a partir de una metodología cuantitativa, con el objetivo de describir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias y de la Unidad de Cuidado Intensivo de tres hospitales de Bogotá, con una muestra de 65 profesionales que laboraban en UCI, se halló a través del Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) que un 46,2% de la muestra experimentó un nivel medio de desgaste psíquico y 41,5% de la muestra niveles medios de indolencia. Los autores indican que los niveles de desgaste psíquico se han generado posiblemente porque en las áreas como la UCI existe un alto porcentaje de estrés relacionado con las características de los servicios que se deben prestar, lo que puede generar la sensación de estar emocionalmente exhausto. Además, el nivel de indolencia presentado indicaría que hay actitudes negativas de indiferencia, distanciamiento e incluso frialdad de parte de los profesionales al establecer contacto con los pacientes y sus familias, lo que puede llevar a la pérdida de empatía con las personas a quienes cuidan, así como poca sensibilidad hacia sus problemas.

Lo evidenciado en las investigaciones permite mostrar que el ejercicio de cuidar a los pacientes dentro de una UCI durante la pandemia y antes de esta, engloba multitud de situaciones que generan vivencias cargadas de ansiedad y estrés en los profesionales. En este sentido, lo encontrado por García (2020) Ramírez y Müggenburg (2015), Muñoz y Velásquez (2016) y por Karanikola et al. (2015), tiene relación con el término de “fatiga por compasión”

o “fatiga compasiva”, un tipo de estrés que afecta especialmente a los profesionales del campo de la salud y a los tipos de cuidado que brindan. Este término, según García (2020) se refiere al agotamiento, bien sea de carácter físico, psíquico o emocional de los profesionales a raíz de su contacto prolongado con el sufrimiento de sus pacientes. De acuerdo con García (2020) la fatiga por compasión aparece con gran frecuencia en el personal de enfermería que ejerce dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.

En una investigación realizada por Gómez et al. (2015) con el objetivo de explorar la fatiga compasiva en el colectivo de enfermería de UCI de un hospital de Valencia, España, encontró que, a la luz de las características demográficas y a través del cuestionario Fatiga de Compasión y Satisfacción (Proqol-viv) de Stamm (1997-2005) las mujeres de la muestra evaluada estarían en mayor riesgo de experimentar sintomatologías de la fatiga compasiva tales como dificultades para dormir, tener imágenes del evento estresante o evitar las cosas que le recuerdan al mismo. Los autores explican que posiblemente, la razón de esta propensión es que la mayoría de las mujeres que hacen parte del personal en enfermería que componen la muestra son más sensibles y dedican más tiempo a la emocionalidad del paciente, por lo cual estarían más fatigadas y “quemadas”.

En otra investigación de metodología cuantitativa y corte transversal realizada por Das Neves et al. (2019), con el objetivo de evaluar el nivel de fatiga por compasión de los enfermeros y su asociación con las características sociodemográficas y profesionales, en la que participaron 87 enfermeros de un hospital de la ciudad de Oporto, Portugal, se halló, por medio del cuestionario sociodemográfico/profesional y la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL5) que el 59% de la muestra evidenció un nivel de fatiga por compasión alto y el 54% burnout. En este estudio se logró concluir que el porcentaje de enfermeros con burnout y de estrés postraumático es elevado y que la fatiga por compasión depende de los factores individuales de los profesionales.

De acuerdo con los resultados evidenciados en estas dos investigaciones llama la atención que la población de enfermería del género femenino es más propensa a desarrollar la fatiga por compasión y, sobre todo, que esto está directamente relacionado con el estrés y las vivencias a las que se ven expuestas en su hacer laboral. De la misma forma, es importante la correlación que se evidencia entre las características sociodemográficas y su asociación con la fatiga por compasión. Por ejemplo, en el estudio realizado por Das Neves et al. (2019) se encontraron diferencias significativas en función del grupo de edad y la experiencia profesional. Lo anterior es importante puesto que se evidencia que las características

sociodemográficas son variables significativas en la aproximación a la comprensión de la vivencia del profesional en enfermería en su hacer laboral dentro de las UCI's.

Vale la pena destacar que, en Colombia, de acuerdo con cifras presentadas por el CNTE, como parte del plan de desarrollo de la profesión de los años 2020 a 2030, al 2019 el 80,3% de los profesionales en enfermería eran mujeres, una cifra similar a la del nivel técnico de enfermería, que posee un 87,9% de profesionales del género femenino. Lo anterior resulta importante puesto que, en una investigación realizada por Fernández (2017) con el objetivo de analizar la imagen que tienen los médicos de los profesionales de enfermería en el área hospitalaria en Cartagena, Colombia, se evidenció a través de entrevistas, que los profesionales de la muestra, un grupo de 15 médicos, veían a las enfermeras como profesionales de menor rango, como un “bastón”, como una mano derecha. De la misma manera dentro del equipo de salud concebían la comunicación con el personal de enfermería de manera descendente y no horizontal, hablaban de rangos, y expresaban cierta superioridad que se reflejaba en el servicio clínico asistencial.

En otras palabras, los profesionales entrevistados expresaron considerar a las enfermeras como cumplidoras de órdenes e inferiores al médico. Los profesionales entrevistados también afirmaron que la enfermería ha perdido las funciones que tradicionalmente desempeñaba en la práctica hospitalaria. De acuerdo con los profesionales en medicina, el principal factor involucrado en esto es que nuestro actual sistema de salud le ha atribuido al personal en enfermería actividades que lo han desenfocado de su misión disciplinar. Tales actividades serían asignaciones de tipo no asistencial sino administrativo, las cuales no son propias de su disciplina (Fernández, 2017).

Así como se ha encontrado que las variables sociodemográficas son variables que pueden incidir en la vivencia del personal de enfermería al brindar ayuda, también se ha encontrado que factores organizacionales también pueden ejercer impacto. En una investigación cualitativa, descriptiva-transversal realizada por Navarro et al. (2018), con el objetivo de analizar los niveles de compromiso, resiliencia y empatía en una muestra de 128 auxiliares de enfermería que desempeñaban su trabajo en diferentes centros hospitalarios privados de Huelva, España, se encontró a través de la escala de resiliencia de Wagnild y Young, el índice de reactividad interpersonal y la Utrecht Work Engagement Scale, que el nivel de resiliencia, empatía y compromiso en la muestra de los enfermeros, eran variables que dependen de los factores asociados a la organización y condiciones laborales.

En consecuencia, es posible observar que las distintas investigaciones citadas establecen la complejidad actual del panorama de la enfermería en Colombia y el mundo. A modo de resumen, las principales problemáticas que atraviesa el personal en enfermería están relacionadas con la escasez de profesionales que se presenta a nivel global y nacional, con la consecuente sobrecarga laboral y el síndrome de Burn Out o de Quemarse por el Trabajo. Así mismo, otras problemáticas se encuentran en el acto mismo de brindar la ayuda, como lo es la fatiga por compasión o las condiciones del entorno profesional en las que se establece la relación de ayuda, las cuales, como se observó, pueden acarrear estigmas e infravaloración de parte de profesionales con los que las enfermeras y enfermeros deben hacer colegaje. Finalmente, ocurren también problemáticas derivadas de la pandemia generada por el COVID-19, relacionadas con el miedo al contagio y la mortalidad del virus, el cansancio debido a la alta exigencia generada en las UCI's por las complicaciones de los pacientes, el estrés derivado de la práctica, la ansiedad, la depresión y el síndrome de estrés postraumático.

Realizando un tránsito a las problemáticas que median la relación enfermero-paciente esta vez desde la óptica del paciente, al profundizar en la distinción entre una experiencia positiva o negativa dentro de la UCI, se han encontrado investigaciones como la de Mendoza-Rocha et al. (2015) que tuvo como objetivo describir la percepción de los pacientes sobre la atención de enfermería recibida durante su estancia en la UCI en un hospital de San Luis de Potosí en México. Mediante un estudio cualitativo en el que participaron 60 pacientes, se evidenció que la diferencia entre una experiencia positiva o negativa durante la estancia en la UCI está relacionada no solo con la atención otorgada por el personal de enfermería, sino también por el nivel de confianza y seguridad inspiradas por parte de este, puesto que, los pacientes percibieron la UCI como un lugar atemorizante, inseguro e indeseable (Mendoza-Rocha et al., 2015).

Así mismo, en la investigación de metodología cualitativa realizada por Jover-Sancho et al., (2015) con el objetivo de explorar las convergencias y divergencias en la percepción de las enfermeras y los pacientes críticos, en relación a los cuidados satisfactorios proporcionados y recibidos en un hospital de Barcelona, España, se encontró, por medio de entrevistas a profundidad a los pacientes críticos, un grupo de discusión de enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico y un diario de campo, que se daba una experiencia satisfactoria en la UCI, en la medida en que los enfermeros lograban incluir una visión holística de los seres humanos al momento de brindar ayuda a los pacientes. Es decir, los pacientes sentían que el cuidado era satisfactorio cuando los profesionales no solo contemplaban los aspectos fisiopatológicos de su padecimiento sino también su necesidad de apoyo psicoemocional y

espiritual. En este sentido, en algunas ocasiones, el acompañamiento por parte de los integrantes del grupo familiar en la UCI se ve limitado, cuando esto ocurre, es el cuerpo médico y asistencial quienes asumen un rol de cuidadores para los pacientes.

Para comprender los efectos que la relación entre la enfermera y el paciente tiene sobre este último, se retoma lo encontrado por Triana (2017) en una investigación de metodología cuantitativa, de corte transversal y diseño cuasiexperimental que tuvo por objetivo determinar la asociación que existe entre el nivel de empatía de las enfermeras y el nivel de ansiedad de los pacientes adultos en una Unidad de Cuidados Intermedios y una Unidad de Cuidados Intensivos en Bogotá. La muestra fue constituida por 11 enfermeras y 106 pacientes, y se midieron 311 encuentros entre enfermera-paciente, 154 encuentros ocurrieron sin que las enfermeras tuvieran algún tipo de entrenamiento en el establecimiento de vínculo empático, el resto de los encuentros del estudio ocurrieron después de que las enfermeras tuvieran un entrenamiento en el establecimiento de vínculo empático, a través de las teorías de Peplau y los principios de la relación de ayuda (Triana, 2017).

Para medir el nivel de ansiedad de los pacientes de la investigación, se utilizaron medidas en signos vitales y autorreporte a través de la Escala para la Evaluación de la Ansiedad en Pacientes Críticos (FAS). De acuerdo con los resultados de esta investigación, en el primer encuentro con la enfermera sin el entrenamiento, no hubo variación en los signos vitales de los pacientes, sin embargo, a través del autorreporte se encontró que, por sí sola, la presencia de la enfermera ejerce efectos sobre los niveles de ansiedad del paciente, ya que los niveles de esta disminuyeron. Por otra parte, en lo que respecta a los niveles de ansiedad de los pacientes posterior al encuentro después de que la enfermera fuera entrenada, el estudio halló diferencias estadísticamente significativas según lo obtenido a través de la escala FAS y el análisis realizado con la prueba de Wilcoxon, según la cual los pacientes mostraron una disminución del 33% en sus niveles de ansiedad.

Adicionalmente, en otro estudio, realizado por Zelada (2016) con el objetivo de Determinar la relación que existe entre el nivel de ansiedad y la calidad del cuidado de enfermería percibida por el paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en Perú, encontró, a través de una metodología cuantitativa, que en una muestra de 60 pacientes hospitalizados entre los 18 a 60 años de edad, el 42,3% presentó ansiedad severa durante la estancia en la UCI y el 30,8% niveles de ansiedad moderada. En los resultados de la investigación se encontró que existe una correlación entre la ansiedad severa y la percepción de un cuidado regular, ya que los pacientes con ansiedad moderada y normal, los cuales corresponden al 46,2% de la muestra percibieron que la calidad

de la atención era buena. Mientras tanto, los pacientes que presentaron un nivel de ansiedad severa y de grado máximo, percibieron que era regular. Como consecuencia, según la autora existe una relación entre la ansiedad y la percepción de la calidad del cuidado brindado por los profesionales en enfermería.

Los anteriores hallazgos demuestran el gran impacto que tiene la presencia del personal de enfermería en el tratamiento de los pacientes en las UCI's, evidenciado que el personal en enfermería es clave en el proceso de recuperación. Sumado a esto, también se ha encontrado que, si bien el paciente depende del cuidado y monitorización constante por parte del enfermero, esta condición no le impide ser partícipe de su proceso de recuperación. De acuerdo con Santos y Henriques (2015) el paciente dentro de la UCI es una persona que quiere conocer, estar informado de su situación y participar activamente de su proceso de curación.

Por un lado, en la investigación realizada por de Castro y Vargas (2015), cuyo objetivo principal fue el de conocer el significado de las experiencias vividas de una unidad de cuidado intensivo coronario de una clínica de Barranquilla, por medio de un estudio cualitativo, descriptivo de diseño fenomenológico en el que se entrevistaron 9 pacientes que estuvieron hospitalizados en la UCI, se encontró que para los pacientes el dolor sentido tanto por su padecimiento como por las pruebas diagnósticas era una experiencia traumática así como presentaban sensación de aislamiento debido al alejamiento de sus familiares. También, en una revisión de literatura cualitativa llevada a cabo por King et al. (2019) con el objetivo de identificar las dificultades del paciente en la UCI se encontró que los pacientes sentían la necesidad de recibir información sobre su diagnóstico y el progreso de su padecimiento, así como de seguridad, presencia familiar y apoyo comunitario.

Ahora bien, no en todos los casos los pacientes están en la capacidad de ser partícipes de su proceso de recuperación, situación que se especifica en los pacientes en estado de sedación. La sedación, según Polo et al. (2019) consiste en administrar al paciente un conjunto de fármacos sedantes con o sin analgesia para inducirlo en un estado libre de dolor, en el que esté cómodo y pueda tolerar procedimientos que podrían ser dolorosos o molestos. En este caso, una investigación cualitativa realizada por da Silva et al. (2017) con 43 profesionales de un equipo de enfermería de la UCI de un hospital en Sao Paulo, Brasil, con el objetivo de identificar la influencia del contexto del paciente sedado a través de las historias de vida y fotografía en la percepción del cuidar del personal de enfermería, encontró dos tipos de preferencias en el personal: por un lado, había profesionales que preferían cuidar del paciente en estado de sedación que en estado consciente, puesto que las solicitudes frecuentes, las

quejas, y la participación del paciente en su proceso de cuidado les resultaba incomoda o les generaba insatisfacción.

Por otro lado, otros profesionales de la muestra manifestaron que le otorgaban valor al cuidado del paciente independientemente de su estado de consciencia, estos mismos profesionales comunicaron sentir cariño y placer al cuidar a sus pacientes. Así mismo, explicaron que encontraban satisfacción al acompañar un paciente en estado de sedación debido a que podían acompañar su evolución y sentir gratificación al verle recuperar su estado de consciencia. Sin embargo, las investigadoras también encontraron que atender a un paciente en estado de alerta presentaba ventajas tales como el hecho de que la expresión verbal del paciente consciente facilitaba la relación con la enfermera y permitía que el cuidado tuviera un feedback y pudiera ser más asertivo. Así mismo, los profesionales en enfermería se implicaban más cuando podían conocer aspectos de la vida de sus pacientes.

Ahondando en la dicotomía evidenciada en la investigación de Pereira et al. (2019), las autoras afirman que relatos en los que el profesional en enfermería encuentra incómodo o insatisfactorio el involucramiento del paciente en su proceso de cuidado son relatos que divergen de las prácticas éticas y profesionales de la enfermería. No obstante, Perazzo, et al. (2015) señala que la relación profesional-paciente se ha deshumanizado con el paso del tiempo y de los avances técnicos en el campo de los cuidados intensivos.

En una investigación documental realizada por Ramírez y Müggenburg (2015) con el objetivo de reflexionar sobre las relaciones interpersonales y la trascendencia que tiene la comunicación en la práctica del cuidado hacia el paciente, a través de una revisión bibliográfica de tipo narrativo que tuvo por criterios de inclusión: artículos que incluyeran hombres y mujeres entre los 18 y 60 años y los 3 niveles de atención en salud, se encontró que para algunos enfermeros y enfermeras su práctica se traduce en la realización de procedimientos sin importar o dar lugar a lo que sienten o necesitan sus pacientes. Ramírez y Müggenburg (2015) también encontraron que a veces el personal en enfermería establece contacto físico con los pacientes sin considerar las emociones de estos.

De la misma forma, en una investigación de metodología cuantitativa de estudio descriptivo realizada por Carmona y Montalvo (2019), en el cual se implementó el cuestionario de Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero CuSMCE-23 (23-item Questionnaire on Moral Sensitivity in Nursing Care en inglés) en la cual participaron 118 enfermeros y enfermeras profesionales, quienes tenían experiencia de al menos seis meses en la UCI de un hospital de la ciudad de Cartagena, se encontró que el 100% de los enfermeros de la muestra convino que era fundamental mostrar una actitud de apoyo, establecer una relación basada en la confianza

y ayudar a comunicar las inquietudes de los pacientes al médico. Además de estar atentos a las necesidades de los pacientes, apoyarlos en tiempos de sufrimiento y dar cuenta de que estos son seres únicos y merecedores de un trato digno. También consideraron fundamental mostrar sincero interés, tener tiempo para sentarse junto a ellos y escucharlos.

Sin embargo, al indagar por las respuestas de cuidado que este mismo grupo tenía con los pacientes, se encontró que entre el 60% y el 72% de las enfermeras de la muestra declaró que mientras cuidaban a su paciente tenían su cabeza en otro lugar. Además, manifestaron la creencia de haber impuesto sus valores en algún momento y de haber minimizado los sentimientos de los pacientes para evitar el estrés. De la misma manera, evidenciaron sentir dificultad para estar disponibles para escuchar sus sentimientos, para identificar preocupaciones con respecto a cuestiones religiosas y para aceptar determinadas decisiones de los pacientes (Carmona & Montalvo, 2019).

Es importante reconocer que la coyuntura generada por el COVID-19 ha generado la convergencia de distintas problemáticas en el ejercicio de la enfermería tales como la sobrecarga laboral, la alta demanda sanitaria, la escasez de profesionales en el campo, el estrés, la ansiedad, el Burn Out y la fatiga compasiva (De Bortoli et al., 2020; Karanikola, 2015; Delgado et al. 2019; OPS, 2021). El personal de enfermería que trabaja en la UCI y que se encuentran tratando con el COVID-19, han expresado diferentes sentimientos de frustración, caos, ansiedad y tristeza, además de sentir presión y aislamiento (Almanza, 2020; Aponte et al., 2020; Diogo et al., 2021).

Es así como la UCI se convierte en un lugar atemorizante no solo para los pacientes, quienes tienen una necesidad de conocer y saber sobre su situación (King et al., 2019; Mendoza-Rocha et al., 2015; Santos y Henriques, 2015) sino también para el personal de enfermería. Además, en algunos casos el acompañamiento hacia los pacientes se limita a causa del aislamiento familiar, los elementos de bioprotección y la sedación, lo cual impacta el vínculo que desarrollan los enfermeros con los pacientes. Sin embargo, la mera presencia de la enfermera genera cambios en los niveles de ansiedad del paciente (Castro y Vargas, 2015; Jover-Sancho et al., 2015; Triana, 2017; Carmona y Montalvo, 2019). Aunque, en algunos casos los profesionales prefieren cuidar del paciente sedado, ya que encuentran incómodo e insatisfactorio que el paciente se involucre en sus procesos de cuidado, creando una brecha en la relación profesional-paciente (Pereira et al., 2019).

Como resultado de las investigaciones revisadas tanto a nivel internacional como nacional y local, se ha encontrado que la brecha de conocimiento surge, por un lado, a partir del predominio de investigaciones de metodología cuantitativa, que se han centrado en

averiguar la experiencia del personal de enfermería desde un enfoque más estadístico. Y, por otro lado, porque en los últimos años son pocas las investigaciones empíricas que han averiguado por la relación de ayuda en el campo de la enfermería, encontrando predominancia de investigaciones documentales.

Son muy pocas las investigaciones empíricas recientes que se han realizado con una metodología cualitativa y con enfoque en la relación de ayuda enfermero-paciente dentro de la UCI de adultos. En suma, las investigaciones se han focalizado en la identificación de los efectos del Burn Out, de la fatiga por compasión, estrés laboral, humanización del cuidado, trastornos de la salud mental relacionados con la práctica de la enfermería en UCI, entre otros, por lo tanto, muy pocas han profundizado en la experiencia subjetiva del personal en enfermería al momento de brindar una relación de ayuda a sus pacientes. En consecuencia, se ha omitido la vivencia del personal y de su experiencia al brindar la relación de ayuda al paciente en estado crítico.

Además, es preciso tener en cuenta que el personal de enfermería latinoamericano se enfrenta al déficit de profesionales, la jubilación de sus colegas, la sobrecarga laboral, las falencias de los sistemas de salud y la exigencia de los pacientes (De Bortoli et al., 2020; OMS, 2020). Por esto, se considera necesaria una investigación que amplíe el conocimiento que se tiene sobre el auxiliar de enfermería como una parte importante en la relación de ayuda con el paciente en la UCI; y un ser humano en posesión de un mundo de significados, experiencias y necesidades.

Debido a la brecha de conocimiento que genera la ausencia de investigaciones que pongan el foco en la experiencia de los auxiliares de enfermería al brindar ayuda a pacientes dentro de la UCI de adultos, la presente investigación estudiará la relación enfermero/a-paciente, desde la óptica del personal en enfermería en la actualidad y parte con la pregunta, ¿Cuáles son las experiencias subjetivas de los auxiliares de enfermería en la relación de ayuda brindada a pacientes internos en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia?.

De acuerdo con lo anterior el presente estudio plantea como objetivo general, Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de auxiliares de enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia.

Para comprender las experiencias subjetivas se plantea: Identificar las emociones que surgen en los auxiliares de enfermería al brindar la relación de ayuda a los pacientes dentro de la Unidad de Cuidados intensivos; Describir las cogniciones construidas por los auxiliares de

enfermería alrededor de las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda al paciente dentro de la Unidad de Cuidados intensivos y por último, Distinguir las actitudes facilitadoras de las relación de ayuda Rogeriana en la ayuda que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La justificación y la relevancia social de este trabajo surge a través del objetivo de visibilizar la experiencia subjetiva de los auxiliares de enfermería al brindar la relación de ayuda en contextos hospitalarios críticos, así como aportar a la construcción de conocimiento entorno a las distintas situaciones que viven los profesionales del campo de la salud, en este caso los auxiliares enfermería, al brindar cuidado a los pacientes en la UCI, para comprender la situación del personal. Igualmente, se busca generar un insumo que sirva como herramienta para la generación de políticas de formación y cuidado del personal de salud que labora en el contexto hospitalario crítico, para favorecer el cumplimiento de las acciones contempladas en la ley 100 de 1993 que buscan proteger al profesional en salud y prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional que puedan ser causados por descuido en la protección de este por una sobrecarga o un inadecuado ambiente laboral (Congreso de la República, 1993).

También se busca nutrir teóricamente el área de la psicología de la salud, a partir del enfoque humanista junto con una metodología cualitativa y un diseño de investigación fenomenológico. A través de la cual se espera que desde su narrativa la enfermera o el enfermero pueda hilar profundo en su experiencia como un actor fundamental implicado en la humanización de los servicios de salud, dando luces concretas sobre los derroteros del trabajo y el aporte de la psicología como disciplina en los servicios sanitarios.

Finalmente, se busca contribuir a la consecución del Objetivo del Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, de salud y bienestar, según el cual una persona no solo está en constante mejora profesional sino también como ser humano (Organización Mundial de las Naciones Unidas & Moran, s. f.). En el caso de los auxiliares de enfermería, durante su formación son concienciados de que su deber es salvaguardar la vida a través del conocimiento, recursos y herramientas con las que cuentan; pero son necesarias acciones para cultivar prácticas personales y profesionales en las que también sean atendidas sus necesidades de crecimiento, con las cuales se impactaría positivamente tanto en el enfermero como en el paciente en la UCI puesto que un enfermero con una buena condición de salud puede reflejar un estado de bienestar a nivel integral influenciando a su vez de manera positiva sobre su paciente.

Para comprender la experiencia de prestar una relación de ayuda en el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos es preciso denotar el marco teórico con el cual se comprenderán sus significados. Con esta finalidad, se comenzará definiendo qué se considera

una experiencia subjetiva y se explicará la visión del ser humano desde el enfoque humanista. Luego, se expondrá qué se entenderá como Unidades de Cuidados Intensivos, seguidamente, se precisarán los términos: auxiliar en enfermería en Colombia y dentro de las UCI's. Subsecuentemente, se explicarán los conceptos de: relación de ayuda, emoción y cognición, junto con los conceptos de experiencia límite y trauma vicario. Por último, se definirán el campo fenomenológico y el concepto de sí mismo.

Para empezar, se encuentra una definición de la experiencia subjetiva en la teoría de la personalidad de Rogers (1981) en la cual se propone que todo ser humano es el centro de un cúmulo de experiencias privadas que llegan a su conciencia a través de la percepción. Estas experiencias constituyen la realidad psíquica del individuo, son íntimas y particulares, y esta comprensión aplica para todas las experiencias cotidianas que una persona vive diariamente. Según Rogers (1981) las personas reaccionan a su realidad tal como la perciben, el carácter íntimo significa que solo la persona que vive la experiencia puede saber de manera completa lo que sintió al experimentar cierta situación o fenómeno en su vida. De acuerdo con esta percepción de la realidad, la persona adecua su conducta para responder (Rogers, 1981).

Rogers (1981) plantea que dos personas pueden experimentar un mismo fenómeno de dos maneras completamente distintas, puesto que psicológicamente, la realidad para la persona sería básicamente su mundo de percepciones privado. Ahora bien, el autor realiza una salvedad al plantear que, al aproximarse a la definición del concepto de realidad, no desconoce la presencia de la cuestión “¿Qué es realmente la realidad?” y qué se entiende por realidad desde un enfoque más social-comunitario. Sin embargo, retomando lo dicho por Rogers (1981) las experiencias subjetivas son aquellas que pertenecen a la persona que las vive, que las entiende como parte de su realidad individual.

Para enriquecer la definición de experiencia subjetiva planteada desde Rogers, se retoma a Cornejo et al. (2016), quienes plantean que en el estudio de la subjetividad en las experiencias de los individuos es preciso hablar de una “singularidad contextualizada”, es decir, hablar de la experiencia individual de la persona tomando en cuenta los aspectos histórico-contextuales que la atraviesan, en orden de evitar caer en individualismos. También, agregan que es preciso comprender que las expresiones individuales son a la vez expresiones de lo social. De esta manera, los discursos de las personas expresan relaciones sociales que se dan en un sistema social particular.

Vinculando lo expresado por Rogers (1981) que deviene en enfoque más individual del estudio de las experiencias subjetivas, con lo expresado por Cornejo et al. (2016) que plantea un enfoque más social de la subjetividad, se encuentra que las experiencias subjetivas pueden

entenderse como construcciones experienciales privadas producto de la percepción de un individuo a partir de las cuales este produce significados y sentidos subjetivos que a su vez manifiestan las características del orden social que hay dentro de las relaciones que establece con su entorno. Finalmente, en palabras de Cornejo et al. (2016) resultaría que ninguna actividad humana está aislada de los sentidos que hacen parte del mundo histórico-social de la persona, los cuales se encuentran en la sociedad y en las instituciones a las que pertenece.

Así pues, la historicidad es un elemento importante en la comprensión de los fenómenos humanos. De la misma forma, algunos de los elementos que hacen distintiva la visión del ser humano desde el humanismo, postura epistemológica que se retoma para comprender la experiencia subjetiva de los enfermeros, guardan estrecha relación con el momento histórico en el que surge este enfoque de la Psicología. La psicología adquiere su enfoque humanista en el siglo XX, una época en la que la modernidad y la racionalidad se habían establecido como rasgo de la sociedad. La comprobación y demostración científica se consideraban indispensables en el argumento de las distintas investigaciones, planteamientos de la psicología y de las interacciones sociales. La productividad, eficiencia y el individualismo se constituyeron como rasgos funcionales de la sociedad, lo que acarreó consigo el auge de la desigualdad, adicciones, guerras mundiales, luchas entre etnias, entre otros fenómenos que situaron a la humanidad en una encrucijada (González, 2003).

En este momento histórico primaba la vulnerabilidad humana, el vacío y la carencia de sentido, haciendo susceptibles a las personas a la gran oferta de métodos supersticiosos y pseudoespirituales para encontrar el sentido de vida (González, 2003). Es con esto que tras este contexto surge la psicología humanista y trae consigo un principio fundamental: potenciar el desarrollo de la persona mediante la aprobación de sí mismo. Este principio fundamental y de trascendental interpretación, tenía consigo aspectos diferenciales que lo separaban de todo lo conocido hasta la fecha, porque se enfocó en optimizar al ser humano a través de su potencial (González, 2003).

Esta nueva mirada de ser humano se caracteriza por su multiperspectivismo, privilegia tal como González (2003) lo afirma: la diversidad sobre la uniformidad, el dinamismo humano sobre la seguridad, la creatividad sobre la rigidez, la construcción del sentido de vida y la libertad sobre el determinismo. La psicología humanista es, entonces, un sistema psicológico que toma al ser humano y lo sitúa existencialmente, lo considera como proceso y lo comprende como un ser en constante devenir. La psicología humanista convierte la simpatía en empatía y el paternalismo en una inmensurable confianza y respeto por el ser humano y su potencial (González, 2003). Ya en 1964, momento en el que el enfoque humanista de la psicología se

constituye como la tercera fuerza con la conferencia de Old Saybrook se establece una nueva visión del ser humano: proactiva, como más que la suma de sus partes; planteó un ser humano automotivado, cuyo comportamiento es intencional y situó una comprensión fenomenológica y existencial de la naturaleza humana.

Los planteamientos anteriores se materializan en 10 postulados, propuestos por Martínez (1992) con los cuales el enfoque humanista comprende y acompaña al ser humano, mismos con los cuales este trabajo comprenderá las experiencias subjetivas de los profesionales en enfermería: En primer lugar, que los seres humanos viven subjetivamente. Es decir, cada persona es producto de una multitud de experiencias muy personales, con una percepción y un sentido de su mundo interno y externo que son únicas. En segundo lugar, el humanismo plantea que la persona elabora un concepto de sí misma, una imagen de lo que es. A partir de esta imagen, construida por las experiencias internas de la persona y a partir de las relaciones con otros, esta define su identidad, lo que siente y piensa, así como su forma de comunicarse y actuar. En tercer lugar, Martínez (1992) propone que los seres humanos están impulsados por una tendencia a autorrealizarse, tanto orgánicamente como desde su psiquismo, puntualizando que la persona avanza en dirección a una plena madurez cuando las circunstancias de su entorno físico y social se lo permiten y le proporcionan las condiciones adecuadas para hacerlo.

Ahora bien, retornando lo dicho por Martínez (1992), además de una tendencia a autorrealizarse, el ser humano posee una sabiduría interior, llamada experiencia organísmica, también conocida como valoración organísmica, un tipo de experiencia de carácter visceral, con un componente de sensaciones físicas interiores que le permite a la persona orientarse y diferenciar los criterios y los valores propios de los de los demás. Rogers (1987) lo identifica como un sistema de orientación en donde el propio ser humano encamina su conducta, aprovechando las experiencias que apoyen el crecimiento de la tendencia actualizante, esto puede funcionar de forma regular y promover la superación de interferencias o presiones del ambiente, llevando una libertad experiencial permitiéndole gozar de su autorrealización. Es también una conciencia de su ser corporal, mental y espiritual, que le brinda fuertes respuestas a interrogantes que surgen en su cotidianidad las cuales le permiten ser más creativo. La persona puede ser fiel a esta sabiduría interna, porque es suya, corresponde con su sentir más genuino dentro de cada situación, incluso cuando a nivel racional lo acontecido existencialmente permanezca incomprendible o inconcluso.

También, según Martínez (1992) el ser humano posee capacidad de conciencia y simbolización, es decir, posee la capacidad de darse cuenta, de ser consciente de sí mismo, de sus actos, de los actos de los otros y de su entorno. A esta capacidad le acompaña la de construir

sentidos y significados en interacción con los demás. Así mismo, como ya se había hecho alusión antes, el ser humano posee capacidad de libertad y elección, puede ir eligiendo gradualmente como construir su vida y su significado a partir de su experiencia individual y de la interacción con otros. Es así como tiene no sólo una conciencia individual sino también conciencia histórica.

El ser humano es capaz de una relación profunda, a su vez es capaz de crear, buscar un sistema de valores y creencias, y amalgamar su existencia en una estructura de unicidad configurada. Así, cada individuo tiene una verdadera realidad solo al unirse a los demás, a su familia, amigos y a la sociedad; a partir de la unión y la integración con otros logra su desarrollo y su plenitud, un desarrollo total. De la misma manera, tanto individual como colectivamente, la vida humana es en sí misma un acto creativo, cada transformación o parte del crecimiento de las personas aporta y enriquece a los demás. Cada persona como individuo y dentro de la sociedad, construye el sentido de su existencia a través de valores y creencias que se convierten en un soporte y apoyo para el logro de sus metas (Martínez, 1992).

Cada una de estas características mencionadas anteriormente, configuran un sistema de unicidad que convierte al ser humano en un todo único, y hace trascender la suma de sus partes. Este todo humano se ubica en un contexto histórico específico, dentro del cual se enriquecen las diferencias individuales de todos los seres humanos, por lo cual el humanismo no busca comprender el fenómeno humano estableciendo leyes universales sino abordando el todo de manera sistémica (Martínez, 1992). Se retoma a Rogers (1981) para denotar que este ser humano del que se ha hablado es aquel que, en uno u otro momento de su vida, se cuestiona sobre preguntas tales como: ¿Cuál es mi objetivo en la vida?, ¿Para qué me estoy esforzando?, ¿Cuál es mi propósito? se cuestiona acerca de su existencia, de lo que hace, las experiencias que tiene y lo que las mismas significan para este. Así mismo, trata de aprender, comprender o elegir las orientaciones que adopta en su vida (Rogers, 1981).

Todo lo dicho anteriormente, evidencia que el ser humano se distingue por la singularidad y peculiaridad de su condición, y lo diferencia de otras formas de estar y de ser en el mundo. Mardones (2006) refiere que somos seres indeterminados, seres abiertos que desbordan la naturaleza instintual que nos vino dada por la biología. En otras palabras, no estamos supeditados a nuestra naturaleza, no actuamos solo por instinto, hemos de elegir. Esta posibilidad y necesidad de elegir, tal como la retrata Mardones (2006) es producto de nuestra ruptura con lo primitivo, al estar abiertos al mundo se nos propicia la libertad, una condición inquebrantable.

Esta primera condición vinculada estrechamente con nuestra existencia conforma la diada libertad-elección. Para vivir, tal como lo afirma Mardones (2006) debemos realizar nuestra libertad. Además, lo anteriormente dicho tiene que ver con la filosofía existencialista, la cual plantea de acuerdo con Sartre (1973) que el ser humano es tal como este se concibe, tal como se quiere, y se define después de su impulso hacia la existencia. La persona es lo que se proyecta ser en su existencia, y para la realización de aquello cuenta con su libertad. De esta manera, los seres humanos estamos en total responsabilidad de nuestra existencia, y de las decisiones que tomamos en el porvenir que elegimos para esta.

De acuerdo con Sartre (1973) la experiencia de existir es fundamentalmente subjetiva, ya que es vivida por cada ser humano y no es nada si este no la vive. En otras palabras, el significado de la experiencia es determinado libremente por cada ser humano dentro de la relación que tiene su existencia con el fenómeno que experimenta. En lo que remite al interés de este estudio, es importante comprender que cualquier acercamiento a la comprensión de una experiencia, ha de pasar por la comprensión de la consciencia, no sólo como instancia en la que se presentan los fenómenos percibidos, sino también, como una instancia que constituye sus objetos a través de una actividad intencional, que tamiza el contenido experiencial (García, et al., 2012).

Una vez señalado el concepto de experiencia subjetiva y la visión del ser humano desde el humanismo, se continúa con el concepto de Unidad de Cuidados Intensivos. Las UCI's son servicios dentro del marco institucional hospitalario cuya estructura tanto tecnológica como física, está específicamente diseñada para mantener las funciones vitales de aquellos pacientes que se encuentran en un estado de salud grave, que, a pesar de ser curable, implica el riesgo de perder la vida (Aguilar y Martínez, 2017). En este sentido, el paciente dentro de la UCI es aquel que posee estas cinco características: padecimiento fisiopatológico grave, enfermedad potencialmente reversible, necesidad de cuidados, asistencia de forma continua por parte del personal de enfermería y necesidad de un área tecnificada que supla el tratamiento.

En otras palabras, en la UCI se encuentran aquellos pacientes que requieren de un cuidado constante junto con atención especializada a lo largo de las 24 horas del día debido a que su estado de salud es crítico. La población de pacientes potenciales para ser atendidos en una UCI se selecciona de manera variable dentro de cada institución, dependiendo de las características de esta. Sin embargo, la atención incluye también una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes (Aguilar y Martínez, 2017).

Así mismo, debido a la necesidad de una atención especializada, las UCI's deben contar con un talento humano multidisciplinario altamente capacitado que reúna médicos, enfermeros

y paramédicos, profesionales especialmente entrenados para dar la atención debida a los pacientes. Este equipo generalmente se encuentra bajo la dirección de un intensivista, sin embargo, no todos los médicos especialistas que hacen turno en la UCI son intensivistas, puesto que en el marco colombiano existe una escasez del recurso especializado, y la normativa legal vigente hasta el 2015 permite valerse de otras especialidades afines para coordinar la UCI (Pérez y Rodríguez, 2015).

Ahora, al indagar en el concepto de UCI en el contexto colombiano cabe reconocer que la misma cuenta con particularidades de infraestructura y subdivisiones que conforman distintos tipos de UCI 's. Entre las características importantes está la necesidad de una central de enfermería en el centro de la sala de modo que los cubículos de los pacientes se encuentren frente a esta para apreciar una mayor visibilidad del ser humano en situación delicada. Esto junto con la adecuación eléctrica, tecnología apropiada para la monitorización y manejo del paciente, son un mínimo de elementos necesarios en todas las UCI's (Quintero y Urrego, s.f).

Respecto a los tipos de UCI, se destaca que cada institución proporciona parámetros distintos de cuidados de acuerdo con la complejidad de la institución y especialidad referida, es decir, no todas las UCI's actúan de la misma manera o cuentan con una estructura rígidamente igual. En Colombia se cuenta con la división de UCI's en: UCI de adultos, UCI intermedia, UCI pediátrica, UCI neonatal, UCI coronaria, UCI para quemaduras, y UCI quirúrgicas. A continuación, se describirán brevemente cada una de estas. Por una parte, la UCI de adultos: atiende pacientes adultos que se encuentran graves, cuyas funciones vitales están real o potencialmente deterioradas y por lo tanto necesitan de un tratamiento específico y un soporte médico permanente; UCI intermedia: atiende pacientes cuyos cuidados asistenciales representan una carga menor a la común, sin embargo es mayor a la de áreas convencionales como hospitalización, es decir, los pacientes tienen menor grado de dependencia y bajo riesgo de necesitar soporte vital (Quintero y Urrego, s.f).

La UCI pediátrica: está destinada a atender pacientes pediátricos en estado crítico que necesitan constante monitoreo, asistencia médica y enfermería permanente, junto con la utilización de equipos altamente especializados; UCI neonatal: está destinada a atender a todo recién nacido que se encuentre atravesando cualquier proceso de enfermedad que ponga en peligro su vida; UCI coronaria: atiende pacientes que requieren cuidados cardiovasculares; UCI para quemaduras: está dotada con recursos humanos y materiales necesarios para focalizarse en este tipo de pacientes; y finalmente, UCI quirúrgicas, las cuales se encuentran dirigidas o integradas por cirujanos con credenciales en cuidados críticos y se encuentran destinadas para pacientes postquirúrgicos (Quintero y Urrego, s.f).

Retomando lo dicho anteriormente, la UCI debe estar compuesta por un equipo multidisciplinar, entre ellos el auxiliar en enfermería, así que dando continuidad, se aclara este concepto. De acuerdo con el régimen jurídico colombiano no existe una distinción a nivel normativo que diferencie al enfermero profesional y al auxiliar en enfermería, dado que la ley regula el ejercicio de la profesión en general. En Colombia se define tanto al profesional de la enfermería, como al auxiliar de enfermería, como una disciplina de carácter social, que tiene por sujeto de su atención a la persona, la familia y las comunidades. Esta profesión en general tiene los propósitos de: hacer promoción de la salud, prevención de la enfermedad, intervención en el tratamiento de fisiopatologías, rehabilitación y recuperación de la salud. Además, tiene el objetivo de aliviar el dolor, así como de proporcionar medidas de bienestar y contribuir para que sus usuarios puedan tener una vida digna (Ley 266 de 1996).

En la práctica de la enfermería, y auxiliar de enfermería confluyen cinco principios básicos: integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad. De acuerdo con estos principios, el cuidado que debe brindar el personal en enfermería Colombiano atiende a las dimensiones física, social, mental y espiritual de sus usuarios teniendo en cuenta las características socioculturales, históricas y sus valores, con respeto por la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación. De manera transversal, los enfermeros y enfermeras deben fundamentar la interrelación enfermera-paciente, familia y comunidad, estableciendo una comunicación en la que se expresen con libertad y confianza las necesidades y expectativas del cuidado, para que los enfermeros puedan prestar una ayuda eficiente y efectiva (Ministerio de salud, 1996). La calidad del cuidado se refleja, de acuerdo con lo establecido por la Ley 266 de 1996, en la satisfacción tanto de la persona usuaria del servicio como la del personal de enfermería que lo presta, así como deberá garantizarse la atención durante todas las etapas de la vida de las personas en los períodos de salud y enfermedad sin interrupción temporal.

De acuerdo con la Ley 266 de 1996 del Congreso de la República de Colombia, la enfermería es una profesión cuyo fin es generar un cuidado integral de la salud a la persona, comunidad y entorno. Tanto el enfermero, como el auxiliar de enfermería responden a un perfil que cuenta con conocimientos sobre el cuidado de la vida y la salud, se encuentra formado a partir de un saber teórico-práctico que gira alrededor de conceptos tales como: vida, ser humano, salud, enfermedad, ambiente, sociedad y cuidado de enfermería. Además, al personal de enfermería se le considera como experto para el cual el cuidado es la esencia de su profesión, aplicado mediante tecnologías y conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Sin embargo, cabe reconocer, que si bien el enfermero como el auxiliar de enfermería, cuentan con el mismo propósito, el cual es preservar la vida humana, las funciones que desempeña cada uno de los profesionales en cuestión difieren. Según la Fundación Escuela de Capacitación Colombia (2019), las funciones del enfermero consisten en colaborar con el médico en la medición de la presión sanguínea y aplicación de apósitos, preparar a los pacientes cuando hay operaciones y comprueba el equipo y los suministros, facilitar tratamientos preventivos, paliativos o curativos, y aconsejar y ofrecer algunas instrucciones para el tratamiento del paciente. Lo cual, no se puede delegar a un auxiliar de enfermería, por cuestiones tanto de seguridad como de políticas de las clínicas u hospitales. En esa medida, las funciones del auxiliar consisten en realizar la valoración y observación sobre el estado del paciente, tomar muestras de fluidos, procurar la alimentación, aseo y comodidad del paciente, y suministrar la medicación.

Ahora, teniendo en cuenta que la UCI es un área especializada dentro del hospital, el personal que la compone debe estar específicamente formado, es decir que, el personal de enfermería requiere formación y entrenamiento específico para trabajar en la UCI, de ahí que el siguiente tema a exponer sea el enfermero en UCI. Entre las demandas particulares a las que responde el personal de enfermería en UCI, se encuentra en primer lugar el deber de recoger los datos del paciente, lo cual se entiende como una valoración inicial que incluye la identificación de problemas relativos a la administración de medicamentos, así como el reconocimiento de la existencia de dificultad para la deglución, déficit sensitivo, o incapacidad motriz en las articulaciones (Quintero y Urrego, s.f). Además, entre las tareas correspondientes, es el auxiliar de enfermería el encargado de la administración de los medicamentos, calcular la dosis para la administración de tabletas y líquidos, la dilución de soluciones, realizar los cuidados planificados para el paciente, aplicar el tratamiento médico prescrito, realizar registros de cuidados y evolución del paciente, controlar y registrar las constantes vitales, movilizar o cambiar de posición al paciente de forma segura según las indicaciones médicas, asegurar la correcta higiene del paciente (Quintero y Urrego, s.f).

Ahora bien, para no desconocer la situación de pandemia a la cual se hace alusión en la introducción, también se hará referencia a los deberes que desempeñan los enfermeros en medio de la coyuntura. El rol de los auxiliares de enfermería durante el COVID-19 consistió en indagar información sobre los síntomas y signos presentes, además de averiguar por antecedentes patológicos personales y familiares, así como precisar mediante exámenes físicos la información necesaria para la toma de decisiones médicas, de mismo modo, al personal de enfermería le correspondió la realización de pruebas diagnósticas a nivel hemoquímico, perfil

de sepsis, radiografías de tórax, vigilar las dificultades respiratorias, medición y control de constantes vitales que involucraron temperatura, frecuencia respiratoria, saturación, presión arterial, frecuencia cardiaca, dolor.

A su vez, al auxiliar le competía la administración de antitérmicos pautados y el control eficaz del tratamiento, junto con la monitorización de la saturación de oxígeno y administración de oxigenoterapia, así como el reconocimiento precoz de los signos y los síntomas de mal pronóstico y agravamiento clínico, y realizar controles en el balance hidroelectrolítico (Lahite-Savón, et al., 2020). Además, a raíz de la pandemia de COVID-19, en Colombia y el mundo se sumaron a la atención de los pacientes herramientas de ventilación protectora, tales como ventiladores mecánicos, los cuales se adaptan a la compleja patología pulmonar generada por el virus. En algunas ocasiones, los ventiladores se programan para asumir el control completo de la ventilación pulmonar de los pacientes. Para la utilización de estas herramientas tecnológicas hace falta que el personal cuente con experticia en el tema, con conocimiento de detalles técnicos y científicos (MinSalud, 2020).

Ahora bien, es importante esclarecer que además de todas las funciones descritas anteriormente, todo personal de enfermería que labora en UCI, concretamente en Colombia, debe cursar al menos 1 programa de especialización en cuidados intensivos. En la oferta de nuestro país se encuentran los programas de especialización en UCI de adultos, pediátricos y de terapia, con un total de 13 de programas en enfermería a nivel nacional hasta el 2015. Además, se reconoce que el primer programa de especialización en medicina crítica y cuidado intensivo para la enfermería tiene un registro calificado desde 1998 (Pérez y Rodríguez, 2015).

Una vez destacada la importancia de la especialización formal del enfermero en UCI, cabe reconocer su papel y como el mismo personal auxiliar también necesita poseer habilidades que le permitan desempeñarse en el contexto, esto debido a que el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene como objetivo principal brindar atención a los pacientes que se encuentran en una situación crítica, en el que se presenta un gran compromiso vital latente, en el que además, se utiliza una metodología integral en la que se incluyen los avances tecnológicos, prevención y protección la salud y el cuidado (Chaves et al., 2007).

Los pacientes que deben atender los auxiliares son aquellos que necesitan de mayor cantidad de cuidados, por tanto, los contactos con este tipo de pacientes deben ser más frecuentes, lo que genera que el tiempo de permanencia del enfermero sea más prolongado. Sumado a esto, para contribuir a la recuperación del paciente, los enfermeros deben identificar e interpretar múltiples signos clínicos generados por monitores, ventiladores mecánicos,

reportes de laboratorio, y examen físico a partir de los cuales se construye el perfil clínico del paciente, el cual posteriormente sirve de base para la toma de decisiones (Pérez y Rodríguez, 2015).

Es por esto por lo que cuando se habla de personal de enfermería en cuidados intensivos, se requiere que el auxiliar cuente con destrezas adicionales. Según Terry y Weaver (2012) se necesitan habilidades tales como: conocer a profundidad la fisiopatología avanzada, ser hábil y tener calma al tratar al paciente en ámbitos que requieren habilidades de toma de decisiones rápidas bajo situaciones de estrés, y mantenerse actualizado sobre avances tecnológicos en la función orgánica, coordinar la atención al paciente junto con múltiples factores. Además, el personal de enfermería es quien se encarga de estar informado sobre el estado de sus pacientes, sobre datos familiares, sobre aspectos legales de la atención, intervenciones del médico, y nutrición. Por tanto, es valioso reconocer que el conocimiento aglomerado de la enfermería en cuidados intensivos se extiende más allá del nivel básico de la educación en enfermería (Terry y Weaver, 2012).

Para continuar, resulta importante aludir al aspecto técnico-humano que se da en medio de la interacción del personal de enfermería con su paciente. Para Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez (2018) existe una desarticulación entre saber técnico y saber humano, que surge cuando el cuidado que la enfermería brinda a un paciente se convierte en actos aislados o estereotipados, casi ficticios. Para Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez (2018) la tecnología se ha vuelto imprescindible para resolver los problemas de salud y ha sustituido el trato humano. En consecuencia, lo que resalta es que, si bien las máquinas pueden mantener las funciones vitales del paciente, no solo la habilidad técnica es la que sana. García (2015) afirma que el saber humano en la relación terapéutica establecida entre el profesional en enfermería y el paciente es un cuidado invisible o subvalorado, que se ensombrece en la presencia del cuidado que requiere de las tareas más técnicas. De esta forma, considerar el cuidado implica que dos maneras de ver el mundo se confronten: por una parte, la manera objetiva que privilegia la eficacia, la tecnología y la gestión, y, por otra, una manera humanística que privilegia el respeto por la persona, su autonomía y su ser (Correa, 2016).

La primera parte es el saber técnico, el cual hace referencia a los objetivos del cuidado que están definidos y regulados por medio de la ciencia biomédica, según la cual los profesionales orientan su hacer de acuerdo con las acciones que garantizan la vida del paciente. La segunda parte es el saber humano, el cual es entendido como la demostración de una actitud de desvelo y hasta preocupación otorgada a los pacientes por medio de una relación de involucramiento y afectividad (Correa, 2016). Esta actitud de involucramiento y afectividad es la

que se hace presente al hablar de la relación de ayuda enfermera-paciente, en la cual, la mera presencia de la enfermera genera impacto en el estado del paciente en la UCI.

En consecuencia, para comprender la relación que se da en la interacción enfermero-paciente se hace necesario dilucidar qué se entiende por el concepto de relaciones de ayuda. Rogers (1987) explica la relación de ayuda como toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en la otra su desarrollo, maduración, la posibilidad de que la persona funcione mejor y enfrente la vida de la manera más adecuada. Para Rogers (1987), esta definición abarca gran variedad de relaciones, específicamente aquellas que tienen el objetivo de facilitar el desarrollo. Dentro de esta definición cabe la relación entre el profesional de enfermería y su paciente, de igual modo se puede sugerir que la relación de ayuda es aquella en la que una de las partes promueve el surgimiento de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos (Rogers, 1987).

Rogers (1972) señala que para propiciar una relación de ayuda efectiva es fundamental que existan tres actitudes relacionadas entre sí: la congruencia, la consideración positiva incondicional, y la comprensión empática (Rogers, 1972). Para empezar, Rogers (1972) plantea la congruencia como la autenticidad y transparencia con la que la persona puede vivir sus verdaderos sentimientos. Este aspecto resulta imprescindible puesto que, para que se dé una adecuada relación de ayuda, el individuo que la está promoviendo debe ser una persona unificada, integrada o coherente en la relación. Se entiende como coherente aquella persona que *es* exactamente lo que *es* y no es una apariencia previamente establecida, ni un rol o una simulación. De este modo solo se puede ser totalmente congruente en cuanto la persona que brinda la relación percibe con precisión lo que experimenta en el momento que lo experimenta (Rogers, 1972). La persona que facilita la relación de ayuda es congruente cuando existe coherencia entre lo que siente, lo que comunica y lo que hace.

Según Rogers (1972) aunque la congruencia puede ser un concepto bastante complejo, todo individuo puede llegar a reconocer esta cualidad de manera intuitiva y por medio del sentido común, así como cuando se distingue si lo que dice una persona corresponde precisamente a lo que está expresando. Cuando un individuo muestra cualquier clase de emoción o sentimiento lo hace a nivel orgánico, en su percepción consciente, en sus palabras y mensajes, permitiendo que pueda reconocerse en él si acepta o no acepta sus sentimientos inmediatos. Si una persona acepta y reconoce sus sentimientos propicia que se establezcan relaciones de carácter cómodo y seguro (Rogers, 1972).

Por consiguiente, la segunda condición de la relación de ayuda, según Rogers (1972) exige la libertad de sí mismo, y por lo tanto la aceptación de sí y del otro tal y como es. Esta

actitud es la consideración positiva incondicional, la cual se entiende como la capacidad para aceptar y valorar a la persona a la que se le brinda la relación de ayuda como un individuo diferente. Consiste en brindarle una consideración positiva sin condicionalidades, experimentando un interés cálido y genuino, de manera que se dé paso a una atmósfera en la cual existe un cuidado sincero libre de condiciones de valor.

Esta actitud implica tanto la aceptación de las expresiones de sentimientos “negativos”, es decir dolorosos, temerosos o anormales, como la de los sentimientos “positivos” buenos, maduros, seguros y sociales. Así, supone la aceptación en su totalidad de lo que constituye al paciente, y permite un interés hacia este como una persona diferente, con sus propios sentimientos, experiencias, y los significados personales que este les ha otorgado (Rogers, 1972). En la medida que el enfermero sea capaz de crear un clima generador de seguridad mediante el respeto y la aceptación de un otro, es más probable que el paciente se permita experimentar y compartir sus propias emociones y las vivencias que las generan.

La última actitud según Rogers (1972), consiste en una comprensión precisa y empática del mundo del paciente, es decir, una apreciación tal como éste lo ve desde su interior. La comprensión empática es la capacidad para ver a la otra persona y a su mundo tal como esta lo ve, así que implica adentrarse en el marco de referencia de esta, abandonando los prejuicios. Esta es una condición esencial de la relación de ayuda, ya que supone sentir el mundo personal del paciente como si fuera el propio (Rogers, 1972). De acuerdo con Rogers (1972) si estas tres actitudes se encuentran presentes en la relación, la persona podrá vivir un clima relacional de seguridad y libertad psicológica.

Para complementar la forma de ver la relación enfermero-paciente, se toma la teoría de Watson (1985). La teoría fundada por Watson (1985) pertenece a la escuela del Caring (cuidado), la cual se enmarca desde el existencialismo y el humanismo, creando así una mirada del hombre, específicamente del paciente, como “*un ser en el mundo*” (Watson, 1985). Según Watson (1988) la interacción enfermero-paciente está mediada por el ideal moral de enfermería ya que busca preservar la dignidad humana por medio del compromiso de cuidar. Este propósito de cuidado hacia un otro es el fundamento del cuidado en general, así como del cuidado dentro de la enfermería, de modo que, para procurar una relación humana idónea dentro de la relación de ayuda, esta debe estar constituida por la compasión, el amor incondicional, y el amor universal, siendo lo básico para una relación de cuidado auténtica.

No obstante, hace falta denotar que la relación enfermero-paciente también acarrea consigo altas exigencias emocionales para los profesionales, puesto que las distintas actitudes mencionadas anteriormente concatenan con el deber de los enfermeros de enfrentarse al

sufrimiento de los pacientes, de encontrarse cara a cara con el dolor, el trauma y el progreso o fracaso de los tratamientos. Además, por una parte, los pacientes ingresados en la UCI experimentan diversas alteraciones emocionales, así como diversas necesidades, como parte del proceso de tratamiento del padecimiento que les puso en riesgo de perder la vida (Gómez-Carretero et al., 2007). Al ser extraídos de sus interacciones y sensaciones habituales, los pacientes adultos que ingresan en la UCI deben abandonar de manera temporal el rol y las actividades que desarrollaban previo a su ingreso, así como su ambiente familiar. Es así como las necesidades de los pacientes cambian, y surgen necesidades de comunicación, independencia, autonomía, libertad, entre otras, en los pacientes (Gómez-Carretero et al., 2007).

En el marco de la teoría humanista, autores como Max-Neef et al, (1986) han teorizado las distintas necesidades que los seres humanos experimentan a lo largo de su desarrollo, las cuales no se supeditan a una dimensión de la existencia humana, sino que surgen en el individuo como producto de la compleja interacción entre este y los sistemas a los que pertenece, así de las relaciones que le componen a sí mismo. En otras palabras, las necesidades que surgen en el individuo se comprenden desde una visión sistémica del ser humano. Según Max-Neef et al, (1986) la persona es un ser que experimenta múltiples necesidades que son interdependientes, que están en constante interacción entre sí, suceden simultánea y complementariamente.

De acuerdo con Max-Neef et al, (1986) para comprender las necesidades humanas es preciso distinguirlas de sus satisfactores. Así, por ejemplo, la alimentación no debe considerarse una necesidad sino un satisfactor de una necesidad de subsistencia. Según los autores, las necesidades pueden clasificarse según categorías existenciales y según categorías axiológicas. Con esta clasificación las necesidades pueden ubicarse existencialmente en el *Ser, Tener, Hacer y Estar*, así como pueden ubicarse axiológicamente en: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. Para Max-Neef et al, (1986) las necesidades son las mismas en todas las culturas, y representan una relación entre carencia y potencia dentro del ser humano, no representan sólo carencia, sino que también potencian a las personas, las comprometen, motivan y hacen movilizar.

Además, es importante resaltar que es la cultura la que determina los satisfactores de las necesidades fundamentales de los seres humanos. Según cada sistema social, cultural, político y económico, se conforman distintos estilos para la satisfacción de las mismas necesidades fundamentales. Así, un satisfactor es una forma de ser, tener, hacer y estar que contribuye a la realización de las necesidades fundamentales. Un satisfactor puede ser un objeto, una estructura familiar, una institución, formas de organización y prácticas sociales,

espacios, contextos, actitudes, etc. (Max-Neef et al., 1986). No obstante, es preciso especificar que el paciente en estado crítico se enfrenta a situaciones y experimenta sus necesidades en el marco de la Unidad de Cuidados Intensivos, la cual es determinante para los satisfactores de los cuales el paciente puede disponer. Así mismo, hay dos situaciones frecuentes en la UCI, las cuales son la muerte y el sufrimiento, ya que, como se mencionó anteriormente, los pacientes que se encuentran dentro de la UCI son personas con padecimientos fisiopatológicos graves que los ponen al borde de perder la vida.

En consecuencia, a la complejidad del paciente dentro de UCI, surge el concepto de situación límite, que puede ser comprendido desde la mirada filosófica de Karl Jaspers. Para Jaspers (1953) la situación límite tiene un carácter de fatalidad, universalidad y no puede ser evitada por el ser humano. Se definen como situaciones que ponen al ser humano frente al límite de su existencia y enmarcan su actividad práctica en este. En medio de la existencia humana Jaspers (1953) reconoce situaciones que son indisociables de la vida misma, se trata de cuatro situaciones particulares: la lucha, el sufrimiento, la culpa y la muerte, las cuales se identifican como situaciones límite.

Son precisamente este tipo de situaciones las que afectan de manera significativa la vida humana, y a su vez recuerdan la crisis de la existencia, en la que este tipo de conflictos y el significado que conllevan se convierte en un sentido trágicamente más claro, y es en este sentido que se da la posibilidad de aprender de la existencia o comprenderla de un modo profundo (Baquedano, 2013). Jaspers (1953) visualiza la muerte comúnmente desde la angustia, la cual puede tomar dos sentidos: la angustia consciente que posiciona al humano en la inevitable realidad de su propia finitud y la angustia evasiva y desesperada. Ante estas formas de visualizar la muerte, y en oposición a esta angustia, se encuentra aquella posición que prepara al individuo para enfrentar serenamente la muerte, es decir, asimilar en paz al reconocer que es inevitable. Sin embargo, cuando la muerte no llega a ser certidumbre esta suele convertirse en la más absoluta desesperación (Baquedano, 2013).

Otra situación con la que el personal de enfermería se encuentra en constante contacto es la del sufrimiento. Para Jaspers (1953) el sufrimiento corresponde a nuestra existencia y nos limita, en el origen del sufrimiento han estado la vejez, la enfermedad, soledad, locura y muerte, así pues, este se puede presentar tanto a nivel psicológico como físico. Según los planteamientos de este autor el sufrimiento nace de la conciencia sobre la finitud de la existencia humana, puesto en otras palabras, la conciencia sobre el final de la vida.

El ser humano suele tratar de combatir el sufrimiento intentando anular el mismo con diferentes métodos o técnicas, sin embargo, esta contienda es limitada, y de una forma u otra

este pierde la batalla contra el inevitable sufrimiento. Es en esta medida que nace la imperiosa necesidad de asumir el sufrimiento, puesto que de lo contrario el ser humano tan solo logrará convertirse en presa de sus propias ilusiones, de modo que, se evita el sufrimiento personal o bien la persona se sustrae del sufrimiento del otro dando cabida a la indiferencia y desconsideración que termina incluso en el desprecio u odio (Baquedano, 2013).

Dado esto, la serie de situaciones por las cuales atraviesa el enfermero en el acompañamiento de las distintas experiencias de vida, sufrimiento y muerte que convergen bajo su cuidado, le enfrentan con el trauma vicario. Entonces, el trauma vicario o traumatización secundaria surge como una afectación del profesional al brindar la relación de ayuda a las personas en medio de los eventos traumáticos que experimentan (Del Valle Santa Cruz, 2016). De esta forma, Figley (1995) diferenció el trauma directo que afecta a la víctima y el trauma indirecto que es el que afecta al cuidador o profesional, definiendo al segundo como la unidad que acarrea emociones y conductas producto de la constante exposición a eventos traumáticos experimentados por otros seres humanos (Figley, 1983). Esta percepción y exposición prolongada al sufrimiento que es ajeno puede llegar a provocar diferentes efectos que pueden ser positivos o negativos (Figley, 1995).

Es pertinente destacar el concepto de trauma vicario acuñado por Joinson (1992) para describir y definir el desgaste de las enfermeras, ya que en su hacer se exponen de forma prolongada a diferentes situaciones estresantes como dolor, sufrimiento y muerte ajena, lo cual puede llegar a generar un estado de cansancio. La continua exposición al dolor ajeno, el sentimiento de impotencia y frustración deriva en el sufrimiento propio llegando a padecer un desgaste por empatía. Es así como al hablar de la enfermería se la define como una profesión desgastante, puesto que los principales valores en el ejercicio de dicha profesión son la empatía y la compasión, los cuales si bien permiten establecer un vínculo terapéutico y estrecho con el paciente a larga hacen que el profesional deba estar expuesto al sufrimiento ajeno de manera muy frecuente (Nolasco, 2019; Watson, 1988).

Algunos autores como Pearlman y McKay (2008) expresan que los profesionales que se exponen constantemente a situaciones traumáticas pueden presentar dificultades para manejar sus emociones y tomar decisiones que les permitan sentirse conectados consigo mismos y su entorno. Esto lleva a los profesionales a sentirse desconectados con su momento de vida, además de no saber identificar los límites entre ellos y las situaciones externas a ellos. Concorde con esto último, la no aceptación de las emociones o el inadecuado manejo emocional conduce a la represión o acumulación de estas, lo cual puede llegar a generar recuerdos traumáticos, desalentadores o negativos (Ocaña, 2009).

Según Silva (2005) el manejo emocional está relacionado con las estrategias que las personas utilizan para regularse emocionalmente. Esta regulación emocional serían según Gross (1999) todos aquellos procesos mediante los cuales la persona influye sobre sus emociones, sobre cuando las tiene, como las experimenta y cómo las expresa. Estos procesos de regulación o manejo emocional pueden ser adaptativos o “efectivos” o, por el contrario, disfuncionales o contraproducentes para la persona (Vazquez y Hervás, 2006). Así pues, el manejo emocional está relacionado con la capacidad de una persona para distinguir con cierto nivel de precisión sus estados emocionales internos unos de otros (Silva, 2005).

Levy (2000) afirma que existe una creencia popular de que las emociones son el problema dentro de la vida humana, y que el miedo, enojo y culpa son un contratiempo, cuando lo que sucede en realidad es que el individuo no sabe aprovechar la información que estas le brindan. Según Levy (2000) las personas se encasillan en sus emociones, de modo que tienden a convertirlas en una dificultad más dentro de su desarrollo. No obstante, emociones como el miedo y la ira son refinadas señales que alertan acerca de un conflicto en particular, y su función es remitir a ese conflicto para que la persona pueda solucionarlo (Levy, 2000).

Por lo tanto, cada emoción es aprovechada en su totalidad cuando se aprende de aquella dificultad, permitiendo reconocer el camino que da solución a ese inconveniente identificado. Así pues, la emoción es orientadora, y direcciona la mirada en pro de la resolución (Levy, 2000). Desde un aspecto más enfocado en el ámbito psicológico del enfoque humanista, Levy (2000) destaca que cada emoción cuenta con su funcionalidad y su propósito de ser, emociones como la alegría y el placer son sensaciones de bienestar que afianzan el establecimiento de una buena experiencia, al igual que emociones como el miedo y la ira son adaptativas y pueden aparecer cuando existe un problema a resolver.

Refiriendo concretamente a las emociones, según Ocaña (2009) las emociones se definen como reacciones que se presentan de manera instantánea y que tienen un carácter muy intenso, a su vez, son dadas filogenéticamente para responder ante ciertos estímulos que suelen ser potencialmente peligrosos y que orientan al organismo a huir o a atacar. Cabe reconocer que, aunque las emociones cuentan con un carácter adaptativo cuya intención es preservar la vida humana, este no es entendido como la única intencionalidad de las emociones. Las emociones también pueden estar orientadas a ayudarnos a tomar decisiones, establecer relaciones sociales con las demás personas e intervenir en funciones motivacionales. Ahora bien, las emociones aparecen en el ser humano desde el nacimiento y se originan en relación con las necesidades vitales de este. Las principales emociones son: la ira, el miedo, la alegría

y el placer, las cuales fisiológicamente son el resultado de intensas secreciones de endorfinas en ciertas áreas del cerebro (Ocaña, 2009).

Las emociones a veces se confunden con los sentimientos, sin embargo, de acuerdo con Ocaña (2009) los sentimientos aparecen más tardíamente que las emociones y surgen con base en estas últimas, son aprendidos, de mediana y alta intensidad y se originan frente a personas o situaciones. Del mismo modo, son reacciones representativas, que se pueden dar en ausencia del estímulo original, es decir, alcanzan permanencia y se independizan de las circunstancias medioambientales que lo provocaron. Los sentimientos responden a lo que le interesa o afecta al ser humano, es de este modo que los sentimientos llegan a describir al propio individuo y el mundo que cada uno experimenta.

En consecuencia, se define lo que se comprende como cognición puesto que, junto con la emoción, esta sirve para dar cuenta del mundo que le rodea al individuo. Evidenciando la intervención de la cognición como una herramienta que permite al ser humano tener esa capacidad de representar su mundo simbólicamente, construir su realidad y comprender lo que le rodea, generando un significado para aquello que vivencia diariamente. Ahora bien, la cognición se puede entender como una facultad mental dinámica que amalgama procesos cognitivos básicos como la percepción, sensación, atención y memoria, junto con procesos cognitivos superiores complejos, inherentemente humanos: lenguaje y pensamiento (González y León, 2013). La teoría del desarrollo cognoscitivo de Vygotsky (2009) describe de manera profunda estos últimos dos procesos, lenguaje y pensamiento, dos procesos que terminan de moldear nuestra capacidad cognitiva. Esta teoría es relevante para explicar cómo comprenderemos la cognición puesto que hace especial énfasis en la influencia que las condiciones socioculturales e históricas tienen en los procesos cognitivos, y, además, denota especialmente el carácter constructivo de la cognición.

Entonces, esta definición permite comprender la cognición como una facultad mental dinámica que las personas construyen desde la niñez (González y León, 2013; Vygotsky, 2009) la cual está mediada por el desarrollo del lenguaje y el pensamiento, los cuales se desarrollan primero de manera colectiva, es decir, en relación, y luego son aprehendidos por la persona de manera individual, es decir, se vuelven intrapersonales. Así, la cognición es un proceso tanto social como individual. La cognición es una facultad mental dinámica que permite a los seres humanos construir conocimiento sobre el mundo, y apropiarse de su realidad (González y León, 2013). Tomando la cognición como una función, en este trabajo se entenderán las cogniciones construidas por los enfermeros en el proceso de brindar la relación de ayuda como los

pensamientos que están cargados de los significados de los cuales ellos han dotado las experiencias vividas al brindar la relación.

De la misma manera, se comprenden las ideas que los enfermeros tienen sobre sí mismos o sobre otros profesionales como ideas que surgen desde lo subjetivo y lo intersubjetivo, las cuales denotan la forma en que los enfermeros se relacionan dentro de su entorno social y cultural al asumir su papel como profesionales de la salud (Meza, 2013). Por lo tanto, en las ideas sobre sí mismos los profesionales denotan representaciones mentales, las cuales refieren como se comprenden y se perciben a sí, qué valoración otorgan a este conocimiento y percepción y cuáles son las conductas llevan a su práctica profesional (Torres y Sanhueza, 2006).

En este sentido, cuando los seres humanos construyen significados sobre el mundo atraviesan por diferentes procesos a nivel de la psiquis, por lo cual es relevante señalar que la cognición engloba procesos como la percepción. Es por ello por lo que cuando se entra a estudiar y comprender cómo se construye un significado sobre el mundo, es decir, como se simboliza en la psiquis, es preciso vincular esta comprensión con los conceptos del *campo fenomenológico* y el *sí mismo*, ya que la percepción es un elemento fundamental de la experiencia humana. La relevancia de muchos de los conceptos previamente estudiados y probados cobra un rol indispensable al comprender que la emoción y la cognición dependen del *campo fenomenológico* de la persona y del *sí mismo* (Rogers, 1981; Reza, 2016).

De acuerdo con Rogers (1981) el campo fenomenológico está presente desde el momento en que la persona nace. Dentro de este, el ser humano realiza la organización de sus percepciones y experiencias. Con estos preceptos establecidos podemos comprender que el campo fenoménico es una matriz dinámica en la que se establece la estructura y se vincula continuamente lo que se percibe, es decir: lo que la persona siente, ve, oye, huele o degusta mediante los procesos cognitivos, convirtiéndose en una base importante a través de la cual se sustentan los significados y los sentidos de la experiencia.

A medida que la persona se desarrolla dentro de su ciclo vital, una parte del campo se diferencia del resto de manera paulatina dando lugar al "sí mismo". El sí mismo, es una noción diferenciada del campo que proporciona a la persona la conciencia de ser y de estar, le permite ser consciente de su propia existencia como un ser diferenciado del mundo. Dentro del sí mismo, se engloban las percepciones e ideas que la persona tiene de sí misma, las características de su personalidad, y todos aquellos componentes que generan en la persona una definición más o menos estructurada y estable de sí misma.

El sí mismo desarrolla un papel fundamental en la vivencia de las experiencias de cada

persona, ya que este se constituye como un filtro a través del cual serán tamizadas y filtradas las experiencias antes de ser simbolizadas e interiorizadas en la conciencia. Basado en la manera en que se dan las relaciones, el sí mismo dicta las pautas con las que las experiencias son seleccionadas para ser dotadas de sentido mediante la vivencia que permiten los procesos cognitivos. De acuerdo con lo expuesto por Rogers (1981) en el libro “Psicoterapia centrada en el cliente”, las experiencias pueden ser percibidas y organizadas en cierta relación con el sí mismo, así como pueden ser ignoradas porque no se percibe ninguna relación con la estructura del sí mismo. También se les puede negar la simbolización o se las simboliza distorsionadamente porque la experiencia no es compatible con la estructura del sí mismo.

Finalmente, cabe resaltar que, dentro del desarrollo del individuo, no todas las experiencias por las que atraviere el mismo, serán simbolizadas de manera idónea, y por tanto existirán momentos dentro de ciclo vital, donde la experiencia será interrumpida por resistencias. Las resistencias entendidas desde la Gestalt no necesariamente son patológicas, puesto que más bien, son formas de energía orientadas. En la terapia Gestalt las resistencias, se catalogan como interrupciones que se aplica a sí mismo la persona, y que le impiden llevar una vida más plena. De algún modo son las estrategias que ha desarrollado el individuo con el tiempo para su adaptación al ambiente dónde creció, sin embargo, estas no le permiten desarrollarse de manera satisfactoria. Por tanto, se hablará de las resistencias como Mecanismos de Evitación o Autointerrupciones (Castanedo, 1988).

Estas autointerrupciones son: Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión, Confluencia, Fijación y Retención. El mecanismo de desensibilización es un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones tanto del medio externo como del medio interno, lo cual estimula el proceso de intelectualización por el que intenta explicar racionalmente su falta de contacto sensorial. Cuando las sensaciones son perturbadoras y no es posible evitarlas accionando sobre la fuente ambiental de la perturbación o escapando de ella, una manera de enfrentarlas es alterar la percepción de la sensación, los seres humanos cuentan con la posibilidad de amortiguar el impacto de las sensaciones ya sea reduciendo su calidad de atención o disminuyendo la capacidad de sus órganos de percepción (Castanedo y Salamá, 1991).

La proyección se entiende como la tendencia a otorgarle al ambiente la responsabilidad que tiene el origen en el individuo, en este caso, el sujeto es quien deposita en el mundo exterior lo que se halla en su mundo interior, de este modo, la introyección puede ser entendida como la irrupción en el contacto con el mundo puesto que trata una parte de sí mismo como si fuera un objeto establecido en su entorno. A diferencia de la proyección encontramos la introyección,

la cual refiere al asumir ideas, costumbres o principios como si fueran propios, sin la posibilidad de cuestionar dicha información a nivel personal, de modo que estos no son transformados por el sujeto antes de assimilarlos. La introyección es el mecanismo mediante el cual el sujeto incorpora dentro de sí mismo, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente propios, y que involucra un funcionamiento como una especie de pseudo-metabolismo que implica la incorporación pasiva de elementos del entorno que no son adecuadamente digeridos y por lo tanto no son asimilados plenamente. La introyección se establece, siguiendo dos pasos fundamentales: el individuo incorpora fragmentos y trozos de representaciones exteriores que considera le permitirán enfrentar con éxito aquellas circunstancias del campo organismo-ambiente que sus respuestas parecen no poder solucionar y, con posterioridad, pierde consciencia de que ha comenzado a actuar y empieza a creer que él es aquello que está representando de modo que se convence a sí mismo de que su actuar es bueno para él y que es aquello que realmente desea (Ginger y Ginger, 1993).

Por su parte la retroflexión consiste en retornar contra sí mismo la energía que el sujeto quiere depositar en el medio ambiente, es decir, hacerse a sí mismo lo que la persona en realidad desearía hacerle a los otros, también se puede representar de modo que el sujeto se haga a sí mismo lo que desea que el entorno le haga a este. Desde la perspectiva de la terapia gestáltica, el organismo interrumpe sus movimientos o impulsos naturales debido a la presencia de un temor profundo a herir o destruir a un elemento significativo del entorno o, por otro lado, debido a la existencia de un miedo a ser herido o dañado por parte del ambiente (Ginger y Ginger, 1993).

Continuado con la deflexión, ésta consiste en desviar aquello que surge en el “aquí y ahora” o momento presente. Esta es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, un medio de enfriar el contacto real también se podría decir que la deflexión puede ser entendida como la evitación del contacto o del darse cuenta, al desviarse de un elemento ambiental relevante. Al mismo tiempo es entendida como la modificación del curso de una circunstancia, o el curso de su interacción, con el fin de evitar entrar en lo profundo de la situación o tener que encontrarse de frente con una persona o situación no deseada. El individuo escoge un elemento ambiental diferente del que podría satisfacer su necesidad de manera plena y completar el ciclo iniciado de la experiencia. En la deflexión, el impulso es dirigido hacia un sustituto en el entorno. En este mecanismo, la energía se utiliza para evitar centrarse en sí mismo, y en su lugar esa energía es orientada en forma difusa sobre puntos secundarios de la experiencia (Castanedo, 1988).

Otro mecanismo, es el de la confluencia, trata de una situación de fusión por la ausencia de límites que se estipulan con el entorno, en este caso, el sujeto no logra identificarse a sí mismo como una figura aislada del mundo que lo rodea. La confluencia no permite dar cuenta de la experiencia puesto que no está delimitada una frontera con el ambiente. El campo organismo-ambiente permanece indiferenciado y el individuo prescinde o hace caso omiso de las diferencias existentes entre él y el medio (Ginger y Ginger, 1993).

Seguidamente, tenemos la Fijación la cual habla sobre aquella energía que no sigue su recorrido y por tanto la experiencia queda unida a la persona. En este mecanismo el sujeto no logra cerrar o finiquitar el contacto, permanece reviviendo en la fantasía los temas pasados, y contempla situaciones incompletas siempre desde la misma perspectiva. Finalizando con la retención, está consiste en la permanencia de la experiencia por un tiempo prolongado e indefinido, es entonces que la persona se mantiene detenido en una situación, evitando la continuidad natural que atraviesa el proceso de asimilación de la experiencia, de modo que impide el inicio de una nueva vi (Castanedo y Salamá, 1991).

MÉTODO

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cualitativo, la cual, según Jiménez (2000) es el tipo de investigación que busca obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones que las personas otorgan a los fenómenos. Además, Willig (2013) menciona tres características fundamentales de este tipo de investigación: sus datos se recogen de forma naturalista, es decir, es una investigación que vela al máximo por recoger los datos del fenómeno en la forma más fiel posible a cómo lo vivencian los sujetos; pueden llegar a tener mayor validez ecológica que otros estudios, ya que estudian los fenómenos en su ambiente natural, no necesitando extrapolar resultados artificiales a contextos reales y; se constituye como un proceso de constante reflexión, en el que el investigador revisa su papel dentro de la investigación, dándole a los participantes la libertad para desafiar y de ser necesario corregir las suposiciones, significados y conceptos que este tenga.

Del mismo modo, se caracteriza por ser un conjunto de prácticas interpretativas que buscan “reconstruir” la realidad, encontrando sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan (Hernández et al., 2014). Aterrizando este conjunto de ideas a la presente investigación, se eligió la metodología de enfoque cualitativo puesto que esta nos permite tratar de entender el mundo desde el punto de vista del sujeto que lo experimenta, siendo precisamente esto lo que se quiere indagar en la experiencia subjetiva del auxiliar de enfermería al brindar la relación de ayuda al paciente en la UCI. Se pretende tratar de entender la práctica de la enfermería en UCIs haciendo un énfasis en la vivencia del enfermero, exponiendo así las relaciones de ayuda que se dan en su contexto natural, sin alteraciones que puedan generar un falso entorno.

Diseño

El diseño de esta investigación es fenomenológico. Según Hernández et al., (2014) este diseño tiene como objetivo principal la comprensión de la experiencia de las personas por medio de la exploración y descripción del fenómeno estudiado. Del mismo modo, según Denzin y Lincoln (2012), este diseño tiene en cuenta la contextualización de las experiencias en cuanto el momento histórico, el lugar y el contexto relacional en el que suceden, ya que se busca entender e interpretar los fenómenos en relación con los significados que son otorgados en el momento.

En el caso de esta investigación se trabajó con la fenomenología empírica, teniendo en cuenta los planteamientos de Fetters et al. (2013) y Wertz (2011), ya que esta se enfoca en la descripción profunda de las experiencias subjetivas de los participantes, elemento que concuerda con la epistemología del enfoque centrado en la persona, en la cual se manifiesta que acercarse a la experiencia de la persona implica reducir al mínimo las teorías, hipótesis o intereses personales para así poder aceptar lo que es dado por el otro como fuente primaria de conocimiento, es decir, estudiar el fenómeno tal como se le presenta a la persona (Martínez, 2012).

Participantes

Durante el planteamiento de esta investigación se pretendió entrevistar a 10 auxiliares de enfermería, puesto que se buscaba analizar el mayor número posible de casos según los parámetros de la investigación cualitativa y la pregunta de investigación, a sabiendas de que podían integrarse hasta 15 casos debido a que en la investigación cualitativa la muestra se define a la luz de la saturación de categorías de análisis (Hernández et al, 2014). Sin embargo, durante el contacto con los participantes, 4 de los auxiliares de la muestra no se presentaron a las entrevistas programadas, por lo cual la muestra final estuvo constituida por 6 participantes, 5 auxiliares de enfermería del género femenino y 1 auxiliar de enfermería del género masculino.

Esta muestra final estuvo integrada por auxiliares de enfermería entre los 24 y 32 años, quienes al momento de la entrevista laboraban en UCI's de diferentes hospitales privados de tercer nivel en la ciudad de Cali, Valle del Cauca. Durante el planteamiento de la investigación la edad de los participantes como criterio de inclusión se estableció a partir de los datos obtenidos a través del Consejo Técnico Nacional de Enfermería (2019), según el cual al 2018 el mayor porcentaje de profesionales en enfermería a nivel nacional se encontraba en el rango de los 24 a 55 años de edad. Como se mencionó, en esta investigación se pudieron integrar participantes hasta los 32 años con el objetivo de abrir el rango de edad en búsqueda de facilitar el acceso al personal y contrastar las distintas experiencias de los participantes según se presentará la posibilidad.

Como criterios de inclusión se establecieron: ser auxiliar de enfermería, tener experiencia de mínimo 2 años laborando en Unidades de Cuidados Intensivos, encontrarse entre los 24 y los 55 años y estar laborando actualmente en una UCI de un hospital de tercer nivel.

Como criterios de exclusión se comprendió: tener experiencia de menos de 2 años en el área del cuidado intensivo, haber sido diagnosticado con algún trastorno neurocognitivo que implique el deterioro de la memoria, no acceder a firmar el consentimiento informado y/o haber consumido alguna sustancia psicoactiva que le impida reconocer la realidad en el momento de la entrevista, entendiendo sustancia psicoactiva como aquella sustancia que al ser introducida al organismo produce alteración del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo, o los procesos de pensamiento y que además se clasifique como ilegal dentro de la normatividad (MinSalud, 2021).

Categorías de análisis

Para realizar la categorización de los datos que se pretende obtener, se han establecido las siguientes categorías y subcategorías (ver tabla 1):

Tabla 1.

Tabla de categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías
<i>Cogniciones construidas en torno a la experiencia de brindar una relación de ayuda:</i> Se definen como los pensamientos o ideas que están cargados de los significados con los cuales los enfermeros han dotado las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda, los cuales les permiten construir conocimiento sobre el mundo y apropiarse de su realidad y que surgen del involucramiento de los procesos cognitivos básicos y superiores con la influencia de ciertas condiciones socio-históricas y culturales al momento de brindar la relación de ayuda (Vygotsky, 2009; González y León, 2013).	<p><i>1. Ideas del enfermero sobre el paciente:</i> Son los pensamientos o razonamientos que producen los seres humanos, aquellos que sostienen sobre un tema, independientemente del grado de verdad objetiva que este representa. Son el resultado de una actividad intelectual (Diez, 2017) en este caso, relacionada con los pacientes que el profesional en enfermería atiende en la UCI, que está vinculada con la subjetividad de la persona y cómo el mundo se alza ante su mirada (Husserl, 1962).</p> <p><i>2. Ideas asociadas a la UCI:</i> Se definen como las ideas que expresa la persona que denotan los significados que este ha construido cognitivamente (Vygotsky, 2009) En este caso, sobre las distintas experiencias que ha vivido el enfermero dentro de la UCI.</p> <p><i>3. Ideas del enfermero sobre la profesión y otros profesionales:</i> Son aquellas ideas que giran en torno</p>

a la imagen que el enfermero tiene sobre sí mismo y sobre otros enfermeros, las cuales han sido construidas cognitivamente (Vygotsky, 2009) como resultado de una actividad intelectual generadora de pensamientos sobre un tema particular (Diez, 2017) experimentado primero socialmente y significado luego internamente (Vygotsky, 2009).

Emociones que surgen en el profesional al 1. Emociones y sentimientos del enfermero al brindar ayuda al paciente dentro de la brindar ayuda al paciente: Son las reacciones que UCI: presenta el enfermero frente los estímulos que

Se definen como las reacciones genera el paciente. Estas emociones se orientan en instantáneas e intensas que se dan con la función a establecer relaciones sociales y a su vez intención de responder ante ciertos ayudan al enfermero a interactuar con el otro estímulos en donde las mismas cuentan (Ocaña, 2009). Como consecuencia de las con un carácter adaptativo con la emociones, surgen sentimientos que corresponden a intencionalidad de preservar la vida lo que le afecta o interesa al enfermero como humana. A su vez, las emociones están individuo, y perduran más en el tiempo que las orientadas para ayudarnos a tomar emociones (Ocaña, 2009).

decisiones y establecer relaciones sociales 2. *Emociones que surgen de las características del con otros individuos. Las principales contexto de trabajo de la UCI:* Son las emociones emociones son la ira, el miedo, la alegría y que cuentan con un carácter primordialmente el placer, las cuales fisiológicamente son adaptativo respecto al ambiente que permea al el resultado de intensas secreciones de enfermero. Estas emociones le permiten comprender endorfinas en ciertas áreas del cerebro, las el mundo que lo rodea y otorgan un significado a emociones en este caso tendrán que ver aquello que se vivencia (Ocaña, 2009).

con la relación de ayuda y el contexto de 3. *Manejo emocional:* Hace referencia a la forma en la UCI (Ocaña, 2009).

la que el enfermero gestiona sus emociones, lo cual está relacionado con la capacidad para distinguir con cierto nivel de precisión sus estados emocionales internos unos de otros (Silva, 2005). Así mismo, según Silva (2005) el manejo emocional está relacionado con las estrategias que las personas

utilizan para regularse emocionalmente. Esta regulación emocional serían según Gross (1999) todos aquellos procesos mediante los cuales la persona influye sobre sus emociones, sobre cuando las tiene, como las experimenta y cómo las expresa. Estos procesos de regulación o manejo emocional pueden ser adaptativos o “efectivos” o por el contrario, disfuncionales o contraproducentes para la persona (Vazquez y Hervás, 2006).

Expresiones de las actitudes facilitadoras 1. Ideas del enfermero acerca de la relación de la relación de ayuda Rogeriana en las ayuda: Se definen como las ideas que expresa el acciones de los enfermeros al brindar enfermero que denotan los significados que este ha ayuda:

construido sobre la relación de ayuda. Se derivan del Son aquellas actitudes de quién brinda la carácter constructivo de la cognición, característica relación de ayuda que intentan promover que resalta Vygotsky (2009) y surgen de lo que vive en el otro su desarrollo, maduración y la dentro de la relación a través de los procesos posibilidad de que la persona vivencie la cognitivos como el pensamiento (Vygotsky, 2009). vida de manera más adecuada la2. *Congruencia:* denota el equilibrio entre la experiencia que transita. Estas a su vez experiencia, la comunicación y la consciencia, la fomentan el surgimiento de recursos importancia de reconocer y aceptar los propios latentes dentro del individuo, junto con un sentimientos. En otras palabras, es la coherencia uso más funcional de estos. Todo esto entre lo que la persona piensa, dice y hace (Rogers, respondiendo a la premisa central de que 1956).

el ser humano cuenta con recursos propios 3. *Consideración positiva incondicional:* la de autocomprensión que se pueden capacidad de aceptar y valorar a la persona tal y direccionar en pro de la alteración de como es, sin condiciones, siendo cálido y genuino. conceptos propios, actitudes básicas y una (Rogers, 1956)

conducta autodirigida. En síntesis, son 4. *Empatía:* es la capacidad de comprender de estas actitudes facilitadoras las que manera precisa la vida emocional y el mundo del propician una relación de ayuda efectiva, paciente en toda su complejidad, reconociendo los y se distinguen en 3: la congruencia, la

consideración positiva incondicional y la sentimientos, emociones y significados, dejando de comprensión empática (Rogers, 1972). lado los prejuicios (Rogers, 1956).

Instrumento

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizó una entrevista semiestructurada, la cual se conoce como aquella entrevista que se caracteriza por su flexibilidad, ya que, si bien parte de un conocimiento planteado previamente y utiliza un tipo de preguntas orientadas a recolectar cierto tipo de información, el entrevistador posee la libertad de incluir preguntas adicionales que sean consideradas pertinentes y afines con el objetivo de estudio para precisar conceptos o adquirir mayor información, como ventaja permite recolectar información mediante el diálogo (Folgueiras, 2016; Trindade, 2016; Hernández et al., 2014; Díaz-Bravo et al., 2013; Tonon et al., 2013). El propósito de esta entrevista fue escuchar al entrevistado de forma subjetiva, sin realizar juicios ni interpretaciones, permitiendo conocer su vivencia (Díaz-Bravo et al., 2013). Sumado a esto, en medio del desarrollo la entrevista semiestructurada se pueden incorporar nuevos temas que surjan a lo largo de la sesión e inclusive modificar el orden en que se desarrollan las preguntas, esto gracias a que no todas las preguntas se encuentran predeterminadas (Hernández, et al, 2014).

En el caso de la presente investigación, se diseñó un primer modelo de entrevista semiestructurada constituido por 80 preguntas, las cuales se organizaron de acuerdo con las categorías y subcategorías de investigación explicadas anteriormente. Este primer modelo se sometió a evaluación con dos juezas expertas en el tema, a quienes se solicitó evaluar esta primera versión a través de una carta de solicitud formal, además, se les solicitó tener en cuenta los objetivos de la investigación junto con las categorías y subcategorías establecidas. A partir de los comentarios realizados por las juezas, se redujo la cantidad de preguntas a 34 y se reorganizó el orden de estas para que tuvieran un mejor hilo conductor. También se corrigieron aspectos de redacción y se agregó una consideración al instrumento, que pretende aclarar que durante la entrevista se indagaron tanto por las experiencias previas a la pandemia, como a las vividas durante esta.

Procedimiento

Fase de categorización: se inició con el establecimiento de las categorías del análisis de datos, para las cuales fue necesario establecer bases conceptuales relacionadas con las relaciones que establecen los enfermeros con los pacientes dentro de la UCI. Los temas principales que fueron

tomados como antecedentes se relacionaron con: la profesión de enfermería, la unidad de cuidados intensivos, la relación de ayuda desde Rogers. Estas investigaciones, acompañadas de un marco conceptual permitieron establecer las categorías de análisis.

Fase de delimitación: posterior a la fase categorización, se diseñó un mapa conceptual que delimitó las categorías de análisis en función de los objetivos específicos. Estas categorías sirvieron de guía para determinar las preguntas que componen la entrevista semiestructurada. Consecuentemente dicha entrevista fue sometida a evaluación por dos juezas expertas en el tema (ver anexo 1 y 2 Formato de evaluación para entrevista semiestructurada), lo cual permitió realizar ajustes y filtrar los ítems que resultaron pertinentes (Ver anexo 3 Instrumento versión final). De la misma forma, gracias a una entrevista piloto realizada a un auxiliar de enfermería del género masculino se obtuvieron datos que permitieron afinar las categorías de análisis y las preguntas. Una vez delimitado el instrumento se procedió a recopilar las narraciones de experiencias de los participantes.

Fase de muestreo: se realizó un muestreo por conveniencia lo cual quiere decir que fue una selección intencionada realizada por métodos no aleatorios para convocar a la población objeto de estudio, esto por medio de la identificación de sujetos que contaron con los criterios de inclusión para el posterior establecimiento de la comunicación vía telefónica, y/o vía WhatsApp. Una vez conformada la participación de los sujetos, se explicó el objetivo del proyecto y se procedió a realizar la entrega del consentimiento informado. El consentimiento informado se envió por medio virtual al contacto de cada participante en forma de un enlace URL el cual los direccionó a un formato llamado Google Forms. Este consistió en un formulario electrónico que contuvo toda la información del consentimiento informado y que sirvió para la recolección de información, el cual a su vez permitió dar respuesta o autorización por parte del sujeto a la participación de la entrevista por medio del ingreso de datos personales del participante (nombre completo, correo electrónico, número de contacto, número de cédula de ciudadanía, fecha al momento de firmar el consentimiento) junto con la acción de marcar “acepto” en una de las opciones que se encontraba dentro del Google Forms. Este procedimiento, reconoció la aceptación formal del consentimiento informado por parte del sujeto en ausencia de testigos, es decir que se distinguió como suficiente la autorización por parte del participante ante la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19. La información recolectada por el Google Forms se recopiló por medio de un Excel, el cual contiene los datos otorgados por el participante además de la entrega de un documento en PDF con copia del consentimiento informado.

Fase de entrevistas: Consecuentemente, para el desarrollo de las entrevistas, se recurrió a la herramienta Zoom, mediante la cual con cada participante se realizó una entrevista semiestructurada de manera virtual, la cual fue grabada en video y audio para preservar la fidelidad de los relatos de los participantes. Dicha entrevista tuvo una duración máxima de 1 hora o 1 hora y media.

Fase de sistematización y análisis: subsecuentemente, en la fase de sistematización y análisis de la información, se realizó la transcripción textual de las entrevistas, para permitir su posterior descomposición, categorización y análisis. Esto con la intención de construir un análisis integral entretejiendo las narrativas individuales. Para la fase de sistematización, a manera de apoyo, se utilizó el software computacional Atlas TI (Versión 8) el cual fue el encargado de organizar la información recolectada, ayudando a codificar las respuestas de los participantes en las categorías previamente establecidas y delimitar la información para que esta sea más clara en medio de la comprensión de conceptos y temas.

El método de análisis de información se realizó por medio del análisis de contenido, un recurso o técnica en la investigación cualitativa que apunta a descubrir el significado del mensaje que se encuentra en el discurso, la historia de vida, un artículo, etc., en el cual se busca clasificar o codificar los elementos del mensaje con el fin de conseguir claves para descifrar el contenido (Mayer & Quelle, 1991). El análisis de contenido es una herramienta hermenéutica controlada que se encuentra basada y sustentada en la deducción e inferencia, es, por tanto, un esfuerzo de interpretación del contenido manifiesto de la comunicación.

Este es un método muy empírico, dependiente del tipo de discurso en que se centre el investigador, y además del tipo de interpretación que se persiga. En este no existen plantillas ya confeccionadas, simplemente se cuenta con algunos patrones base, que son de uso simple y generalizado, como la eliminación, en donde el contenido que no pertenece a ninguna categoría o tema de interés es liquidado. Además, la técnica de análisis de contenido se rige bajo las reglas o delimitaciones que eligen para integrar la información obtenida dentro de las categorías de análisis, las cuales actúan como guía para la descomposición de la comunicación y así procurar que el análisis sea válido. Estas categorías deben ser homogéneas, es decir, que se encuentren formadas por elementos con características comunes referidas al objeto de estudio; exhaustivas, deben agotar la totalidad del texto; exclusivas, un mismo elemento de contenido no puede ser clasificado de manera aleatoria en dos categorías diferentes; objetivas, dos codificadores diferentes deben llegar a los mismos resultados; y adecuadas o pertinentes, es decir adaptadas al contenido y al objetivo (Bardin, 1991).

Dichas categorías pueden ser generadas previo al análisis de los datos o posterior al análisis. En el caso de esta investigación, las categorías fueron establecidas previo al análisis de los datos, basadas en los antecedentes encontrados en investigaciones que indagaron por elementos relevantes sobre el objeto de estudio y en el marco teórico construido para comprender las experiencias subjetivas de los auxiliares de enfermería al brindar ayuda al paciente en estado crítico dentro de la UCI.

Así mismo, para la aplicación de esta técnica al análisis de los datos de esta investigación, se utilizó lo planteado por Andreu (2002) según el cual el procedimiento para la codificación se hace a través de los siguientes pasos: se toma el cuerpo del texto, en este caso la transcripción de la entrevista, y se identifican las unidades de contexto, las cuales son porciones del discurso extensas dentro de las cuales se encuentran y se contextualizan las respuestas del participante que potencialmente pueden ser codificadas dentro de las categorías y subcategorías establecidas. Dentro de las unidades de contexto están las unidades de registro, las cuales son las porciones de texto que pueden ser analizadas de forma aislada, es decir, aquellas que finalmente serán extraídas, situadas dentro de las categorías de análisis y analizadas. Para la codificación según la técnica de análisis de contenido, se utilizan distintas reglas, en el caso de esta investigación se utilizó la regla de frecuencia, la cual según Bardin (2002) establece que la importancia de una unidad de registro crece con su frecuencia de aparición. Así mismo, se utilizó la regla de presencia, según la cual se integraron las unidades de registro en las cuales aparecieron respuestas alusivas a elementos constitutivos de las subcategorías de análisis.

Fase de difusión de resultados: al finalizar esta investigación, con los resultados obtenidos a partir de la elaboración del informe final dando respuesta a los objetivos del estudio, se diseñará una herramienta para difundir los principales resultados de la investigación con los profesionales participantes de la investigación de manera virtual, para lo cual se programará un encuentro sincrónico grupal a través de la herramienta de videoconferencia Zoom o Google Meet, por medio de la cual se establecerá una conversación con los participantes de investigación para dar cierre al proceso compartiendo los principales hallazgos del estudio.

Validez

En la investigación cualitativa la validez hace referencia al grado en que el investigador ha recolectado el significado profundo de las experiencias de los participantes relacionadas con aquello que se ha planteado en los objetivos de estudio. La validez también se constituye en función de la credibilidad y la capacidad de los investigadores para reflejar el punto de vista de

los participantes, incluyendo el lenguaje, pensamiento y emociones, siguiendo con fidelidad la autenticidad de las experiencias, que lleva consigo una imagen clara y representativa de la situación dada (Hernández et al., 2014; Corral, 2009).

De acuerdo con lo planteado por Hernández et al. (2014) es pertinente que los investigadores se planteen preguntas con respecto a ¿si se han recogido con amplitud los significados, vivencias y conceptos de los participantes? ¿se han comprendido significados, vivencias y conceptos de los participantes? ¿se han transmitido los significados, vivencias y conceptos de los participantes? (Hernández, et al, 2014). En esta investigación se pretende dar lugar a la validez a partir de la correspondencia entre la metodología, el diseño de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos y el subsecuente desarrollo de todos los elementos que permitirán comprender las experiencias subjetivas de los profesionales en enfermería, de modo que se logre retratarlas de la manera más clara y completa posible.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Ley 1090 de 2006 o Ley del Psicólogo, el aspecto ético de esta investigación alude fundamentalmente a la intención de contribuir al desarrollo de la psicología, al igual que a la mejora del bienestar humano y formación profesional de los profesionales en enfermería, puesto que los objetivos de esta investigación pretenden tener un alcance de comprensión profundo sobre las relaciones de ayuda precisamente para poder distinguir también qué situaciones interfieren en el buen desarrollo de estas.

En este sentido, todo el proceso por el que podrá atravesar esta investigación se verá enmarcado dentro de la Ley 1090 del 2006, de modo que las actividades que se estén dispuestas a llevar a cabo se encontrarán en base de la consideración del respeto a la dignidad, el bienestar y los derechos de las personas, para lo cual, será necesario el consentimiento previo y explícito de cada participante. Puntualizando en el capítulo VII de la ley 1090 de 2006, sobre la investigación científica, cabe rescatar que para garantizar no solo la generación de la información pertinente para esta investigación sino también una contribución al fortalecimiento de la práctica de la enfermería y del cuidado del personal, una vez finalizada la investigación se le brindara a los participantes la información clara y oportuna sobre los resultados de la investigación con el fin de enriquecerlos y retroalimentarles sobre aspectos que puedan ayudar al buen ejercicio de sus labores como enfermeros.

Concorde con lo anterior, en el ejercicio de la investigación en una comunidad como es la del personal de salud en UCI's, se pretende asegurar la obtención de resultados válidos acorde con los objetivos propuestos en el presente estudio, de manera que se responda a lo

instituido en la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Con lo que respecta a esta tesis, se velará por la revisión, construcción y obtención de información pertinente que promueva un contexto saludable en las relaciones de ayuda en UCI 's en Colombia.

La investigación busca conocer aquellos problemas que puedan afectar a la salud y bienestar del personal de enfermería que atiende en contextos críticos, sin desconocer los posibles factores contextuales que puedan incidir en su ejercicio de la profesión. De este modo se pretende responder al capítulo V de la resolución 8430 de 1993, de las investigaciones en grupos subordinados, para así favorecer la perspectiva del grupo a trabajar de manera que se pueda representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión.

En caso de que algún participante de la investigación presente desbordamiento emocional en medio del desarrollo de las entrevistas, se pondrán en práctica los primeros auxilios psicológicos para lograr estabilizar al participante, así como se pondrán en práctica los planteamientos fundamentales de la atención en crisis desde la Psicología. Cabe reconocer que una crisis representa un periodo de vulnerabilidad en la vida de una persona, donde la conciencia de los recursos que la misma posee tienden a obstruirse o minimizarse, de modo que es importante que el facilitador de la entrevista posea la capacidad de crear condiciones adecuadas para que el profesional en enfermería pueda integrar la experiencia de la crisis y apoyarlo para que se dé una asimilación funcional (Armenta, 2002).

Además, en caso de ser necesario se activarán las rutas de atención correspondientes a la situación problemática que pueda estar transitando el profesional. Algunas de las rutas de atención en salud mental son: línea 24/7-106-teleamigos “estamos con vos” para la atención en salud mental, así como el WhatsApp 3105356615. Finalmente, acatando lo establecido en el modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud de Colombia generado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013) se realizará un seguimiento al proceso de la persona afectada, buscando acompañar al participante durante el desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta las posibilidades y limitaciones generadas por el marco de esta.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de 6 entrevistas semiestructuradas realizadas a auxiliares de enfermería con experiencia de mínimo 2 años de trabajo en la UCI de distintos hospitales de la ciudad de Cali. Los hallazgos serán expuestos tal como fueron generados por la técnica de análisis de contenido. En el caso de este estudio se incluye en la presentación de los resultados las ideas de los participantes de forma textual para presentar con fidelidad sus relatos tal como ellos los exponen. Adicionalmente, para guardar el anonimato, los relatos se presentan con los pseudónimos escogidos por los auxiliares.

Primeramente, respecto a los datos sociodemográficos (Tabla 2), se contó con auxiliares de enfermería del género femenino y un auxiliar de enfermería del género masculino. Las edades de este grupo de auxiliares oscilaron entre los 24 y los 32 años. Además, respecto a los años de experiencia laboral, se encontró que la experiencia dentro del servicio de la UCI oscila entre los 2 y los 6 años. Finalmente, todos los auxiliares entrevistados se encontraron vinculados a entidades hospitalarias del sector privado al momento de realizar la entrevista semiestructurada.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos

Pseudónimo	Edad	Género	Años de experiencia laboral como auxiliar	Años de experiencia dentro de la UCI	Entidad hospitalaria
Fabián	24 años	Masculino	3 años	3 años	Privada
Daniela	27 años	Femenino	5 años	4 años	Privada
Valentina	27 años	Femenino	7 años	4 años	Privada
Lola	26 años	Femenino	7 años	4 años	Privada
Joshua	28 años	Femenino	2 años	2 años	Privada

Laura 32 años Femenino 10 años 6 años Privada

Nota. elaboración propia.

Tabla 3.

Frecuencia de alusiones por subcategorías según la técnica de análisis de contenido

Categoría	Subcategoría	Fabián	Daniela	Valentina	Lola	Josha	Laura	Total
Emociones que surgen en el profesional al brindar ayuda al paciente dentro de la UCI.	Emociones y sentimientos del enfermero al brindar ayuda al paciente	5(14,28%)	9(25,71%)	5(14,28%)	2(5,71%)	7(20%)	7(20%)	35 (100%)
	Emociones que surgen de las características del contexto de trabajo de la UCI	3(37,5%)	0	0	4(50%)	0	1(12,5%)	8 (100%)
	Manejo emocional	7(24,13%)	5(17,24%)	6(20,68%)	3(10,34%)	3(10,34%)	5(17,24%)	29 (100%)
Cogniciones construidas en torno a la experiencia de brindar una relación de ayuda	Ideas del enfermero sobre el paciente	3(12,5%)	5(20,83%)	5(20,83%)	1(4,16%)	4(16,66%)	6(25%)	24(100%)
	Ideas asociadas a la UCI	1(4,76%)	5(23,80%)	2(9,52%)	5(23,80%)	5(23,80%)	3(14,28%)	21(100%)
	Ideas del enfermero sobre la profesión y otros profesionales	1(8,33%)	5(41,66%)	1(8,33%)	3(25%)	1(8,33%)	1(8,33%)	12(100%)

Expresiones de las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de los enfermeros al brindar ayuda	Ideas del enfermero acerca de la relación de ayuda	6(18,75 %)	6(18,75 %)	7(21,87%)	7(21,87%)	1(3,12 %)	5(15,62 %)	32(100 %)
	Congruencia	2(9,09 %)	3(13,63 %)	5(22,72%)	4(18,18 %)	4(18,18 %)	4(18,18 %)	22(100 %)
	Consideración positiva incondicional	2(12,5 %)	4(25%)	2(12,5%)	4(25 %)	2(12,5 %)	2(12,5 %)	16(100 %)
	Empatía	4(14,81 %)	4(14,81 %)	6(22,22%)	5(18,51 %)	4(14,81 %)	4(14,81 %)	27(100 %)

Nota. elaboración propia.

Dando respuesta al primer objetivo específico de la investigación, que consistió en Identificar las emociones que surgen en los auxiliares de enfermería al brindar la relación de ayuda a los pacientes dentro de la Unidad de Cuidados intensivos, se aborda la categoría Emociones que surgen en el profesional al brindar ayuda al paciente dentro de la UCI. En esta categoría se abordan las subcategorías Emociones y sentimientos del enfermero al brindar ayuda al paciente, Emociones que surgen de las características del contexto de trabajo de la UCI y Manejo emocional. En esta categoría se encontraron 72 alusiones en el total de las 6 entrevistas codificadas, siendo la subcategoría Emociones y sentimientos de enfermero al brindar ayuda al paciente aquella con el número de alusiones más alto (35 alusiones):

Al estudiar los discursos de los participantes, se encontró que, en la subcategoría, Emociones y sentimientos del enfermero al brindar ayuda al paciente, las emociones que aparecen con más frecuencia en los auxiliares son tristeza y alegría. Respecto a los sentimientos, aparecieron la impotencia, frustración y la gratitud. Cabe agregar que en los hallazgos aparecen dos situaciones como generadoras de las emociones y sentimientos

identificadas en los auxiliares al brindar ayuda. Por una parte, surgen emociones a raíz de los comportamientos o respuestas que los pacientes tienen mientras se les brinda ayuda, las cuales se pueden englobar en actitudes positivas y actitudes negativas, según el relato de los participantes:

Están las emociones bonitas como la felicidad (...) también está el paciente que de verdad y te nace como ayudarlo, pero está ese paciente grosero, ese paciente que te responde con 3 piedras en la mano (...) uno siente a veces hasta impotencia, son personas que literalmente llegan y te dicen “ es que usted come por mí, gracias a lo que yo le estoy pagando a la EPS” (...) son personas a veces están descontextualizadas de la verdadera situación que pasamos los empleados de la salud que uno se queda mirándolos y te lo juro que uno es por el simple y el mero profesionalismo es que uno se debe quedar callado, pero da impotencia da mal genio por el trato que nos dan en ocasiones. **(Daniela)**.

(...) Empezando por los malos sería como frustración, pues al ver uno a un paciente que uno le luchó y le trabajó mucho y luego usted llegar al otro día y ver que falleció, ahí ya entra la tristeza, como si, y el ver eso es complicado, o cuando ya están finalizando la vida y no puedes hacer nada (...) alegría porque después de uno verlos tan mal con tantas cosas puestas y salir de allá eso genera como, eso, esa alegría y felicidad (...) ellos vuelven todos contentos así y nos traen cositas que “Ay que un pastel, que las empanadas” (...) que porque escuchaban que a nosotros nos gustaban las empanadas entonces traen las empanadas todos contentos, y uno sabe que salió adelante y que continuó, logró continuar su vida **(Lola)**.

Me siento feliz, me siento contenta de brindarle ayuda a mis pacientes porque es para lo que yo me preparé, o sea, yo me preparé y estudié para eso, para ayudar a las personas que requieran de mi (...) me siento bien porque independientemente de cómo ellos se sientan, uno está haciendo las cosas para ayudarlos a mejorar y siempre animándolos **(Josha)**.

Emociones que han surgido nuevas yo creo que más que felicidad, mucha tristeza, o sea como que más triste (...) **(Fabian)**.

Por otra parte, se encontró que surgen emociones a raíz de las situaciones que viven los pacientes como consecuencia del padecimiento fisiopatológico que los ha puesto en un estado de salud crítico o que provoca su fallecimiento. En algunos discursos se identifica claramente que el estado de gravedad o de afectación de un paciente hace que aparezca tristeza, o un sentimiento de desconsuelo al observar cómo los esfuerzos terapéuticos no tienen un resultado de mejoría directamente proporcional a la ayuda brindada para que el paciente mejore. Incluso, se ha observado que en el caso del participante Fabián aparece el sentimiento de gratitud frente a la conservación de su propia vida. Lo anterior, se puede identificar en los siguientes relatos:

Hay pacientes que uno los ve y le da esa tristeza (...) por ejemplo una paciente que estaba quemada, tenía como el 70% del cuerpo quemado, y eso es, bueno eso es impactante (...) verla uno así y saber pues a largo plazo cómo va a quedar, cómo va a ser su evolución, y llegar, y no poder decirle, “ay no, eh yo... yo sé cómo te sientes” o “qué horrible” o no poder, o sea, a mí ese día me dieron muchas ganas de llorar al verla como estaba (...) yo ese día tuve que retroceder, salir del cubículo, respirar hondo y volver a entrar (**Laura**).

En el área de salud y más en una unidad de cuidados intensivos, pues todo el tiempo estamos en una montaña rusa de emociones, entonces experimentamos las alegrías, la gratitud, pero también a la vez, la tristeza como el desconsuelo cuando tus pacientes no evolucionan (**Valentina**).

(...) La gratitud, desde que ingresé a esto siento que me he vuelto muy agradecido con la vida porque por el solo hecho de abrir los ojos todos los días (...) (**Fabián**).

En relación con la subcategoría 2, Emociones que surgen de las características del contexto de trabajo de la UCI, se evidenció que esta fue la subcategoría con menos alusiones del total de las 6 entrevistas codificadas (8 alusiones). Sin embargo, llama la atención que la gran mayoría de alusiones aparecieron en el discurso de Fabián, quién ha sido el auxiliar que más se ha enfocado en las situaciones que ha vivido a nivel emocional y sentimental como consecuencia de los cambios que se generaron en el contexto de trabajo de la UCI debido a la pandemia de COVID-19. En este sentido, este participante hizo énfasis en la complejización de la atención a los pacientes, en la alta tasa de mortalidad generada por las complicaciones del

virus, y en el agradecimiento que aparece a raíz de la toma de conciencia frente a la posibilidad del contagio y la salud que posee a pesar de ello:

A veces no quedaba ni tiempo, no sólo porque era tanto lo que había que hacer, tanta la complejidad del paciente que nos ponían a correr, todo el día, todo el día, todo el día, entonces la verdad, el agotamiento no solamente es físico, sino más emocional **(Fabián)**.

Después de la pandemia hay agotamiento emocional, demasiado agotamiento emocional. Ver tanta gente morir es super deprimente, a veces uno sale con el corazón en la mano **(Fabián)**.

Aparecen sentimientos de agradecimiento, ¿sabes? como que siempre como que tengo que agradecer que no soy yo el que está en esta cama, tengo que agradecer que yo me puedo mover, que me puedo parar (...) que me acuerde de todo lo bueno (...) **(Fabián)**.

De igual manera es importante señalar que siendo esta la subcategoría con menos alusiones llama la atención que ante la exigencia de la UCI aparece la sensación de agotamiento como algo característico dentro del contexto, y, además, surge como cuestionamiento de parte del participante Fabián la idea de que brinda ayuda aunque para él exista la sensación de que lo hace sin que siquiera pueda hacerlo consigo mismo:

(...) Es un reto común, de manera muy personal llegar al trabajo y brindar ese apoyo, cuando ni siquiera uno lo siente con uno mismo (...) **(Fabián)**.

Para terminar con la primera categoría, en la última subcategoría, en la que se codificaron las expresiones de los auxiliares que hacen referencia al manejo emocional que ponen en práctica para gestionar las distintas emociones y sentimientos que aparecen en ellos al brindar ayuda a los pacientes en la UCI y como producto de las características de trabajo dentro de la UCI, fue dónde se encontró mayor diversidad de respuestas respecto a las consecuencias que genera la vivencia de sus emociones.

Por lo tanto, se encontró que: en la mayoría de los discursos de los participantes, la pandemia no apareció como un factor determinante para la forma en la que gestionan sus

emociones. También, que, frente al manejo emocional, resultan primordiales cuatro tipos de respuestas: la comunicación verbal, implementación de algunas actividades lúdicas y la expresión mesurada de las emociones. Respecto a la comunicación y las actividades lúdicas, esta puede ser con familiares o con colegas:

Siempre lo he expresado con mi familia y todo lo que siento y lo que me pasa pues yo les cuento y me siento bien con eso (**Valentina**).

Todos los días, todo lo que me pasa lo comparto con mi familia, es una manera como desahogarme, y sacar todo eso, sacar toda esa energía negativa, y cosas positivas que me pasan pues también las cuento porque son anécdotas y cosas importantes. Todo hay que compartirlo (...) siempre lo he expresado con mi familia y todo lo que siento y lo que me pasa pues yo les cuento y me siento bien con eso, (...) siempre expresándoles que, a pesar de las cosas malas, hay que rescatar cosas buenas, y estar siempre pensando en positivo (...) (**Laura**).

(...) yo lo que llego siempre es hablar con mi mamá para contarle, para desahogar un poco esa carga que se ha sentido durante todo el día (**Daniela**).

(...) yo vivía con una hermana, eso sirve mucho a pesar de que ellos no entienden nada y no logran cómo entender del todo, pero sí sirve a hablar con ellos (...) las malas como la frustración y esas, ya normal yo lloro (...) las felicidad las normalitas como esa emoción y eso pues nada uno se ríe y comparte (...) y ya tratar, pues, de enfocar como la mente en otras cosas, en pintar, yo tengo plantas entonces con las plantas tratar se salirse con ese método (**Lola**).

Con respecto a la comunicación con los colegas, se observó que la escucha y la expresión verbal son las herramientas que más se utilizan para desahogar emociones como la tristeza y para brindarse ánimo unos a otros frente a las distintas situaciones que surgen dentro del cuidado a los pacientes en estado crítico dentro de la UCI:

(...) tenemos como los grupitos o las personas con las que uno mejor se siente hablando y todo eso, y el apoyo que nos damos es escuchándonos los unos a los otros, ayudándonos en el trabajo que hacemos, trabajando en equipo, escuchándonos y apoyándonos con palabras de apoyo, como de “vamos a hacerlo, vamos, hagámoslo o acomodémoslo así” entonces digamos que siempre es el trabajo en equipo, siempre nos

apoyamos muchísimo, tanto dentro de la unidad con fuera de la unidad con algunos **(Josha)**.

(...) hay momentos en los que colapsamos y alguien gritaba ánimo (...) valentía, vamos a continuar, siempre hay como para hablar palabras de ánimo para el otro, tanto como para mí, como para a otro compañero, entonces siempre se ve ese apoyo (...) **(Fabian)**.

Ahora bien, aunque en los anteriores discursos no se evidencia el impacto directo de la pandemia sobre las formas en las que los auxiliares dan manejo a sus emociones, se encontró que, en dos casos, la pandemia ejerció un impacto tanto positivo como es el caso de Fabián como negativo como es el caso de Daniela, sobre la frecuencia y variedad de las herramientas de manejo emocional de estos participantes:

Comencé a pintar, en casa recién comenzó la pandemia duré 8 meses encerrado, comencé a pintar, comencé a leer más de lo que normalmente leo, a ver más películas, salía solo, pues como a algún parque, me entraban ganas como de correr, cómo de soltar esas emociones en otras cositas para entretenerme **(Fabian)**.

Anteriormente hacía deporte, me gustaba mucho ir al gimnasio, pero ahora en pandemia me da miedo, me da miedo ir al gimnasio (...) entonces siento que la pandemia me quitó eso, me quitó mi lugar de esparcimiento, mi lugar en el que me despejaba (...) no lo hago por cuidar a mi familia (...) ahora simplemente es expresarme con mi mamá, mis compañeros, mis amigos, pero tiempos como esa actividad que me gustaba hacer para esparcirme la pandemia me la quitó **(Daniela)**.

Ahora bien, dando respuesta al segundo objetivo específico de la investigación, que consistió en Describir las cogniciones construidas por los auxiliares de enfermería alrededor de las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda al paciente dentro de la Unidad de Cuidados intensivos se aborda la categoría Cogniciones construidas en torno a la experiencia de brindar una relación de ayuda. Dentro de esta categoría se hace referencia a las subcategorías Ideas del enfermero sobre el paciente, Ideas asociadas a la UCI e Ideas del enfermero sobre la profesión y otros profesionales. En total encontraron un total de 57 alusiones, siendo la subcategoría Ideas del enfermero sobre el paciente aquella con el número de alusiones más alto con un total de 24.

Al analizar los discursos de los participantes, para la subcategoría Ideas del enfermero sobre el paciente, se encontró que las ideas que aparecen con más frecuencia en los auxiliares

expresan que: el paciente que está en la UCI es concebido como una persona que está pasando por una situación de vida dificultosa, en el que su estado de salud es crítico:

Es una persona que está pasando por una dificultad, por un momento de la vida muy crítico, vulnerable, vulnerable a cualquier situación (...) entonces es una persona vulnerable, la cual necesita ayuda y comprensión en ese momento (**Fabian**).

Es un ser humano, una persona valiosa e importante, es una persona pues digamos que, es un humano, (...) que estamos pasando por un momento que no es el mejor, porque el paciente que llega a la UCI es un paciente que está crítico (**Joshua**).

Así mismo, que el paciente es delicado y que debe ser tratado como un ser humano; en consecuencia, que es necesario que el auxiliar esté todo el tiempo allí, debido a que el riesgo de muerte es muy alto, por tanto, el cuidado debe ser permanente. De acuerdo con los participantes:

Ese paciente crítico es estar todo el tiempo allí, todo el tiempo, es completamente demandante, es un paciente que si la auxiliar no está allí todo el tiempo el paciente se va a morir (**Daniela**).

Un paciente está en cuidado intensivo es porque realmente su estado de salud está en un punto crítico, entonces necesita esos cuidados permanentes cuando son 24 horas donde hora a hora se monitoriza el paciente (**Valentina**).

(...) es una persona que requiere de mi ayuda, necesita pues que yo esté ahí en el proceso para poder ayudarlo a salir adelante (...) (**Lola**).

De la misma manera, también se encontró que, complementando la idea o noción general que los auxiliares han construido sobre el paciente en estado crítico, también aparecen nociones particulares sobre los pacientes que surgen de rasgos de personalidad, actitudes o comportamientos que estos han tenido durante su estancia en la UCI. Así, las ideas más frecuentes en el discurso de los participantes fueron: que hay pacientes con actitudes que los enfermeros definen como positivas, dentro de las cuales enmarcan la tranquilidad, amabilidad o agradecimiento:

Hay el paciente que es el positivo, hay el paciente tranquilo (**Valentina**).

Sí claro, vos te vas a encontrar con una variedad infinita, está desde la señora que súper agradecida (...) (**Daniela**).

Está el paciente que es comprensivo, el que te escucha, el que se ayuda (**Josh**).

Sí, sí, totalmente, hay tipos de pacientes groseros, tipos de pacientes que toman las cosas con la mejor actitud. He tenido tipos de pacientes que, al encontrarse en esa situación, como que los nervios les hacen hablar demasiado, otros que absolutamente no dicen ni una palabra (**Fabian**).

Hay pacientes que son gruñones, hay pacientes que son amables, hay pacientes que son coquetos, hay de todo (**Laura**).

Además, también hay pacientes que los enfermeros caracterizan como gruñones, difíciles, groseros o demandantes, los cuales expresan actitudes que son consideradas negativas. En palabras de los enfermeros:

(...) Y el paciente que digamos está acostumbrado a hacer todas las cosas y no quiere que usted le haga absolutamente nada (**Josh**).

(...) yo entendería que también que sería como reflejo de su enfermedad y como de todo lo que han llevado (...) cuando un paciente lleva su enfermedad desde hacía mucho mucho mucho tiempo, que es creería yo que tienen conciencia, son un poquito más difíciles (...) Otros diferentes son cuando son accidentes de tránsito o son enfermedades nuevas, son pacientes más receptivos (...) con el paso del tiempo ya todos se vuelven como iguales (...) unos que si son agresivos que se tornan como ya molestos ya con el personal (...) (**Lola**).

(...) Pero también tenemos los pacientes que son en total negación (**Valentina**).

(...) Hasta el paciente, no sé si son por sus capacidades económicas o no sé, pero que te habla feo (...) son pacientes groseros, nosotros los llamamos pacientes difíciles, entonces sí o sea es una variedad increíble (**Daniela**).

En lo que respecta a la subcategoría número 2, Ideas asociadas la UCI, la cual tuvo un total de 21 alusiones, se encontró que las ideas aparecen en torno a esta antes y durante la pandemia. Antes de la pandemia, las ideas que más frecuentemente se encontraron en el discurso de los auxiliares respecto a su concepción de lo que significa la UCI fueron: que esta se comprende como un lugar de aprendizaje/crecimiento profesional; así mismo, que es un área que requiere de mayor entrega, lo cual resulta gratificante:

El trabajo en la UCI es muy enriquecedor y yo me siento bien trabajando en la UCI, antes, durante o después de la pandemia, porque en la UCI uno tiene la oportunidad de crecer mucho como profesional y como persona (**Joshua**).

Es un área bastante compleja debido a las patologías que se manejan y a los medicamentos utilizados (...) mira que es difícil, es agotador, pero lo que te digo es gratificante (**Daniela**).

(...) la UCI eran mucho más movimiento, mucha, más presión, mucho más cuidado del paciente, mucha más entrega, mucho más amor, entonces es como es, como que siempre mi vocación ha sido servir y siento que ahí lo hago completamente, ese es mi rol y me desempeño bien en él (**Fabian**).

A mi me encanta trabajar en UCI, ayudar, ayudar a los pacientes que están entubados, que no pueden expresarse, que no pueden decir, que no pueden hablar, es importante también sobre todo ellos, porque están como totalmente dependientes del personal de la salud (**Laura**).

Sin embargo, expresaron que a su vez el trabajo que se desempeña dentro de la misma es difícil, agotador, complejo, y demanda mayor presión debido a las patologías que ingresan. De acuerdo con los discursos de los participantes:

Es como trabajar en una rueda llena de emociones todo el tiempo y creo que todo el tiempo estás en contacto con la vida y la muerte, tú, todo el tiempo. Te alegras cuando un paciente supera su enfermedad, así como también te entristece cuando los pacientes se deterioran (**Valentina**).

(...) vengo de un servicio que recibe la vida y es un nacimiento, la alegría de tener una nueva vida en la familia, a ya a perderla (...) llegar a un servicio (la UCI) en donde la vida se está deteriorando, donde se está terminando, donde pacientes que tienen ya enfermedades terminales y ya están finalizado el proceso de su vida, o por accidentes de tránsito dónde quedan muy mal, y que tales y ya, prácticamente ahí finaliza la vida. Fue muy duro el cambio (**Lola**).

Además, se encontró que frente a las ideas sobre el entorno de UCI durante la pandemia quienes más se enfocaron en el panorama de la UCI durante esta, fueron las participantes Daniela y Lola, en las cuales aparecieron ideas como las restricciones de visitas y de contacto generadas por la emergencia sanitaria:

Es muy difícil, es muy difícil porque adicional de que la gente ya en una UCI está muy mal, está sufriendo mucho, a eso cargarle que no podían recibir familiares (...) ya de por sí era poco como para ahora tener contacto cero. Contacto cero con la familia, y eso uno podría decir que uno como que lo carga de esa tristeza de ese miedo de de esas necesidades que tienen los pacientes (**Daniela**).

Ya entrando en el tema de la pandemia es muy duro no saber de su familia, saber que la familia no sepa cómo están evolucionando, o sea de no verlos entonces eso genera más depresión, y estar encerrado en las cuatro paredes, ellos nos dicen a nosotros que es duro, es duro verse ahí y verse pues... enfermo (**Lola**).

Ahora bien, al indagar por las ideas asociadas a la UCI teniendo en cuenta el contexto de trabajo antes de la pandemia, se encontró que los auxiliares hicieron énfasis sobretodo en el dinamismo

(...) Mira que es difícil, es agotador, pero lo que te digo es gratificante (...) la UCI es muy dinámica, la UCI todo el tiempo cambia tenes que estar muy actualizado **(Daniela)**.

Aunque también aparecieron referencias al movimiento físico y emocional que se genera, producto de la presión experimentada dentro del contexto del servicio:

(...) Los niveles hospitalarios en la UCI eran mucho más movimiento, mucha más presión, mucho más cuidado del paciente, mucha más entrega, mucho más amor **(Fabián)**.

Además, también se encontró que se hace hincapié de nuevo en el enriquecimiento a nivel profesional:

(...) para mí el trabajo en la UCI es muy enriquecedor y yo me siento bien trabajando en la UCI, antes durante o después de la pandemia, porque o sea en la UCI uno tiene la oportunidad de crecer mucho como profesional y como persona **(Josha)**.

Con respecto a la última subcategoría, la cual se refiere a las Ideas del enfermero sobre la profesión y otros profesionales, se encontraron pocas alusiones (12 en total), no obstante, en lo hallado se observó que el discurso de los participantes tendió a expresar ideas relacionadas con la necesidad de integrar la dimensión humana como un factor importante en el cuidado:

(...) Ser un enfermero, es ser una persona que asista al paciente, como desde la parte humana, como humana (...) estamos para cuidar a la persona **(Fabian)**.

Ser auxiliar significa muchísimo (...) hacer algo por una persona que está requiriendo de los conocimientos que yo adquirí, o sea que yo le puedo prestar a ellos esos servicios para una mejoría en el bienestar de ellos y en la salud **(Josha)**.

De la misma manera, aparece frecuentemente la idea de que el auxiliar de enfermería es quién debe estar allí para brindar ayuda. Dicha ayuda puede ser a través del amor, mostrarse dispuesta a ayudar o de ofrecer compañía al paciente:

Para mí es un privilegio, por qué... eso nace ¿no? (...) sentí la necesidad de que podía pues ayudar así a la gente, y la verdad significa muchísimo porque es una manera de

darle amor a una persona que no conoces porque sientes la necesidad de ayudar **(Laura)**.

Ser auxiliar de enfermería, es que siempre me ha gustado ayudar a las personas. Por eso tomé la decisión de venir por el área de salud, creo que ahí es donde uno da todo de uno tanto como en lo laboral, como en lo emocional **(Valentina)**.

(...) es algo pues muy importante para mí (...) el hecho de ayudar a alguien en su estado de salud pues tan delicado, que se den en ese momento, pues en una UCI que ya deja de ser independiente y dependes totalmente de una persona. Es como eso, mostrarle a los pacientes y al resto, pues, y sus familiares que uno está ahí como para ayudarlo. O sea, es eso, como prestar como un servicio, ayudar es importante **(Lola)**.

El ser auxiliar de enfermería va más allá de lo que la gente cree, porque nos tienen, enfermería como tal, nos tienen un concepto de la regañona, de la mal encarada, a la que siempre te va a hacer mal genio, y no, para mí en ser auxiliar de enfermería es cómo tratar de, más allá de los medicamentos y todo, de ayudar al paciente, de estar con él, de acompañarlo **(Daniela)**.

Ahora bien, en uno de los discursos apareció la comparación entre la ayuda que se brinda desde la dimensión humana y la ayuda que se brinda meramente desde la dimensión técnica. En esta idea, desarrollada por la participante Daniela y apoyada por una expresión de la participante Laura, se denota que han observado cómo la problemática de la escisión entre el saber técnico y el saber humano se ha hecho presente en algunos colegas dentro de su entorno de trabajo:

(...) Entonces la gente simplemente como que va a hacer lo que hace y ya, ya son muy mecánicos (...) entonces la gente simplemente hace su función específica y pare de contar (...) no es simplemente la parte del conocimiento ni solamente la parte humana, son 2 cosas directamente proporcionales, entonces para mí es eso, el reto es integrarse, no es decir, “sí, yo soy la mejor en conocimientos, pero trato súper mal a los pacientes” o “yo soy la más cálida, la más amorosa, pero no tengo ni idea este medicamento qué hace” entonces es articular muy bien las 2 caras de la enfermería (...) **(Daniela)**.

Esta escisión, como lo expresa la participante Laura, genera impacto en la libertad con la que el paciente puede expresar sus necesidades:

Porque hay casos que, pues que yo he visto en toda mi trayectoria de trabajo en UCI, que muchos pacientes se abstienen de expresarse cómo se sienten o que tienen, porque el personal de la salud no le da la confianza de expresarse (**Laura**).

Frente a este señalamiento que realizan las participantes, llama especialmente la atención, que en el discurso de la participante Daniela, se encontró una experiencia previa con su abuela en la que tuvo que vivir esta escisión entre el saber técnico y el saber humano dentro de la atención que brindaban colegas suyas, producto de la cual surge no sólo un impacto para su vivencia en el rol de familiar, sino para su visión de la ayuda y de la necesidad de la integración de lo que son en sus palabras las dos caras de la enfermería. Según el relato de la participante:

(...) Por ejemplo yo tuve una experiencia, eh, cuando mi abuela murió en el 2018, ella estuvo en la UCI de (...) y fue una atención horrible, fue una atención tan poco humana, que por ejemplo ella murió un 15 diciembre y cuando yo llegué, ellas, las enfermeras, estaban cantando y rezando su novena gritando a todo pulmón “dulce Jesús mío mi niño adorado” y yo escuché que una de las enfermeras les dijo “Vengan bajemos la voz, guardemos silencio que, pues ya está la familiar y el respeto, ¿no?” “¿Y yo porque tengo que dejar de cantar y de rezar la novena porque se murió una viejita?” o sea yo pienso que, a mí como personal de salud dije ¿En serio? o sea ¿Ese es el trato?, si se le da a la familia, que uno entre comillas tiene que darle la cara buena la familia, ¿Que trató se le dio al estado del paciente?, ¿Qué retos cada día te estás poniendo para ser una mejor parte, de una mejor versión tuya?, (...) no es simplemente la parte del conocimiento ni solamente la parte humana, son 2 cosas directamente proporcionales (**Daniela**).

Teniendo esto en cuenta y dando respuesta al tercer objetivo específico de la investigación, Distinguir las actitudes facilitadoras de las relación de ayuda Rogeriana en la ayuda que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos se abordan los resultados obtenidos para la categoría Expresiones de las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de los enfermeros al brindar ayuda. Dentro de esta categoría están las subcategorías Ideas del enfermero acerca de la relación de ayuda, congruencia, consideración positiva incondicional y empatía. En esta categoría se encontraron un total de 97 alusiones, siendo la subcategoría Ideas del enfermero acerca de la relación de ayuda aquella con la cantidad de alusiones más alta (32 alusiones).

Al analizar los discursos de los participantes, se encontró que para la subcategoría ideas del enfermero acerca de la relación de ayuda, se distinguen como nociones: primeramente, el cuidado holístico, que en palabras de la participante Josha se define como la integración de todos los aspectos involucrados en el cuidado a un paciente, empezando por la actitud de la enfermera al encontrarse por primera vez con este, la intervención del médico, la interacción de los medicamentos administrados y el trato que se le dé mientras se le brinda ayuda:

Todos los aspectos tienen mucho que ver en la sanación del paciente, en la evolución del paciente (...) todo cuenta, desde la actitud con la que tú llegas, las evoluciones que haga el médico, los medicamentos que se le den, el trato que se le dé al paciente... Yo digo que para la recuperación del paciente cuenta desde lo que tú le puedas brindar a él como persona, hasta lo que le puedas brindar como profesional (**Josha**).

Otra noción que aparece es aquella que define la relación de ayuda como una relación en la que el contacto es la figura central, así como la calidez, puesto que el paciente es una persona que está separado de su familia, por tanto, quién ofrece este cuidado, deben ser los auxiliares, en sus palabras:

A la gente le sirve mucho sentir el contacto con otra persona, simplemente cogerle la mano, pero sentir la mano, no sentir un pedazo de goma ahí (...) la familia les ayuda muchísimo, la calidad y la calidez del personal de enfermería les ayuda mucho (...) la calidad de enfermera que tú seas va a ayudar a que tu paciente salga rápido o se postergue (**Daniela**).

Ser una persona que asista al paciente, como desde la parte humana (...) sí, siento que es como el apoyo, el apoyo asistido a alguien que no puede contar con su familia en ese momento, estamos para cuidar a la persona, el enfermero puede ser el cuidador en un mal tiempo (**Fabian**).

Otras definiciones integran la noción de vínculo como un significante de la relación de ayuda, específicamente de un vínculo que tranquilice al paciente. De la misma manera, aparece asociada la gratificación como una consecuencia directa de la evolución favorable del estado de salud del paciente, el cual es visto como directamente proporcional a los esfuerzos terapéuticos y a su utilidad:

Tú siempre tienes que crear un vínculo con tu paciente que sienta la tranquilidad en todo momento, que a pesar de que él esté pasando por esa situación, todo va a estar bien, eso es importante (...) hay que tratar a las personas como personas (**Valentina**).

(...) es bueno brindar ayuda y saber qué es útil, que puedes, o sea que, con cada cosa, cualquier cosa que hagas, pues puede ayudar a esa persona a salir adelante, a continuar con su vida, con el ciclo de su vida normal, es gratificante sentirse que uno ayuda, que aporta algo (**Lola**).

En este sentido, en los hallazgos codificados en la subcategoría de congruencia, en la que se encontraron 22 alusiones en el total de los 6 discursos estudiados, dentro de las acciones que los participantes expresaron, se distinguió que hay momentos o situaciones en las cuales eligen no expresar actitudes de cercanía con los pacientes por distintos factores. Tales factores se configuran como barreras para la expresión de acciones coherentes con el sentir de este grupo de auxiliares en enfermería. Por una parte, apareció que en ciertas ocasiones la auxiliar Daniela no expresa actitudes o acciones de cercanía y calidez por la preocupación sobre como pueda tomar esto la familia:

Más que todo por los familiares, por los familiares, a veces más que todo pasa con como las esposas de los pacientes, a veces uno por dar una buena cara termina siendo la coqueta (**Daniela**).

Por otra parte, está el caso de Fabián, quién limita expresiones de cercanía y calidez cuando se encuentra con pacientes que poseen alto poder económico, manifestando que en ocasiones ante faltas de respeto que ha vivido, sigue cuidando a estos pacientes, aunque su actitud cambia, se torna más serio:

Cuando llegan digamos pacientes que tienen dinero, que sean de una familia o son recomendados no me gusta. No me gusta porque a veces creen que tienen el poder de venir a decirme cosas, me faltan al respeto y no me gusta que me falten al respeto, entonces con esos pacientes soy un poco como... serio, soy más serio, hago mi trabajo bien, pero soy serio (**Fabián**).

Pero, también se encontró que, en otras ocasiones, reconoce que no puede brindar ayuda al paciente y decide tomar distancia profesional:

Mira yo no me no me colocó como a complicarme o sea así yo que no puedo simplemente voy donde mi jefe directo y digo ya no puedo, fin, no me colocó como a pensar que hay porque no pude porque no puede hacerlo (...) pues entonces simplemente esa persona no quiere conmigo, pues yo le respeto su decisión y me voy porque no puedo hacer nada más (**Fabián**).

Por último, aparecen expresiones que aluden a cómo las acciones de cuidado cambian cuando los pacientes se rehúsan a realizar o permitir que la enfermera realice las actividades propias de la atención que deben recibir en la UCI. Así pues, lo anterior se expresa en los siguientes relatos:

A veces ellos se tornan groseros (...) porque no se encuentran bien, entonces a veces se torna difícil (...) ese hecho de que ellos están indispuestos no hace como que un enfermero quiera, o sea, seguir con su labor. Simplemente uno aprende a respetar y uno dice: está bien, ¿No te quieres bañar? no hay problema. No te preocupes, estoy aquí para cuando te quieras bañar, ¿No quieres comer? ok está bien (...) si tu paciente en ese momento está no queriendo nada, tú puedes decir bueno, arreglemos que lo que no te gusta y miremos si lo podemos solucionar, pero si finalmente el paciente dice no, hoy no quiero nada, tú dices, está bien, estoy aquí lo que necesites con gusto (**Valentina**).

Frente a esto, es importante denotar que los participantes aceptan que estas actitudes de los pacientes generan reacciones emocionales y sentimentales en ellos, sin embargo, no se logra identificar en sus expresiones una resolución de la vivencia que se genera. Sin embargo, si se evidencia que cambian la forma en la que se comportan y brindan el cuidado, pero como se dijo anteriormente, no se evidencia que resuelvan la experiencia, que la concluyan.

Respecto a los momentos o situaciones en las que los auxiliares se permiten expresar actitudes calidez o agrado frente a los pacientes, en los discursos se encontró que existe la creencia de que esto impacta positivamente en el paciente y su familia:

Sí, sí me lo permito el 100% una buena cara, una buena actitud ante la familia los ayuda también, al menos a la familia a sentirse seguros, a sentir confianza en donde digan “Eh, si me da tristeza dejar a mi familiar, pero mira tan bonito que lo trata” que la familia dice “mira al menos no está pasando un peor momento del que está pasando”, por qué miran la enfermera tan chévere que lo trata, tan comprensiva, tan humana y el paciente también, al paciente le gusta eso (...) cuando yo me siento feliz, cuando quiero que los

pacientes estén bien me lo permitió al 100% porque sé que una buena actitud les va a ayudar (**Daniela**).

Así que yo trato como pues de alegrarles el momento (...) yo creo que uno deja huella tratando puede ser amable y esa calidez y de cuidado, eso también es importante para lo del cuidado (...) (**Lola**).

De la misma forma, se encontró la tendencia a creer que transmitir una actitud de calidez o agrado permitirá recibirla de una forma recíproca por parte del paciente, ante lo cual aparece la expectativa de que el paciente sea colaborador, permita los cuidados y la aproximación de la enfermera:

No predisponerse a nada siempre ser tú, y ya, así soy yo, así soy yo aquí, allá y en cualquier parte, y eso es lo que demuestro (...) no te puedes predisponer, porque lo que tú le transmites eso mismo vas a recibir del paciente y eso lo he comprobado también con pacientes que me han dicho “ay no yo no quiero que me atienda la auxiliar que estuvo anoche porque esa muchacha es una grosera y tales, que voy a poner quejas” (...) entonces siempre con una actitud positiva y una sonrisa, eso rompe el hielo siempre que te presentas, siempre con una sonrisa y “aquí estoy para lo que necesite con mucho gusto” y ya con esto ya usted tiene el boleto para entrar y salir cuando quiera (**Laura**).

Dentro de los hallazgos que se codificaron en la subcategoría de consideración positiva incondicional, en la que hubo un total de 16 alusiones, se distinguió que los auxiliares tienden a reconocer a los pacientes como seres humanos sintientes, en donde logran identificar a cada uno como un ser individual que se encuentra atravesando por un estado de salud deteriorado independientemente de su procedencia, por tanto la mayoría no distingue a estos por cuestiones de estrato socioeconómico, raza o etnia:

La verdad en ese aspecto yo pienso que al dueño de Carvajal le va a doler la cabeza igual que al señor que vende chicles en un cartón, es el mismo dolor, entonces para mí no es el paciente, es la persona (**Daniela**).

(...) Nosotros no atendemos por nivel social, ni por escolaridad, ni antecedentes, uno atiende en general a una persona. Entonces es tratar de ayudar a alguien (...) (**Lola**).

Además, se encontró que dependiendo del estado de ánimo que posea el paciente, los auxiliares prefieren tomar distancia del mismo cuando este se torna grosero, problemático o expresa actitudes negativistas, y frente a ello, los auxiliares tratan de encontrar una explicación que les permita comprender por qué un paciente no quiere recibir ayuda o no se muestra colaborador o amable. No obstante, buscan que o bien se restablezca la actitud colaboradora o bien se exprese de alguna manera, esto se enmarca en los discursos a continuación:

A veces simplemente es una persona, que tú sabes qué es tan linda tan cordial, que amaneció de mal genio, y uno vuelve “¿Ay doña sultanita cómo está? ¿Qué le pasó? ¿Le hice algo?” “No, ay, no quiero nada” entonces también a veces es respetar los estados de ánimo del paciente tampoco es ir a presionar, “venga que le pasa, venga cuéntame, señora ¿está bien? Venga”. ¡No! o yo les pregunto “¿segura que está bien?” “sí” listo usted sabe que si en algún momento quiere expresarme algo me avisa (...) **(Daniela)**.

(...) Entonces siento que mi buena actitud puede hacer que esa persona cambie de actitud (...) ¿Cómo le va con Jorge fulanito, perencejo, ¿cómo se encuentra el día de hoy, ¿cómo se siente? ¿Cuéntame? Y pues no hablan, y yo les digo si usted no me habla, yo pienso que usted está muy mal y voy al médico, entonces entre esas cositas así el paciente se puede reír, o también me toma la palabra: sí, me siento bien, me siento mal, no quiero hablar (...) **(Fabián)**.

Pienso yo que cuando un paciente se torna grosero, porque suele pasar que cuando no están bien, supongamos los pacientes neurológicos, eso no están esos 5 sentidos y son pacientes difíciles, a veces de tratar y uno dice no hoy realmente no, porque también influye que uno emocionalmente muchas veces no se encuentra bien **(Valentina)**.

En la subcategoría empatía, se encontraron un total de 27 alusiones, según las cuales se distinguieron nociones que los enfermeros tienen sobre la empatía tales como: tener la capacidad para ponerse en el lugar del paciente, de “ponerse en sus zapatos”:

Ponerse en el lugar del paciente, saber que es una persona con una dolencia (...) una persona que ya llega mal está mal, se siente mal, para que llegue otra persona y lo trate mal y a las patadas, ¡No! antes estamos para ayudarlos para hacerlos sentir un poquito mejor dentro de lo que se pueda (...) **(Daniela)**.

Pues una de las cosas centrales y más importante, es primeramente ponerse en el lugar del paciente, eso es muy importante, sufrir como de altruismo, entenderlos porque ellos están en un lugar donde están lejos de la familia, no pueden estar con ellos (...) (**Laura**).

Como auxiliar de enfermería también es importante uno ponerse en los zapatos de mi paciente, identificar cuáles son sus necesidades, qué es lo que sé del paciente en ese momento (...) porque yo no puedo ser indolente a lo que en ese momento estés viviendo o lo que estés sintiendo, yo no puedo suponer porque yo no soy quien está viviendo esa experiencia (**Valentina**).

Es muy importante colocarse en los zapatos del otro, de comprender al otro, y de hacer las cosas con amor, porque cada persona está luchando con algo, que quizá nosotros desconozcamos, entonces debemos tener eso en cuenta para no entrar como en choques o en discordia porque me habló o me miró de una forma o me dijo esto o lo otro (...) (**Joshua**).

(...) la empatía, el buen trato, eso es indispensable, o sea tratar de tú sabes escucharlos, de tratarlos bien, qué más, sí o sea cómo ponerse en el lugar de ellos (...) es importante eso para mí es eso es porque yo lo manejo y yo lo aplico o sea tratar de como estar con ellos de escucharlos, de ser empático, humanizada (...) (**Lola**).

Así mismo, se observó que para este grupo de participantes la empatía está relacionada con la escucha, con lograr que a través de la escucha los pacientes se sientan en confianza con ellos o para facilitar que el paciente se exprese:

(...) Lo otro yo pienso que nosotros que estamos en salud somos o conocemos que la vida puede cambiar en un segundo, entonces es como estar siempre dispuesto a escuchar y a dar lo mejor de nosotros para que las demás personas y nosotros nos sintamos bien (**Joshua**).

(...) Y yo creo que también aquí es muy importante el saber escuchar. Cuando tú escuchas a tus pacientes, créeme que vas a poder brindarle lo mejor a ellos (...) Yo siempre trato de ser una persona respetuosa, pero muy alegre, que ellos sepan que el auxiliar que los está atendiendo está abierta para ellos, lo que necesitan, siempre les digo “lo que necesites estoy para ayudarte, para servirte” (**Valentina**).

Ellos a veces ponen sus muros, sus barreras que simplemente te dicen: no. Son muy cortantes, uno “Ay señor ¿Está bien? ¿Qué le pasa?” (...) tampoco uno puede obligar a los pacientes, uno ya entra de pronto donde la jefe y le dice “mira este paciente está así ¿No será que podemos montar una interconsulta con psicología para que venga y lo valore?, quizás de pronto le pase algo que no quiere hablar con nosotros” (**Daniela**).

Indirectamente nosotros somos la familia de ellos, entonces ellos necesitan como un apoyo, sentirse en confianza y uno pues ponerse en el lugar de ellos, o ponerse en el lugar de la familia de ellos, como te gustaría a ti que te atendieran cuando estés en un proceso de esos, o como te gustaría a ti que atendieran a tu mamá o a tus hermanos (...) Yo siempre lo veo como si fuera mi familiar, como si fuera mi papá, como si fuera mi hermano el que estuviera allí, y mi actitud siempre es tratando de hacer las cosas bien como para que ellos se sientan bien y se sientan en confianza (...) entonces yo siempre trato como de socializar con ellos y que ellos estén como en confianza y pues tranquilos y que confíen en mí, y me digan todo lo que sienten y que piensan, porque también eso es muy importante (**Laura**).

Entonces es con amor, siempre con amor, con mucho respeto, tratando como de entrarle por los lados, muy buenas tardes ¿Cómo se encuentra? ¿Ha tenido dolor, cómo se encuentra hoy, cómo se siente? ¿Su familia vive aquí en Cali o vive solo?, siempre trato como buscar la manera de que ellos hablen un poquito y pues que se puedan abrir, aunque sea decirme buenas tardes, aunque sea así (...) aunque sea que me contesten 3 preguntas con eso ya sé quién es el paciente (**Fabián**).

En contraste, en dos discursos se encontró que a veces el contexto y los mismos pacientes, ejercen, desde la óptica de los enfermeros un limitante para las actitudes empáticas que estos quisieran mostrar, especificando que, respecto al contexto, ciertas actitudes consideradas por las enfermeras como empáticas no son permitidas por sus jefes:

Por la soledad que experimentan, ellos mismos quieren cómo comunicarse con alguien o simplemente te ponen temas como para tener un contacto humano, como para que alguien les hable entonces se ponen y te cuentan (...) claro que profesionalmente a nosotros siempre nos han dicho que eso no está muy bien ¿no? uno traspasar como los límites profesionales cuando el paciente ya comienza a adquirir mucha confianza eso profesionalmente no está muy bien visto. Uno en ocasiones si se queda allí, le escucha

un momento al paciente, pero luego lo malo es que hay que decirle “qué pena, señor ya... ya me tengo que ir” pero no es porque uno quisiera, sino que a veces tu trabajo no... tus jefes no te lo permiten (**Daniela**).

O, que la misma actitud del paciente se torna negativa y no permite el despliegue de una actitud asociada con la empatía:

La única barrera que uno tiene es a veces la actitud del paciente, pero eso es manejable en el transcurso del proceso, entonces digamos que a veces el paciente está negado “no quiero nada, no me voy a tomar esto” entonces es la única barrera que uno tiene, la negación del paciente, pero pues igual si está ahí digamos que uno nunca va a hacer algo para que él se ponga mal, sino que uno trata como de hacerle entender de que nosotros estamos ahí para que él se sienta mejor, para ayudarlo (**Joshua**).

Es importante señalar que en el discurso de los participantes es muy frecuente la consideración de que una actitud empática incluye indagar por los sentimientos del paciente, a veces con insistencia, sin embargo, en los discursos no se evidencian expresiones que den cuenta de un cuestionamiento frente a si esta insistencia puede ser provechosa para el paciente en estado crítico, que representa volver figura el sufrimiento que viven, así como las situaciones asociadas a este.

Finalmente, se observa que en aquellos casos en los que se dificulta considerar positivamente al paciente, o brindar una actitud empática, los participantes acentúan que esto es un efecto de las actitudes o comportamientos del paciente, sin embargo, no expresan profundamente qué sucede con ellos mismos, como gestionan sus emociones y sentimientos en esas situaciones.

DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de auxiliares de enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia.

Para empezar, frente al primer objetivo específico, con el que se buscó Identificar las emociones que surgen en los auxiliares al brindar la relación de ayuda a los pacientes dentro de la Unidad de Cuidados intensivos, se evidenció que las dos emociones fundamentales que aparecen en las experiencias de los auxiliares de la muestra son la alegría y la tristeza. Aunado a esto, se encontró que dichas emociones surgen a raíz del estado de salud, de las situaciones de sufrimiento o evolución favorable que viven los pacientes, así como de las actitudes y los comportamientos que estos expresan. Así, por un lado, la felicidad que aparece cuando el estado de salud de un paciente evoluciona favorablemente guarda relación con lo afirmado por Levy (2000) quién destaca que emociones como la alegría afianzan el establecimiento de una buena experiencia, en este caso, de la ayuda brindada en la UCI al paciente que se encuentra en estado crítico.

Las situaciones que generan felicidad, según se observó, son simbolizadas correctamente (Rogers, 1981), es decir, los auxiliares pueden integrarlas adecuadamente en relación consigo mismos. En otras palabras, los aspectos involucrados son egosintónicos, por lo tanto, la experiencia puede ser concluida de manera sana, reforzando dentro del campo fenomenológico la experiencia de brindar ayuda como positiva.

Por otro lado, se evidenció que la tristeza que surge en los auxiliares aparece como consecuencia de las situaciones de sufrimiento de los pacientes o de la evolución desfavorable de estos, incluso de su muerte. De la misma forma, la tristeza aparece acompañada de sentimientos de impotencia, frente a los cuales se pudo comprender que el hecho de que los esfuerzos terapéuticos no generen evolución positiva o la preservación de la vida provoca en los auxiliares la tendencia a considerar que su ayuda no fue lo suficientemente útil. Frente a esto es posible entender que la situación límite (Baquedano, 2013) que los pacientes viven hace que los auxiliares no solo se encuentran de frente con la finitud de quién está en riesgo de

perder la vida sino de ellos mismos, quienes paradójicamente intentan generar que se preserve ante todo la vida y la salud.

Además, la tristeza y los sentimientos de impotencia encuentran una explicación en el concepto de trauma vicario. Dentro de este concepto se plantea que la alta exigencia emocional experimentada, caracterizada por la necesidad de encontrarse constantemente cara a cara con el dolor, el trauma y el progreso o fracaso de los esfuerzos curativos provoca efectos emocionales que son negativos para el auxiliar (Figley, 1995). Estos efectos son desfavorables porque acarrear consigo desgaste emocional y derivan en el sufrimiento propio por parte del personal de enfermería. Lo anterior, fue expuesto también por Nolasco (2019) y Watson (1988) al definir la enfermería como una profesión que es en sí misma desgastante, puesto que la empatía y la compasión son actitudes fundamentales que permiten el establecimiento del vínculo terapéutico, pero, a la larga, la misma profesión genera que los auxiliares en enfermería deban estar expuestos de una manera frecuente al sufrimiento.

Algunos discursos permiten esclarecer que, pese a esto, dentro de sus vivencias emotivas los auxiliares tratan de hacer figura sobre todo en las experiencias agradables o exitosas dentro de su hacer, encontrándose que ocurre lo contrario con las vivencias de tristeza o impotencia, las cuales aparecen como otro polo de emociones, caracterizadas como malas, desagradables, negativas o como aquellas que preferentemente deberían estar en el fondo perceptual de las experiencias. Se ha observado que esto posiblemente es un mecanismo de protección para la integridad del sí mismo (Rogers, 1981) mediante el cual las experiencias que son percibidas como egodistónicas, alejadas de la noción de sí mismo o que provocan un gran sufrimiento en la persona, se distorsionan para poder ser integradas a la experiencia.

Ante esto, es posible comprender que un mecanismo fundamental que aparece en los discursos de los auxiliares es la polarización puesto que sería una manera de poder escoger qué prima como figura dentro de su campo fenomenológico, lo cual les permite volver figura lo positivo. Sin embargo, esto se torna una manera de configurar el mundo en la que la experiencia es simbolizada de una forma parcial puesto que la comprensión del sufrimiento, el dolor y la muerte, se integra solamente como algo negativo.

Ahora bien, respecto al impacto generado por la pandemia de COVID-19 se encontró diversidad en los discursos de los participantes entrevistados. Para algunos resultó un factor de gran influencia sobre sus emociones al brindar ayuda a sus pacientes dentro del contexto de la

UCI, así como en sus estrategias de afrontamiento. En otros discursos no apareció como un fenómeno de un impacto significativo. Así pues, para quienes la pandemia fue un factor determinante a nivel emocional, aparecen sentimientos de agotamiento emocional y temor de llevar un contagio al hogar, lo cual concuerda con lo encontrado por Diogo et al. (2021) cuyos hallazgos demostraron que para el personal de salud hay un miedo ligado a la letalidad de la enfermedad y a la posibilidad de llevar un contagio a casa. Así mismo guarda estrecha relación con lo evidenciado por Ricci-Cabello et al. (2020) según los cuales, factores ocupacionales como ejercer la enfermería y no haber recibido formación previa respecto al ejercicio de la profesión y el brindar ayuda en contextos de alta demanda sanitaria se relacionan como factores perjudiciales que aumentan el riesgo de padecer ansiedad, depresión, estrés agudo, etc.

En el caso de los dos participantes para los cuales la pandemia ejerció un papel importante en su vivencia emocional, se observó que, en el caso del participante Fabián las estrategias de manejo emocional se diversificaron, y en el de la participante Daniela se limitaron significativamente. Frente a esto último, la limitación de las estrategias de afrontamiento puede tener que ver con lo hallado por Diogo et al. (2021) quienes encontraron que existe un miedo ligado a la alta letalidad del COVID-19 y la existencia de la posibilidad de contagiar a los seres queridos, en el caso de la participante, su familia.

Así mismo, tiene que ver con lo expuesto por Pearlman y McKay (2008) quienes afirman que el personal de salud, en este caso de enfermería, que se expone de una forma constante a situaciones traumáticas, puede presentar dificultades para tomar decisiones consigo mismos y con el manejo de sus emociones. Además, el inadecuado manejo emocional puede derivar en la acumulación de emociones, lo cual puede generar sentimientos desalentadores para el personal, que es precisamente uno de los sentimientos que se evidencia en el discurso de la participante que vio reducidos sus espacios de gestión emocional debido a la pandemia.

En lo que respecta al manejo que el resto de las auxiliares de la muestra dan a sus emociones, es importante señalar que utilizan mayormente estrategias de manejo a nivel grupal y sobre todo verbales, como conversar con sus colegas y hablar con su familia. Sin embargo, aunque las acciones que los participantes realizan tienen el objetivo de desahogar sus emociones, no hubo evidencia de que se genere una comprensión completa respecto al impacto que estas generan, por lo cual podría ser un manejo parcialmente eficaz. Relacionado con esto es importante establecer que no fue posible identificar que las acciones realizadas sean satisfactorias idóneas para la gestión emocional. Retomando a Max Neef et al., (1986) con su

teoría de las necesidades, aplicando esta comprensión a las acciones que los auxiliares realizan, es preciso plantear que no se evidenció una manifestación clara frente a por qué estas acciones son beneficiosas para su vivencia emotiva más allá de permitir el desahogo o expresión de las sensaciones inmediatas. En otras palabras, no se observa una elaboración experiencial en la cual se integre la vivencia emocional y consecuentemente, se gestione.

Respecto a esto, se plantea que existe la posibilidad de que haya interrupciones en el ciclo de la experiencia de la vivencia emocional (Castanedo, 1988) tales como la desensibilización, la cual genera que haya limitaciones en el potencial de sensibilización de los auxiliares para la adecuada identificación de la experiencia emocional. Es decir, frente a la aparición de una emoción o sentimiento, la desensibilización genera dificultades en su identificación y elaboración, y por tanto, de una gama más amplia de satisfactores que permitan un manejo emocional que facilite más allá del desahogo. En un ciclo de la experiencia emocional realizado completamente, el auxiliar podría realizar la integración de la tristeza o la impotencia como vivencias constructivas o complementarias de la felicidad o la gratitud, como partes equilibrantes de la relación entre la vida y la muerte que se experimenta en la UCI al brindar ayuda a pacientes críticos.

Frente a la situación expuesta, Silva (2005) agrega que esto puede tener su justificación en que la regulación emocional está relacionada con la capacidad de la persona para distinguir con cierto nivel de precisión sus estados emocionales y actuar en consecuencia (Vazquez y Hervás, 2006). Levy (2000) explica que existe la creencia de que las emociones como el miedo, enojo o tristeza son consideradas por las personas como un contratiempo, como una dificultad, por lo tanto, no logran ser experimentadas o aprovechadas como señales que alertan a la persona respecto a un conflicto que necesita ser solucionado o gestionado. Para Levy (2000) la emoción es orientadora, y cada emoción experimentada cuenta con su funcionalidad y un propósito en la vivencia emotiva. Cuando la persona logra resolver su vivencia, la emoción ha logrado cumplir su objetivo.

Dando continuidad al segundo objetivo específico, el cual refirió a describir las cogniciones construidas por los auxiliares de enfermería alrededor de las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, se evidenció que en primera instancia, el grupo de participantes cuenta con una comprensión general sobre el concepto de paciente, con la cual identifican al mismo como una persona que se encuentra atravesando por un estado de salud crítico, lo cual lo convierte en alguien

vulnerable y dependiente, lo que a su vez genera que necesite de una figura de ayuda que esté permanentemente a su lado. En este sentido, el enfermero en función de su facultad mental dinámica logra construir un conocimiento extenso sobre la idea de quién es el paciente con el que se encuentra y de sus múltiples comportamientos, definiéndolo continuamente como un sujeto que independientemente de su conducta necesita de cuidados, y, por lo tanto, alguien que necesita del establecimiento de una relación de ayuda caracterizada por la presencia permanente (Gonzales y León, 2013).

A partir de estas comprensiones evidenciadas, se empieza a arrojar luz frente al impacto simbólico que estas nociones tienen en la experiencia subjetiva de los enfermeros al brindar ayuda ya que, a través de los distintos discursos, se esclarece que dentro de cada auxiliar existe la idea de que son ellos quienes deben estar momento a momento cuidando al paciente en medio de su vulnerabilidad, volviéndose este el centro de la relación, la causa y la consecuencia de la presencia del auxiliar. Este hallazgo es de suma importancia porque configura la experiencia de una manera en la que el auxiliar carga con el peso de defender la vida, perseguir el objetivo de conservarla y hacer frente a todas las vicisitudes que plantea el padecimiento fisiopatológico del paciente.

Si se observa esta configuración ideativa presente en este grupo de auxiliares a través de la óptica de las interrupciones en el ciclo de la experiencia (Castanedo, 1988; Castanedo y Salamá 1991; Ginger y Ginger, 1993) es posible explicar que detrás de tal focalización en la responsabilidad de preservar la vida del paciente y de ayudarlo, podría existir un mandato introyectado en el que auxiliar debe salvar al paciente, significando esto que la vida debe preservarse a todo coste, incluso cuando esto implica el sufrimiento del profesional o su traumatización secundaria. Ante ello, es muy posible que el paciente se vuelva figura y la vivencia del auxiliar se vuelva fondo.

Continuando con la comprensión ideativa del enfermero acerca de la experiencia de brindar ayuda en UCI, en segunda instancia se logró evidenciar que existe un constructo respecto al significado de UCI que se asocia a un lugar de aprendizaje y crecimiento profesional, así como también se habla de un entorno sumamente demandante debido a la condición de salud crítica del paciente. A su vez, se describe el lugar como un ambiente difícil, agotador y complejo. Lo anterior responde a la función de la cognición como una herramienta que le permite a los enfermeros representar su mundo simbólicamente, construir su propia

realidad y comprender aquello que le rodea, por medio de la creación de un significado de aquello que vivencia diariamente (Gonzales y León, 2013).

En este caso, el producto de la construcción simbólica de la realidad del enfermero refiere al entorno de la UCI como un sitio que requiere de mayor entrega y cuidado, pero también como un lugar que genera sensaciones de demanda, agotamiento y complejidad. El agotamiento expresado por los auxiliares puede relacionarse con lo planteado por Muñoz y Velázquez (2016) quienes encontraron que en la muestra de su investigación los participantes presentaban desgaste psíquico debido al estrés tan alto que surge en relación a las características de los tipos de servicio que deben prestar dentro la UCI. Según estos autores, el desgaste psíquico concuerda con la sensación de estar emocionalmente exhausto.

Sin embargo, durante la indagación por la vivencia emocional de los auxiliares dentro del contexto de la UCI estos no describen todas aquellas implicaciones subjetivas que hacen de la UCI un lugar agotador, en esta instancia el lenguaje es más concreto, y acompañando la sensación de agotamiento siempre concluyen con la gratificación y el crecimiento profesional que experimentan en esta área. Lo anterior tiene que ver con una comprensión racional de su vivencia, pero a su vez con una comprensión parcial o ausente de sus emociones y los factores propios del contexto de la UCI que las originan.

Un elemento que resulta inevitable considerar dentro de las cogniciones del enfermero son las consecuencias generadas para el campo de la atención en salud en contextos críticos durante la pandemia de COVID-19, las cuales propiciaron que durante esta coyuntura la UCI se tornara súbitamente en un espacio limitante, restrictivo, de sufrimiento y tristeza tanto para los pacientes como para el personal de salud. Estos pensamientos o ideas, que aparecieron en algunos discursos de los participantes, se encuentran dotados de las experiencias demandantes que vivenciaron los enfermeros al brindar ayuda durante la crisis sanitaria (Vygotsky, 2009; González y León, 2013).

Prosiguiendo con las cogniciones construidas en torno a la profesión y otros profesionales, en tercera y última instancia se reconocieron las ideas del enfermero sobre el significado de su profesión, las cuales dan razón de la enfermería como un servicio que se presta a los pacientes vulnerables. Además, se encontró que para el enfermero resulta común realizar una asociación directa entre la profesión y la actitud de brindar ayuda. En este sentido, el enfermero realiza una equiparación entre el concepto de ayuda con el concepto del cuidado

humano. En este punto se entiende que las ideas que los enfermeros tienen sobre sí mismos y sobre la profesión son ideas que surgen desde lo subjetivo y lo intersubjetivo, lo cual da cuenta de la manera en que estos se relacionan y asumen su papel como trabajadores de la salud, a partir de su formación previa, de las nociones construidas durante su experiencia profesional y de las experiencias compartidas colectivamente con sus colegas (Meza, 2013).

Haciendo énfasis en las experiencias compartidas con otros profesionales, en los discursos de algunas participantes como Daniela y Laura, se identificó que dentro de sus contextos laborales existen paralelamente profesionales que brindan una relación de cuidado mediada por la separación entre el saber humano y el saber técnico, tal como refieren Perazzo et al., (2015) y como lo caracterizaron Ramírez y Müggenburg (2015) quienes afirmaron que para algunos enfermeros y enfermeras, su práctica de cuidado se traduce en la realización de los procedimientos que técnicamente ayudan a preservar la vida pero no dan lugar a los sentimientos o necesidades del paciente, gracias a lo comunicado por los participantes, es posible reconocer que este es un fenómeno que no es ajeno al entorno en el que laboran. Este hallazgo es importante porque, al retomar lo encontrado por Jover-Sancho et al., (2015) es posible establecer que una experiencia de cuidado satisfactorio en la UCI requiere que los enfermeros logren incluir una visión holística del paciente, en la cual están incluidas sus necesidades psicoemocionales, además, porque en muchas ocasiones el cuerpo asistencial asume el rol de cuidador que la familia no puede ejercer durante la estancia en la UCI.

En este sentido, llama la atención que, en este grupo de participantes, algunas nociones de una relación de ayuda y de un cuidado adecuado del paciente en parte están atravesadas por experiencias en las cuales los auxiliares tuvieron que vivir en calidad de familiares el que sus seres queridos fueran atendidos de una manera fría, poco empática o estrictamente profesional, tal es el caso de Daniela. Así mismo, también hay participantes que han observado de primera mano situaciones en las que sus propios colegas separan el saber técnico del saber humano y se relacionan con sus pacientes a través de esta escisión.

El caso de Daniela resulta relevante puesto que, en su experiencia, conocer de primera mano una atención en la que el cuidado no contempla al paciente desde una dimensión humana, genera conciencia en ella sobre el gran impacto que tienen la figura del enfermero y sus acciones con los pacientes y la familia. Este impacto, ya ha sido comprobado por investigaciones anteriores como la de Triana (2017) en la que se encontró que, por sí sola, la presencia de la enfermera ejerce un efecto positivo en el paciente y en sus niveles de ansiedad

o como la de Zelada (2016) quién encontró que en un grupo de pacientes la ansiedad severa durante la estancia en la UCI estaba relacionada con una percepción de un cuidado regular de parte del personal de enfermería.

El caso de Daniela permite comprobar que la experiencia potencia la ampliación del campo perceptual (Rogers, 1981) puesto que nuevas experiencias facilitan la actualización del sí mismo, las cuales dan paso a nuevas formas de comprender la relación de ayuda que el enfermero brinda. En el caso de Daniela, la experiencia vivida como familiar de un paciente en UCI le facultó para comprender la importancia de la integración entre el saber técnico y el saber humano en su propia atención como auxiliar. De acuerdo con Rogers (1981) puede afirmarse que en la medida en la que las experiencias enriquecen el campo perceptual, la capacidad de comprensión y organización de las percepciones es más alta.

Ahora bien, en lo que respecta al tercer objetivo específico, el cual busca distinguir las actitudes facilitadoras de las relación de ayuda Rogeriana en la ayuda que los enfermeros brindan a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, se evidenció que dentro de las ideas de los auxiliares se distinguen las siguientes nociones: el cuidado holístico, una relación de cuidado y calidez, y un vínculo que genera tranquilidad en el paciente. También aparece señalada la importancia de los cuidados sobre la dimensión física, y en segunda instancia, cuidados sobre el aspecto emocional del paciente. Estas nociones concuerdan con lo afirmado por Rogers (1987), quien asegura que dentro de la definición de la relación de ayuda cabe la relación entre el enfermero y su paciente, puesto que en esta el auxiliar promueve el surgimiento de los recursos latentes del individuo para lograr su sanación.

Dando cabida a las tres actitudes que son fundamentales para que haya una relación de ayuda efectiva, se procede a hablar de la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática. Especificando en la dimensión de la congruencia se encontró que el enfermero se permite sentir, decir y hacer aquello que siente cuando experimenta sensaciones de calidez y agrado, y a su vez percibe que el paciente es recíproco frente a estas sensaciones. En relación con lo que plantea Rogers sobre la congruencia, se logra identificar que en estos casos hay una disminución de la autenticidad y transparencia que le permite al enfermero vivir sus verdaderos sentimientos cuando aparecen emociones y sentimientos que éstos consideran negativos o desagradables, como el enojo, o que dentro de la noción de relación de ayuda de los auxiliares y cómo brindar cuidado, no aparecen integrados (Rogers, 1972).

Se evidenció que existen momentos en que los participantes no son coherentes respecto a lo que sienten, dicen y hacen. Estos comportamientos se logran identificar en dos situaciones. En primer lugar, cuando el enfermero siente y dice algo pero no lo hace, y en segundo lugar cuando dice y hace algo, pero no lo siente. Estas situaciones se ejemplifican a continuación. La primera situación alude a las veces en que el enfermero siente y se comunica de manera agradable y atenta hacia su paciente, sin embargo, deja de realizar actitudes agradables hacia este por temor a ser criticados, ser regañados, a ser vistos como poco profesionales, y frente al temor de que esta actitud sea castigada por el mismo paciente, es decir que hay una ausencia de un ambiente seguro. Tal es el caso de Daniela, que no expresa actitudes o acciones de cercanía y calidez por la preocupación sobre cómo pueda tomar esto la familia.

Y la segunda situación alude a las veces en que el enfermero se comunica y actúa de manera amable y atenta hacia su paciente, sin embargo, no siente actitudes placenteras o agradables hacia este, como es el caso de Laura, que a pesar de que el paciente se pueda comportar de manera grosera, y por ello no se generen sentimientos agradables, ella lo atiende con amabilidad y cordialidad para inducir la situación hacia un ambiente ameno. La ausencia de sentimientos agradables por parte del enfermero a su paciente suelen deberse a comportamientos groseros o desfavorables por parte del paciente, aunque a veces puede deberse a cansancio emocional o prejuicios por parte del enfermero. En estos casos el enfermero no estaría siendo congruente puesto que, se entiende como coherente a aquella persona que facilita la relación de ayuda mientras existe coherencia entre lo que siente, lo que comunica y lo que hace (Rogers, 1972).

Retomando a Levy (2000) se recalca que, las emociones no son resueltas cuando son evadidas, sino cuando se utiliza la información que estas nos brindan para concluir las situaciones que las generaron en primer lugar. Por ejemplo, el enojo que puede sentir un auxiliar frente a las actitudes de un paciente es el camino para resolver el conflicto emocional que genera esta actitud. Sin embargo, en las respuestas de los auxiliares se evidencia que el manejo es fundamentalmente, la deflexión de la emoción mientras se brinda la ayuda, y lo que cambia no es la emoción que vive el auxiliar sino la actitud que demuestra al paciente. Es comprensible dicha situación, puesto que se ha observado que los auxiliares se orientan siempre por el principio fundamental de su hacer, que es el cuidado, por tanto, ante su comprensión de la situación el no brindar cuidado o sentir que no pueden brindar cuidado, resulta incoherente con su deber como profesionales.

Sin embargo, el caso Fabián resalta, porque en ocasiones, cuando siente que no puede atender a un paciente solicita su remisión a otro auxiliar. En este sentido dicha decisión es congruente con su sentir a pesar de que superficialmente parezca incongruente con su deber profesional de cuidar y ser capaz de brindar una relación de ayuda a todos los pacientes que se les asignan.

Ahora, aludiendo a la dimensión de consideración positiva incondicional, se identifica en el discurso de los participantes que consideran importante aceptar, valorar y asumir una posición de ayuda frente al paciente sin importar estrato social, razas, escolaridad, ni antecedentes judiciales o situación de vida. Sin embargo, dentro del mismo discurso de los participantes, estos aluden a la dificultad de relacionarse con los pacientes cuando estos se tornan groseros, apáticos o autoritarios, de manera que el enfermero decide limitarse de expresar un interés cálido y genuino, lo cual, se contrapone al significado la consideración positiva incondicional que es entendida como la aceptación de expresiones de sentimientos tanto dolorosos, como placenteros (Rogers, 1972). Así entonces, el enfermero es capaz de generar un clima de seguridad mediante el respeto y la aceptación del otro, cuando el paciente es recíproco ante sus sentimientos y a su vez expresa emociones de apertura. Sin embargo, el enfermero se encuentra limitado ante la posibilidad de generar aceptación incondicional cuando en el clima relacional hay ausente alguna actitud de apertura o hay presente una actitud negativista.

Desde la consideración positiva incondicional tal como la plantea Rogers (1972) aceptar al paciente, también incluye e influye en la capacidad de comprender, que en determinados momentos el paciente expresa su propia vivencia con las herramientas que posee, las cuales no siempre generan expresiones asertivas. Esto se puede contrastar en aquellos momentos en que los auxiliares de la muestra cuentan con la capacidad de comprender que el paciente se encuentra atravesando por un momento de vida dificultoso que disminuye su ritmo de actividad, y por lo tanto existen periodos en que este no se encuentra dispuesto a realizar ninguna actividad estipulada para su cuidado, es decir, habrán determinadas situaciones en que el paciente no desearan se participe activa de su cuidado, y en dicho caso el enfermero brinda una consideración positiva incondicional al tratar de comprender las actitudes, emociones y experiencia del paciente. Allí, según Rogers (1972) es importante que la persona que brinda la relación de ayuda se pregunte si puede aceptar a su paciente, si puede considerarle

positivamente, aunque ello no implique que la persona deba aceptar o validar todas las conductas del paciente.

Finalmente precisando en la dimensión de empatía se evidenció que los participantes identifican al concepto de empatía como una actitud indispensable a la hora de brindar ayuda, entendiendo empatía como la acción de comprender la situación por la cual está atravesando el paciente, junto con la intención de ponerse en los zapatos de éste, escucharlo y así lograr identificar sus necesidades, además, se habla de la importancia de hacer uso de actitudes como el altruismo y comportarse de manera cálida para generar un ambiente de confianza y así poder ayudar al paciente. Sin embargo, cuando se habla de comprensión empática desde Rogers, encontramos que esta consiste en la apreciación del mundo del paciente tal y como este lo vivencia, lo cual implica adentrarse en su mirada conceptual, abandonando los prejuicios (Rogers, 1972). De este modo, se podría entender que el enfermero hace uso de la empatía a un nivel que en ciertos casos podría llegar a ser desde una comprensión superficial de esta actitud, sin embargo, cabe reconocer que no desconoce la utilidad de la misma.

Dentro de esta dimensión, se logró identificar que los enfermeros hacen uso de la empatía para generar ayuda hacia sus pacientes, de modo que los equiparan a un ser humano que podría ser ellos mismos o los relacionan con figuras familiares para que de este modo sea más fácil tratarlos con cariño, y realizar las acciones de cuidado con amor, lo cual difiere con la noción de Rogers (1972) que habla sobre la empatía como la capacidad de ver a la otra persona y a su mundo tal como esta lo ve, así como, sentir el mundo personal del paciente como si fuera el propio, más no implica desarrollar sentimientos de cariño hacía el paciente. Finalmente, en esta dimensión se evidenciaron dos condiciones que los enfermeros consideran como limitantes para poder desarrollar una actitud empática: la primera condición limitante alude al contexto de trabajo, puesto que expresan que el establecer una relación de cercanía con el paciente no es característico de una actitud profesional, y en segunda instancia, un limitante para la empatía refiere a la actitud del paciente, de modo que si el paciente es poco receptivo, se molesta o asume una actitud negativa, se torna difícil que el enfermero o enfermera pueda ejercer toda su capacidad empática, lo cual en la gran mayoría de casos deriva en el establecimiento de distancia y la aparición de una relación que podría ser equiparable con una relación estrictamente profesional, en la que se brindan los cuidados según lo estipula la técnica pero no aparece la relación de ayuda.

CONCLUSIONES

En consecuencia con los hallazgos de esta investigación, las siguientes son las conclusiones elaboradas a partir de los elementos que aparecen en los distintos discursos de los participantes, la revisión literaria de investigaciones a nivel internacional, nacional y local, así como la de distintos referentes teóricos fundamentales para lograr el objetivo general de la investigación: Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de auxiliares de enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia.

Para empezar, la comprensión de lo que significa brindar una relación de ayuda como una experiencia subjetiva, está atravesada por la necesidad de comprender que todo ser humano es el centro del cúmulo de experiencias que vive en su cotidianidad. La forma en la que los enfermeros experimentan sus emociones, construyen sus ideas sobre sus pacientes y la UCI, y simbolizan las acciones de cuidado que brindan a sus pacientes surgen de las percepciones que tienen sobre su realidad y los fenómenos que ocurren en ella. Es decir, que el ser humano responde a la realidad tal como la percibe.

Así, en esta muestra de 6 participantes, constituida por 5 enfermeras y 1 enfermero, se pudo observar que las emociones y sus desencadenantes, así como los sentimientos que se elaboran después de la reacción emocional, en medio de toda su riqueza, se organizan entre las polaridades felicidad-tristeza e impotencia-gratitud. De la misma forma, se evidenció que en torno a las emociones y sentimientos que surgen en los auxiliares al brindar una relación de ayuda al paciente, el sufrimiento y el enfrentamiento con la muerte a través de los distintos casos que atienden generan el surgimiento de la tristeza como una emoción reiterativa, y de la impotencia como una consecuencia de la vinculación que se desarrolla entre ambas partes de la diada enfermero-paciente. Lo anterior concuerda en gran medida con lo expuesto por otras investigaciones, y, principalmente, refuerza el planteamiento de que la empatía y la compasión como dos elementos fundamentales y constructivos para la relación, generan desgaste en el enfermero o enfermera debido a la continua exposición al sufrimiento ajeno o la muerte, situaciones límite inevitables para cada ser humano. Además, que dicho sufrimiento en primera instancia del paciente puede tornarse en sufrimiento propio por el desgaste emocional y la fatiga que causa.

Seguidamente, en lo que remite a las cogniciones construidas por los auxiliares de enfermería alrededor de las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda al paciente, destaca la construcción de la idea sobre el paciente crítico como una persona que se encuentra en un estado de vulnerabilidad y dependencia que genera la necesidad de que exista una figura de ayuda que le asista. En este sentido, los auxiliares reconocen que la razón de ser de la enfermería es el cuidado, y por tanto independientemente del comportamiento del paciente, estos son los encargados de brindar el cuidado a toda costa, en este sentido, una idea reiterativa que se haya en el auxiliar consiste en la responsabilidad de preservar la vida del paciente a toda costa, incluso cuando esto significa evadir o sensibilizarse ante el mismo sufrimiento o dolor por el que puede atravesar el enfermero.

Lo anterior se relaciona con la representación simbólica por parte del auxiliar, la cual hace referencia a que la realidad psíquica del enfermero se ha constituido en función de primar la acción del cuidado íntegramente relacionada con la ayuda proporcionada hacia el paciente. En este punto cabe destacar que la singularidad del individuo se encuentra contextualizada, o sumergida en medio de un entorno que la involucra, por tanto, es preciso comprender que las construcciones individuales, son a su vez construcciones sociales formuladas alrededor de lo que significa la relación de ayuda, de modo que, las expresiones en torno a los conceptos de; paciente, UCI, cuidado y demás, en parte, son producto de las múltiples interacciones que se dan nivel social.

Además, resulta como un hallazgo importante el que la UCI aparezca como un área de atención exigente e incluso agotadora a nivel laboral y personal, sin embargo, que a su vez se configure como un área de especial interés formativo para el personal de enfermería de la muestra. Lo cual da cuenta de una comprensión y cognitiva compleja, dado que los enfermeros representan su mundo caracterizado por medio de dos vivencias que se contraponen, en este caso, una experiencia displacentera frente a una placentera, por medio de las cuales le otorgan un significado a aquella dinámica que vivencian diariamente.

Frente a lo que refiere distinguir las actitudes facilitadoras de una relación de ayuda Rogeriana, se pudo extraer a partir de los discursos de los participantes que dentro del imaginario de los auxiliares la relación de ayuda se entiende como, un cuidado holístico, una relación de cuidado y calidez, o un vínculo que genera tranquilidad en el paciente. Lo cual contrapuesto a la comprensión de relación de ayuda para Rogers, tan solo responde a la intención de procurar la promoción del surgimiento de los recursos latentes del individuo para

lograr su sanación. Puesto que con lo que respecta al desarrollo de las demás actitudes como lo son, la congruencia, la consideración positiva incondicional y la empatía, aún hace falta una comprensión más profunda e integrada por parte del personal, para su debida puesta en práctica.

Respecto a la congruencia, es decir, la coexistencia integrada y coherente entre lo que se siente, lo que se comunica y lo que se hace, se encontró que los participantes solo dan cabida a ésta, cuando se experimentan emociones de calidez y agrado, y a su vez perciben que el paciente es recíproco frente a estas sensaciones. Es decir, los enfermeros de la muestra han logrado integrar a la relación de ayuda una actitud congruente en aquellas situaciones en las que han podido evidenciar la receptividad del paciente a sus actitudes facilitadoras. De manera que la congruencia para este grupo consiste en reconocer en qué medida se brindan las actitudes facilitadoras, rasgo que podría denominarse como incoherente.

En este sentido, se logran evidenciar más situaciones en que los enfermeros son incoherentes, sobre aquellas situaciones en que son congruentes, de modo que el personal de enfermería se caracteriza por no expresar sus emociones cuando así las siente, por miedo a la represalia social, por miedo a ser identificados como personas poco profesionales, o incluso por miedo de la reacción que pueda tener tanto el paciente como sus familiares. De esta manera resulta interesante comprender que en esta relación diádica enfermero-paciente, la forma en la que el paciente asume su rol dentro de la relación y expresa sus propias actitudes, influye de gran manera en las consecuencias y acciones que despliega quien le ayuda, en este caso el enfermero o enfermera.

Retomando la consideración positiva incondicional, se identifica en el discurso de los participantes que reconocen como importante la noción de aceptar, y asumir una posición de ayuda frente al paciente sin importar estrato social, razas, escolaridad, ni antecedentes judiciales o situación de vida. Sin embargo, al mismo tiempo el auxiliar alude a la dificultad de aceptar al otro tal y como es, valorar a la persona que se le brinda ayuda, y experimentar un interés cálido y genuino, cuando el paciente se comporta de manera grosera, apática o autoritaria. Del mismo modo, el auxiliar no acepta las expresiones de sentimientos dolorosos, temerosos o anormales, por parte del paciente cuando este le expresa sus angustias, y en su lugar refiere a la necesidad de sobrellevar estas ideas con positivismo o infravalorándolas, provocando que no se dé su debido lugar a la experiencia que atraviesa el paciente.

Finalmente, en términos de la empatía, se ha hecho evidente a través de los hallazgos su fuerte asociación con la definición de altruismo o confianza, incluso su vinculación con la comprensión del paciente utilizando los juegos simbólicos para verlo a través de la óptica con la que se vería a un familiar o incluso a sí mismo. Esto último, podría verse, desde un planteamiento hipotético, como un intento de generar una herramienta a modo de ajuste creativo la cual facilita el propio desarrollo de actitudes como la empatía. Sin embargo, cuando se habla de comprensión empática desde Rogers, esta se entiende más allá de la acción de utilizar el imaginativo para identificar la situación que atraviesa el otro, y más bien hace uso de la habilidad de adentrarse en el mundo perceptual del individuo indagando por su experiencia particular y subjetiva. De modo que, el auxiliar al no contar con la comprensión profunda de este concepto, y no tener las herramientas necesarias para dilucidar este mundo, no podrá establecer un contacto meramente empático.

Aludiendo a todas las abstracciones obtenidas, y la construcción entrelazada de los conceptos hallados dentro del marco teórico junto con resultados, es posible sustentar que se cumplieron los objetivos estipulados para la investigación concerniente. Dado que, se logró un alcance de entendimiento respecto a las características, situaciones y factores que atraviesan la actitud fenomenológica en la comprensión de las experiencias subjetivas de un grupo de auxiliares de enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos de la ciudad de Cali-Colombia. Donde es posible distinguir cómo la subjetividad se convierte en un factor de importante valor para el establecimiento, el ejercicio y el sostenimiento de una relación de ayuda, en donde cada enfermero adquiere matices propios de la constitución de su persona y su campo fenomenológico.

Limitaciones y recomendaciones

Como limitaciones de esta investigación se reconocieron las resistencias por parte del personal de enfermería respecto a participar del estudio, en donde se identificó poca receptividad por parte tanto de los profesionales como por parte de los auxiliares. Dicha resistencia se puede explicar gracias a los reiterativos estudios que se le han realizado a la comunidad de la salud, más aún en una época pre y post pandemia donde han sido objetivo de múltiples investigaciones.

Además, el haber contado con una muestra desequilibrada respecto a los representantes por género, es decir, el personal de enfermería del género masculino fue minoritario. Además,

se dio una ausencia respecto al personal laborante en instituciones hospitalarias del sector público estuvo. Dichas limitaciones restringieron la amplitud de los datos que fue posible recolectar, puesto que solo es posible considerar la realidad que constituyen las UCI 's de los hospitales privados.

En otro orden de ideas, es importante desarrollar investigaciones que ahonden con más profundidad en el manejo emocional y en las estrategias que utilizan los profesionales en el campo de la salud, con miras a realizar intervenciones que generen educación y enriquecimiento de las estrategias de gestión emocional, para generar a largo plazo el fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores que ponen en peligro la salud mental de los trabajadores del campo de la salud, en especial de los auxiliares de enfermería.

Además, se recomienda que la realización de próximas investigaciones se pueda ampliar la muestra de los participantes tanto en rango de edad como el régimen de la entidad, que en el caso de esta investigación fueron todos hospitales privados, sin embargo, la muestra podría ser más amplia, incluyendo participantes que laboran en hospitales públicos, para conocer de qué manera se configuran las aristas del fenómeno en este ámbito, y qué tanta influencia ejercen factores sociodemográficos.

Finalmente, se recomienda la integración de otras técnicas a la entrevista semiestructurada con el objetivo de lograr un conocimiento aún más profundo sobre la experiencia subjetiva de brindar ayuda, misma experiencia que podría surgir a través de una técnica de recolección de datos con la que se pudiera indagar de una manera más sistemática por las vivencias que configuran el campo fenomenológico de la persona que es enfermera, posiblemente tanto de una manera biográfica como de una manera que indague y permita contrastar el discurso de los participantes con las acciones dentro del espacio de la UCI.

REFERENCIAS

- Aguilar, C., y Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- Alcaldía Santiago de Cali. (2021, 29 de junio). *Boletín epidemiológico semanal N. 477*. <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/152840/boletines-epidemiologicos/>
- Almanza-Rodriguez, G. (2020). Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con covid-19 en el área de hospitalización. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 696–699. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2963>
- Andréu, A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Academia accelerating the world's research*, 1(1), 1-34. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Aponte Daza, V. C., García, F. E., Pinto Tapia, B., Illanes, R., Roth, E., & Taboada, R. (2020). Calidad de vida relacionada a la compasión, burnout y sobrecarga del cuidador en enfermeras/os bolivianos. *Psychologia*, 14(2), 49-59. <https://doi.org/10.21500/19002386.4712>
- Armenta, J. (2002). La intervención en crisis desde el enfoque centrado en la persona. *Psicología Iberoamericana*, 10(2), 72-77.
- Asociación de medicina crítica y cuidado intensivo. (s. f.). ¿Sabe cuál es el número de camas de UCI deseable por unidad de talento humano para efectos de calidad y seguridad en la atención del paciente? Recuperado 28 de junio de 2021, de <http://www.amci.org.co/23-noticias-gremiales/527-camas-por-profesional>
- Auxiliar de enfermería vs Enfermería. (2019, 1 marzo). Fundación Escuela de Capacitación Colombia. <https://funca.edu.co/noticias/auxiliar-de-enfermeria-vs-enfermeria/>
- Baquadano, S. (2013). Situación límite y suicidio en Jaspers. *Philosophia*, 73(1), 45-60. <https://bdigital.uncu.edu.ar/6592>

- Bardin, L. (1991). Análisis de contenido (Vol. 89). Ediciones Akal.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IvhoTqll_EQC&oi=fnd&pg=PA7&ots=0Hy0cvs_wT&sig=FGdzRjulXoU07_f1JO0VypbqSOU#v=onepage&q&f=false
- Bardín, L. (2002). El análisis de contenido. Madrid: Akal ediciones
- Carmona, Y., y Montalvo, A. (2019). Nurses' Moral Sensitivity Regarding the Terminally Ill. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), 1-14.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e07>
- Castanedo, C. (1988). Principios de la terapia Gestalt. En Herde (ED). *Terapia Gestalt. Enfoque Centrado en el Aquí y el Ahora*. 2ºed (77-98).
- Castanedo, C y Salama, H. (1991). Autointerrupciones. En: El manual moderno S.A (ED). *Manual de Psicodiagnóstico, Intervención y Supervisión para Psicoterapeutas* (17-23).
- Carratalá, C. (2008). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud/Cibanal Juan, L., Arce Sanchez, MC., Carballal Balsa: Reseña bibliográfica. *Enfermería global*, (7) 1, 35-50. <https://doi.org/10.6018/eglobal.7.1.2951>
- Chaves, N., Azcúnaga, M., Rocha, F., y Pastrana, M. (2007). Valorización del rol profesional de enfermería en terapia intensiva. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2(2), 5-13.
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/126>
- Cornejo, R., Albornoz, N., y Palacios, D. (2016). Subjetividad, realidad y discurso entre el determinismo estructuralista y el construccionismo social. *Cinta de moebio*, 1(56), 121–135. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2016000200001>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de La Educación*, 19(33), 228-24.
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Da Silva Ribeiro, C., Trovo, M., y Puggina, A. (2017). Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? *Enfermería Global*, 16(3), 453-495. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>

- Das Neves, E., Nunes da Silva, C., Pavan, P., Leite, C., Baldonado-Mosteiro, M., y Mosteiro, M. (2019) Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(1), 1-6. DOI: 10.1590/1518-8345.2973.3175
- De Bortoli, S., Munar, E., Umpiérrez, A., Peduzzi, M., y Leija, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(64), 1-2.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
- De Castro, E., y Vargas, E. (2015). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381-390.
<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>
- Del Valle Santa Cruz, P. (2016). El estudio del fenómeno de traumatización vicaria basado en sus principales autores [Tesis de pregrado, Universitat de les Illes Balears de España] Archivo digital. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1614/delValleSantaCruzP_aula_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Delgado, J., Lara, V., Flores, L., Sabando, B., Aguilar, E., y Fernández, G. (2019). Patologías Específicas de Importancia en la UCI. *RECIAMUC*, 3(2), 665-687.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.665-687](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.665-687)
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.). (2012). El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa Vol. I. Editorial GEDISA.
https://pics.unison.mx/doctorado/wp-content/uploads/2020/05/manual_investigacion_cualitativa.pdf
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext

- Diogo, P., Lemos, M., Da Venda, J., Almeida, T., & Santos, M. (2020). Emotional labor of nurses in the front line against the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*, 74(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0660>
- Escobar-Castellanos, B., y Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
- Fernández, S. (2017). *Imagen de la enfermera(o) en el área hospitalaria: mirada de los profesionales médicos en Cartagena 2017* [Tesis de maestría, Universidad de Cartagena] Repositorio Universidad de Cartagena. <http://hdl.handle.net/11227/8352>
- Fetters, M., Curry, L., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs principles and practices. *Health services research*, 48(6pt2), 2134-2156 <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Figley, C. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. En C. Figley & H. McCubbin. (Eds.). *Stress and the Family, Vol. II: Coping with catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (Ed.). *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry* (pp. 283-291). Londres: Plenum.
- Figley, C. (Ed.). (1995) *Companion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*. BR NY and London.
- Folgueiras, P. (Eds.). (2016). *La entrevista*. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>
- García, E. (2020). *Fatiga compasiva de los profesionales enfermeros de cuidados intensivos* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Madrid] Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/691490>
- García, J., Hidalgo, J., Corona, O., Delgado, J., y Villarreal, J. (2012). Fenomenología y psicología fenomenológica. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*, 14(2), 11-31.

- García, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica*, 21(2), 311-317. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2015000200017>
- Ginger, S y Ginger, A. (1993). La teoría del sí mismo. En el Manual Moderno S.A (ED). *La Gestalt una Terapia de Contacto*. (145-162).
- Gómez, S., Gil, B., Castro, J., Ruiz, E., y Ballester, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos, 1(1), 209-220. DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.16>
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J., & de Andrés, J. (Agosto/Septiembre de 2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
- González, B, y León, A. (2013). Procesos cognitivos: De la prescripción curricular a la praxis educativa. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, (19), 49-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65232225004>
- González, L. (2003). *La cara humana de la psicología: fundamentos históricos, ontológicos, epistemológicos y teóricos de la psicología humanista*. Manizales: Centro de Publicaciones Universidad de Manizales.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Hervás, G., & Vazquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Husserl, E. (1962). Hechos y esencias. En E. Husserl. (Eds.). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica* (pp. 17-45). México: Fondo de cultura económica.
- Jaspers, K. (1953) Situaciones límite. En K. Jaspers. (Eds.). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia* (pp. 109-139). S.L. Fondo de Cultura Económica de España.

- Jiménez, B. (2000). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Investigación cualitativa en Salud Revista Universidad de Guadalajara*, (17), 1-15.
<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3invesigacion.html>
- Joinson, C. (1992). *Coping with compassion fatigue*. *Nursing*, 22(4), (pp. 116-122).
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., De la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., Ricart-Basagaña, M., Solà-Ribó, M. y Juandó-Prats, C. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación con el cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C. P., Tsiaousis, G. Z., & Papatthanassoglou, E. D. E. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 847–857. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000500020>
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M., Medniuk, A., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Critical Care*, 23(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2441-6>
- Lahite-Savón, Y., Céspedes-Pereña, V., y Maslen-Bonnane, M. (2020). El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*, 99(5), 494-502.
- Levy, N. (2000). La dignidad del miedo. En N. Levy. (Eds.). *La sabiduría de las emociones* (pp.7-27). Plaza & Janés.
- Ley 100 de 1993, Congreso de la República. Diario Oficial No. 41.148 (1993).
https://normograma.info/men/docs/pdf/ley_0100_1993.pdf
- Ley 1090 de 2006, Congreso de la República. Diario oficial No 46.383 (2006).
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

- Ley 266 de 1996, Congreso de la República. Diario Oficial No. 42.710 (1996).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
- Mardones, J. (2006). ¿Por qué la ética? sobre la constitución del hombre responsable al hilo de P. Ricoeur. *Pensamiento. Revista De Investigación e Información Filosófica*, 62(233), 231-243.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/4621>
- Martínez, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Martínez, M. (1992). Hacia un nuevo paradigma en psicología. En M. Martínez. (Eds.), *La psicología humanista* (65-117). Editorial Trillas México.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1986). Fundamentación. En *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro* (págs. 34-40). Chile: Cepaur.
http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf
- Mena Tudela, D., González Chordá, V. M., Cervera Gasch, Á., Salas Medina, P., & Orts Cortés, M. I. (2016). El proceso de cuidar. En *Cuidados básicos de enfermería* (pág. 15). Publicacions de la Universitat Jaume I. doi:<http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>
- Mendoza-Rocha, S., Torres-Briones, M., Rincón-López, J., t Urbina-Aguilar, B. (2015). Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(3), 149-156.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62183>
- Meza, M. (2013). Subjetividad e ideología en las instituciones sanitarias: lo propio y lo ajena en dominio y el poder. *Revista de Enfermería en Costa Rica*, 33(2), 100-104.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art7.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2013) *Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el Marco del Sistema General de Seguridad en Salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/mod-elo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018, 1 de junio). *Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PO/Paginas/registro-unico-nacional-del-talento-humano-en-salud-rethus.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020, 14 de diciembre). *Capacidad de UCI's en Colombia*. <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/estadisticas-covid-19/ucis.html>

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020, 25 de agosto). ¿Qué es la ventilación protectora? <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Que-es-la-ventilacion-protectora.aspx>

Muñoz, A., y Velásquez, M. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 202-211. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09>

Navarro, Y., López, M. J., & Climent, J. A. (2018). Engagement (compromiso), resiliencia y empatía en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 28(2), 103-110.

Navarro, M., y Rodríguez, M. (2020). Experiencias de la Enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario clínico San Cecilio durante el inicio de la pandemia COVID-19. *Garnata* 91, 23(9), 1-6. <http://ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e202329/e202329>

Nolasco, M. (2019). *La fatiga por compasión o el precio que pagan los profesionales de enfermería en el cuidado al final de la vida: estrategias de abordaje. Revisión bibliográfica*. [Tesis de Grado, Universidad de Alicante]. Repositorio institucional de la Universidad de Alicante.

Ocaña, A. (2009). ¿Cómo estimular el desarrollo y la configuración del pensamiento y la inteligencia humana? En A. Ocaña. (Eds.). *Aprendizaje y Comportamiento basados en el funcionamiento del cerebro humano: emociones, procesos cognitivos, pensamiento*

e inteligencia. Hacia una teoría del aprendizaje neuroconfigurador (pp. 28-78).
Litoral.

Organización Mundial de las Naciones Unidas [ONU]. (2020, 1 de abril). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015, 12 de mayo). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20se%20necesitan,de%20salud%20a%20la%20poblaci%C3%B3n

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020, 22 de junio). *Monitoreo de la Respuesta de Países Sudamericanos frente a la Pandemia de COVID-19*.
<https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021, 1 de julio). *Casos y defunciones por COVID-19 notificados por países y territorios de las Américas*.
<https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-17277700.8881%2C-1043174.5225%2C-1770156.5897%2C6979655.9663%2C102100>

Pearlman, L., & McKay, L. (2008). Understanding and addressing vicarious trauma. Headington Institute. (1.a ed., Vol. 1). Headington Institute.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi_o6t1s7xAhVdmmoFHdQVDLUQFjADegQIDBAD&url=https%3A%2F%2Fmutualaiddisasterreliefsite.files.wordpress.com%2F2017%2F04%2Fvtmoduletemplate2_ready_v2_85791.pdf&usg=AOvVaw0qijAoRVT-566jx_0QSstk

Perazzo, G., Aza, C., Mendoza, G., Bravo, G., Ramírez, S., Mollar, E., y Vázquez, A. (2015). La deshumanización en la atención profesional: ¿vulnera el derecho a la intimidad?. *EDUCA*, 16(1), 7-24. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/1407>

- Pereira, M., y Cárdenas, M. (2019). Visión filosófica del cuidado humano en la mujer en la etapa del climaterio. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 22-34. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1795>
- Pérez, N., y Rodríguez, E. (2015). Talento humano en unidades de cuidado intensivo: adaptación de un modelo de estándares para Colombia basado en la evidencia científica. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(2), 80-102. doi: 10.1016/j.acci.2015.02.006
- Polo, B., González, A., y González, C. (2019). Papel de la Enfermería en la Sedoanalgesia del Paciente Crítico.. *NPunto*, 2(16), 1-10 . <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico>
- Quintero, N., y Urrego, O. (s.f). Estructura y Funcionalidad de la UCI. En N. Quintero. (Ed.). *Manejo Integral en el Paciente Crítico* (pp. 4-10). <https://biblioteca.salamandra.edu.co/MATERIAL%20ACADEMICO/CARTILLA%20MANEJO%20INTEGRAL%20PCTE%20CRITICO%20AUX/Material%20Apoyo%20UCI%20Aux%201..pdf>
- Ramírez, J. (2019). *Ratio Profesional de Enfermería: Paciente en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) de IPS Privadas y sus Implicaciones en la Responsabilidad Civil* [Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia]. Archivo digital. <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/1820>
- Ramírez, P., y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Resolución 3997 de 1996 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). 30 de octubre de 1996.
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

- Reza, L. (2016). El yo, el existir o el ser según la teoría de la personalidad por Carl Rogers. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1(32), 1-5.
<http://www.eumed.net/rev/cccss/2016/02/existir.html>
- Ricci-Cabello, I., Meneses-Echavez, J., Serrano-Ripoll, M., Fraile-Navarro, D., De Roque, M., Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *Journal of affective disorders*, 277(1), 347-357.
<https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>
- Rogers, C. (1972). Características de una relación de ayuda. En C. Rogers. (Eds.). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica* (pp. 53-69). Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1981). La teoría de la personalidad y de la conducta. En C. Rogers. (Eds.). *Psicoterapia Centrada en el Cliente* (pp. 409-450). Buenos Aires: Paidós
- Rogers, C. (1987). Aspectos del enfoque personalizado. En C. Rogers. (Eds.). *El camino del ser* (pp. 33-81). Kairós.
- Santos, F., y Henriques, S. (2015). Las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos: Perfil y Formación Profesional. *Cultura de los cuidados*, 19(43), 127-140.
doi:10.14198/cuid.2015.43.13
- Sartre, J. (1973). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos aires: Nagel.
https://www.ucm.es/data/cont/docs/241-2015-06-16-Sartre%20%20El_existencialismo_es_un_humanismo.pdf
- Terry, C., y Weaver, A. (2012). La enfermera de Cuidados Intensivos. En C. Terry y A. Weaver. (Eds.). *Enfermería de cuidados intensivos* (pp. 2-18). Editorial El Manual.
- Tonon, G. (2013). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. En G. Tonon, S. Alvarado, H. Ospina, P. Lucero, P. Botero. M. Luna y F. Fabris. (Eds.). *Reflexiones Latinoamericanas Sobre Investigación Cualitativa* (pp. 47-68). Universidad Nacional de La Matanza-Prometeo. http://colombofrances.edu.co/wp-content/uploads/2013/07/libro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacin_cu.pdf

- Torres, A., y Sanhueza, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Revista de Investigación y educación en enfermería*, (24)2, 112-119.
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402011.pdf>
- Triana, M. (2017). *Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia] Repositorio Institucional Universidad Nacional de Colombia <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/58929>
- Trindade, V. (2011). Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. En P. Schettini, y I. Cortazzo. (Eds.). *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa* (pp. 18-34). Editorial de la Universidad de la Plata.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo_.pdf?sequence=1#page=18
- Velásquez, C. (2020). El año de la enfermería en Colombia y sus retos ante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(2), 1-4.
<https://doi.org/10.18270/rce.v19i2.3139>
- Vygotski, L. (2009). Instrumento y símbolo en el desarrollo del niño. En L. Vygotski. (Eds.). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 39-56). Barcelona: Crítica.
<https://saberespsi.files.wordpress.com/2016/09/vygostki-el-desarrollo-de-los-procesos-psicolc3b3gicos-superiores.pdf>
- Watson, J. (1985). New directions in higher education: A review of trends. *Journal of Professional Nursing*, 1(5), 293-299.
- Watson, J. (1988). Human Caring as Moral Context for Nursing Education. *Nursing and Health Care*, 9(8), 422-425.
- Wertz, F. (2011). Five ways of doing qualitative analysis. En F. Wertz. (Eds.). *Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry* (pp. 103-161). Guilford Press.
- Willig, C. (2013). Conceptual Preparation. En C. Willing. (Eds.). *Introducing qualitative research in psychology* (pp. 1-47). McGraw-hill education (UK)

Zelada, L., (2016). Nivel de ansiedad y calidad del cuidado de enfermería del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray [Tesis de especialización, Universidad Nacional de Trujillo] Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Trujillo.
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14399/2E%20409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1. Formato para evaluación de entrevista semiestructurada – María del Socorro Peláez

TÍTULO DE LA TESIS	Experiencias Subjetivas de enfermeros profesionales: una mirada de la relación de ayuda brindada a pacientes hospitalizados en UCI's en la ciudad de Cali.
ESTUDIANTES	Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Kamila Chaves Narváez, María Camila Granados Echeverri.

OBJETIVO GENERAL		SUGERENCIAS FRENTE AL OBJETIVO
Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de enfermeros profesionales acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos de la ciudad de Cali-Colombia.		OK
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	SUGERENCIAS FRENTE A LOS OBJETIVOS
Identificar las emociones que surgen en los auxiliares en medio del desarrollo de la relación de ayuda dentro del contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.	Emociones que surgen en el enfermero como producto del desarrollo de la relación de ayuda: Se definen como las reacciones instantáneas e intensas que se dan con la intención de responder ante ciertos estímulos en donde las mismas cuentan con un carácter adaptativo con la intencionalidad de preservar la vida	Sugerencias mínimas frente a la redacción de los objetivos los cuales me parecen claros. Tengo dudas sobre la definición de las categorías. Uno debe preguntarse cuando las define como se operacionalizarían o se

<p>Identificar las emociones que surgen en los auxiliares en el desarrollo de la relación de ayuda dentro del contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>humana. A su vez, las emociones están orientadas para ayudarnos a tomar decisiones y establecer relaciones sociales con otros individuos. Las principales emociones son la ira, el miedo, la alegría y el placer, las cuales fisiológicamente son el resultado de intensas secreciones de endorfinas en ciertas áreas del cerebro, las emociones en este caso tendrán que ver con la relación de ayuda y el contexto de la UCI (Ocaña, 2009).</p>	<p>evidenciarían esas categorías y subcategorías.</p>
<p>Describir las cogniciones construidas por los auxiliares de enfermería alrededor de las experiencias vividas en el proceso de la relación de ayuda brindada al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p><u>Cogniciones</u> Conocimientos construidas alrededor de las experiencias vividas durante la prestación de la <u>relación de ayuda</u>: Se definen como los pensamientos que están cargados de los significados con los cuales los enfermeros han dotado las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda, los cuales les permiten <u>construir conocimiento sobre el mundo y apropiarse de su realidad y que surgen del involucramiento de los procesos cognitivos básicos y superiores con la influencia de ciertas condiciones socio-históricas y culturales al momento de brindar la relación de ayuda</u> (Vygotsky, 2009; González y León, 2013)</p>	

<p>Distinguir las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de cuidado que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana que se manifiestan en las acciones de los enfermeros:</p> <p>Son aquellas actitudes de quién brinda la relación de ayuda que intentan promover en el otro su desarrollo, maduración y la posibilidad de que la persona vivencie la vida de manera más adecuada la experiencia que transita. Estas a su vez fomentan el surgimiento de recursos latentes dentro del individuo, junto con un uso más funcional de estos. Todo esto respondiendo a la premisa central de que el ser humano cuenta con recursos propios de autocomprensión que se pueden direccionar en pro de la alteración de conceptos propios, actitudes básicas y una conducta autodirigida. En síntesis, son estas actitudes facilitadoras las que propician una relación de ayuda efectiva, y se distinguen en 3: la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática (Rogers, 1972).</p>	
--	--	--

Conceptos claves: Relación de ayuda, Profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, experiencia subjetiva, Psicología humanista.

Preguntas sociodemográficas

1. Nombre
2. Edad
3. Género
3. Ciudad
4. Profesión
5. Lugar de formación
6. Años de experiencia laboral
7. Años de experiencia laboral dentro de la UCI
8. Lugares de trabajo colocar de 7
9. Tipos de trabajos que ejerce dentro de la UCI

Preguntas de inicio

¿Qué le motivó a escoger la enfermería como su profesión?

¿Qué caracterizaría usted al profesional en enfermería? No es clara . Culaes son las características esenciales de un profesional en enfermería? O

Que características lo definen como profesional de enfermería?

¿Qué le gusta de su trabajo dentro de la UCI?

¿Qué considera que es lo más difícil de su trabajo dentro de la UCI?

¿Cuáles son los aspectos centrales involucrados en la atención a los pacientes? No es clara .

¿Desde su profesión qué es una relación de ayuda al paciente?

OBJETIVO	PREGUNTAS:	PERTINENCIA FRENTE AL TEMA		CLARIDAD DE LA PREGUNTA		SUGERENCIAS / OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	
		Identificar emociones que surgen en los profesionales en medio del desarrollo de la relación de ayuda dentro del contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.	¿Qué emociones le genera su contexto de trabajo? Como yo entiendo contexto es el sitio de trabajo y otra cosa emociones frente a la labor que desempeña	X		
	¿Qué emociones surgen en usted cuando se encuentra brindando ayuda a los pacientes dentro la UCI?	X		X		
	¿Qué efectos emocionales se han generado en usted al brindar una relación de ayuda?	X		X		
	¿Qué situaciones dentro de la relación de ayuda que brinda le generan gran carga emocional?	X		X		
	¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir tristeza?	X		X		
	¿Crees que las experiencias traumáticas de tus pacientes generan en ti carga emocional?	X			X	Que Emociones surgen en ti las experiencias traumáticas de los pacientes?

¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir miedo?	X		X		
¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir ira?	X		X		
¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir alegría?	X		X		
¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir placer? satisfacción?	X			X	Tendríamos que definir placer para cada persona
¿Cómo describiría su relación con sus pacientes?	X			X	Lo preguntaría directo: como es su relación con los pacientes?
¿Qué siente cuando sus pacientes se recuperan?	X		X		
¿Cómo se siente cuando sus pacientes se agravan?	X		X		
¿Qué sucede en usted cuando sus pacientes no muestran mejoría pese al tratamiento?	X		X		Yo dejaría esta y no la anterior
¿Comparte con alguien las emociones que experimenta al brindar la relación de ayuda?	X			X	Dentro de su trabajo?
¿Qué emociones ha manifestado a sus pacientes?	X			X	Sus pacientes conocen algunas de sus emociones?
¿Es fácil para usted reconocer lo que siente ante las situaciones que se le presentan dentro de la UCI?	X			X	inducen la rta.

	¿Qué emociones experimenta más comúnmente?	X		X		Seria de las primeras
	¿Realiza algunas acciones intencionales para cuidar de su salud emocional?	X		X		Buena pero redactenla mas cercana acciones planeadas para cuidar su salud emocional
	¿Cómo definiría el impacto emocional que su trabajo tiene en usted?	X		X		Seria de las primeras
	¿Sientes que tú también vives las emociones de tus pacientes?	X		X		
	¿Cuáles son las emociones que surgen más a menudo en sus pacientes?	X		X		Antes de la anterior
Describir las cogniciones construidas por los profesionales de enfermería alrededor de las experiencias	¿Cuál es su objetivo al brindar una relación de ayuda a sus pacientes?	X		X		
	¿Cómo se definiría usted como profesional?	X		X		Esta repetida. Precisar.
	¿Qué características tiene una persona que brinda una relación de ayuda?	X		X		
	¿Cómo definiría usted el contexto de la UCI?	X		X		NO CREO que definir ayude a responder la pregunta
	¿Qué le incentiva a usted a brindar relaciones de ayuda?	X		X		Que lo motiva

vivas en el proceso de la relación de ayuda brindada al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.	¿Qué influencia tiene la relación de ayuda que ud brinda dentro del proceso de recuperación del paciente?	X		X		Pienso que no es necesario repetir tanto la expresión de relación de ayuda porque carga la respuesta ..uds saben que están indagando al respecto
	¿Qué elementos deben estar presentes para que una relación de ayuda sea óptima?	X		X		
	¿Qué cree que le dificulta brindar una relación de ayuda?	X		X		
	¿Cómo describiría usted la relación de ayuda que brinda?	X		X		
	¿Qué cree que le facilita brindar una relación de ayuda?	X		X		
	¿Qué entiende usted por empatía?	X		X		
	¿Qué entiende usted por congruencia?	X			X	Aparece como de la nada ..entiendo lo que buscan pero no es claro...
	¿Qué entiende usted por aceptación incondicional dentro de la relación de ayuda dentro de la UCI?		X		X	Estructurar una pregunta que integre la anterior y esta pero que no induzca la respuesta. Cuales son para usted condiciones esenciales para ofrecer ayuda en la labor que realiza?

						Quando siente usted que no cumple con esas condiciones?
	¿Qué pensamientos vienen a su cabeza mientras brinda la relación de ayuda a sus pacientes?	X		X		
	¿Cree que hay emociones que podrían interferir o facilitar el brindar la relación de ayuda?					
	¿Hay alguna creencia en la que usted se apoye para brindar la relación de ayuda?	X		X		Que usted se apoye para brindar su ayuda?
	¿Qué ideas surgen en usted alrededor de la angustia que experimentan sus pacientes?	X		X		
	¿Qué se le viene a la mente cuando se habla de sufrimiento?	X		X		
	¿Qué tan capaz se siente usted de comprender lo que su paciente está experimentando?	X			X	Parece que se le juzga Cuanto considera que comprende lo que el paciente experimenta en la UCI?
Distinguir las actitudes facilitadoras de las relaciones de ayuda	¿Qué acciones de cuidado para su paciente genera dentro de la relación de ayuda?	X			X	Puede ser un poco mas clara y puntual. Que acciones de cuidado realiza para su paciente?
	¿Qué acciones considera que interfieren en la recuperación del paciente?	X		X		

Rogeriana en las acciones de cuidado que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.	¿Ha realizado acciones más allá de lo estrictamente necesario para ayudar a sus pacientes?	X		X		
	¿Ha realizado acciones para mejorar o amenizar la relación con sus pacientes?	X		X		No a lugar la palabra amenizar
	¿Considera que alguna vez alguna de sus acciones ha impactado negativamente en sus pacientes?	X		X		
	¿Alguna vez te has restringido de realizar alguna acción con tus pacientes?	X		X		
	¿Qué acciones fortalecen su relación con sus pacientes?	X		X		
	¿Cómo sabe usted que las acciones de cuidado que realiza son beneficiosas para sus pacientes?	X		X		Muy buena
	¿Qué acciones de cuidado aprendiste durante tu formación y que acciones aprendiste durante la práctica?	X		X		
	¿Qué hace cuando siente que sus cuidados no están beneficiando o aportando a la mejoría de su paciente?	X		X		
¿Qué hace cuando nota que su paciente se encuentra afectado emocionalmente?	X		X			
¿Qué hace para que su paciente se sienta cómodo en la UCI mientras recibe el tratamiento?	X		X			

	¿Qué acciones realiza usted para recordarle al paciente que es una persona?	X			X	Tengo dudas si sera claro para los participantes PORQUE recordarle?
	¿Considera que es necesario realizar acciones para dignificar a sus pacientes?	X		X		Usted realizaría alguna acción adicional que pudiera dignificar al paciente?
	¿Qué tan frecuentemente sus pacientes le expresan sus preocupaciones y deseos?	X		X		
	¿Qué acciones realiza usted que le permitan al paciente expresar sus emociones ante la enfermedad y el tratamiento?	X		X		
	¿Realiza acciones de autocuidado ? ¿Qué acciones?	X		X		Pasan de ell@s al paciente
	¿Realiza acciones para mejorar la comunicación con su paciente ?	X				
	¿Cree que sus acciones son concordantes con lo que siente?	X				
Preguntas de cierre	¿Qué ha aprendido de trabajar con los pacientes en la unidad de cuidados intensivos?	X		X		Muy buenas estas preguntas de cierre
	¿Qué enseñanza podría transmitir a otros profesionales acerca de la experiencia de ayudar a pacientes en UCI?	X		X		
	¿Hay alguna reflexión que surja en usted después de esta entrevista?	X		X		

	¿Tiene alguna duda o algo que quisiera comentar?	X		X		
--	--	---	--	---	--	--

Comentarios finales al instrumento: Como no se si es semiestructurada o en profundidad tengo dudas pero en general me parecen muchas preguntas, que por cierto están muy bien planteadas pero me parecen muchas.

**ANEXO 2. FORMATO PARA EVALUACIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA – NATHALIE OLANO
DUQUE**

TÍTULO DE LA TESIS	Experiencias Subjetivas de enfermeros profesionales: una mirada de la relación de ayuda brindada a pacientes hospitalizados en UCI's en la ciudad de Cali.
ESTUDIANTES	Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Kamila Chaves Narváez, María Camila Granados Echeverri.

OBJETIVO GENERAL	SUGERENCIAS FRENTE AL OBJETIVO
Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de enfermeros profesionales acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos de la ciudad de Cali-Colombia.	<p>Frente a los objetivos y las categorías y su relación con el objetivo general, no me queda claro donde van a organizar la información frente a las experiencias como tal, si frente a estas experiencias quieren identificar tanto emociones como cogniciones.</p> <p>¿Les haría falta algún objetivo o categoría que de respuesta a las experiencias que se viven en la UCI? Y posteriormente, las</p>

		formas como se presenta la relación de ayuda?
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	SUGERENCIAS FRENTE A LOS OBJETIVOS
<p>Identificar las emociones que surgen en los profesionales en medio del desarrollo de la relación de ayuda dentro del contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p><u>Emociones que surgen en el enfermero como producto del desarrollo de la relación de ayuda:</u> Se definen como las reacciones instantáneas e intensas que se dan con la intención de responder ante ciertos estímulos en donde las mismas cuentan con un carácter adaptativo con la intencionalidad de preservar la vida humana. A su vez, las emociones están orientadas para ayudarnos a tomar decisiones y establecer relaciones sociales con otros individuos. Las principales emociones son la ira, el miedo, la alegría y el placer, las cuales fisiológicamente son el resultado de intensas secreciones de endorfinas en ciertas áreas del cerebro, las emociones en este caso tendrán que ver con la relación de ayuda y el contexto de la UCI (Ocaña, 2009).</p>	

<p>Describir las cogniciones construidas por los profesionales de enfermería alrededor de las experiencias vividas en el proceso de la relación de ayuda brindada al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p><u>Cogniciones construidas alrededor de las experiencias vividas durante la prestación de la relación de ayuda:</u> Se definen como los pensamientos que están cargados de los significados con los cuales los enfermeros han dotado las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda, los cuales les permiten construir conocimiento sobre el mundo y apropiarse de su realidad y que surgen del involucramiento de los procesos cognitivos básicos y superiores con la influencia de ciertas condiciones socio-históricas y culturales al momento de brindar la relación de ayuda (Vygotsky, 2009; González y León, 2013)</p>	
<p>Distinguir las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de cuidado que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.</p>	<p><u>Actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana que se manifiestan en las acciones de los enfermeros:</u> Son aquellas actitudes de quién brinda la relación de ayuda que intentan promover en el otro su desarrollo, maduración y la posibilidad de que la persona vivencie la vida de manera más adecuada la experiencia que transita. Estas a su vez fomentan el surgimiento de</p>	<p>¿Lo que no corresponda a esta propuesta teórica no será considerado?</p>

	<p>recursos latentes dentro del individuo, junto con un uso más funcional de estos. Todo esto respondiendo a la premisa central de que el ser humano cuenta con recursos propios de autocomprensión que se pueden direccionar en pro de la alteración de conceptos propios, actitudes básicas y una conducta autodirigida. En síntesis, son estas actitudes facilitadoras las que propician una relación de ayuda efectiva, y se distinguen en 3: la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática (Rogers, 1972).</p>	
--	---	--

Conceptos claves: Relación de ayuda, Profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, experiencia subjetiva, Psicología humanista.

Preguntas sociodemográficas

1. Nombre
2. Edad
3. Género
3. Ciudad
4. Profesión
5. Lugar de formación
6. Años de experiencia laboral
7. Años de experiencia laboral dentro de la UCI

8. Lugares de trabajo

9. Tipos de trabajos que ejerce dentro de la UCI

Preguntas de inicio

¿Qué le motivó a escoger la enfermería como su profesión?

¿Qué caracterizaría usted al profesional en enfermería?

¿Qué le gusta de su trabajo dentro de la UCI?

¿Qué considera que es lo más difícil de su trabajo dentro de la UCI?

¿Cuáles son los aspectos centrales involucrados en la atención a los pacientes?

¿Desde su profesión qué es una relación de ayuda al paciente?

OBJETIVO	PREGUNTAS:	PERTINENCIA		CLARIDAD DE		SUGERENCIAS / OBSERVACIONES
		FRENTE AL TEMA		LA PREGUNTA		
		SI	NO	SI	NO	
u	¿Qué emociones le genera su contexto de trabajo?	x			x	Revisar a qué se refieren por contexto. A la UCI, al contenido del trabajo en la UCI. La palabra contexto puede no ser tan clara
	¿Qué emociones surgen en usted cuando se encuentra brindando ayuda a los pacientes dentro la UCI?	x		x		Valida, seria importante revisar cómo entienden los participantes “brindar

						ayuda” y si es lo mismo que “atendiendo a los pacientes”
	¿Qué efectos emocionales se han generado en usted al brindar una relación de ayuda?	SI			NO	No es claro que es un “efecto emocional”
	¿Qué situaciones dentro de la relación de ayuda que brinda le generan gran carga emocional?	X			X	Lo mismo frente a relación de ayuda. Preguntar de forma más sencilla. ¿Puede que la carga emocional sea también por otros aspectos del trabajo, se valdría también?
	¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir tristeza?	x		x		
	¿Crees que las experiencias traumáticas de tus pacientes generan en ti carga emocional?	x		x		Habría que revisar a qué se refieren con experiencias traumáticas. ¿se está considerando que toda estadía en UCI es una experiencia traumática?
	¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir miedo?	x		x		Revisar qué es miedo para el participante
	¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir ira?	x		x		Igual con la ira

¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir alegría?	x		x		Igual.
¿Qué situaciones dentro de su profesión le hacen sentir placer?	x		x		Revisar si es placer o si es satisfacción
¿Cómo describiría su relación con sus pacientes?	x		x		
¿Qué siente cuando sus pacientes se recuperan?	x		x		
¿Cómo se siente cuando sus pacientes se agravan?	x		x		
¿Qué sucede en usted cuando sus pacientes no muestran mejoría pese al tratamiento?	x		x		
¿Comparte con alguien las emociones que experimenta al brindar la relación de ayuda?	x			x	Sigo con dudas frente a esta idea de la relación de ayuda y la atención a los pacientes, creo que ponerla en las preguntas puede confundir
¿Qué emociones ha manifestado a sus pacientes?	x			x	¿Emociones de quién? ¿Del profesional? ¿En qué contexto? Si lo que quieren preguntar es si el enfermero comparte sus emociones personales con los pacientes, cuáles y en qué momentos, pueden preguntarlo de forma más directa y clara

	¿Es fácil para usted reconocer lo que siente ante las situaciones que se le presentan dentro de la UCI?	x		x		Puede ser pregunta de si o no en la forma como esta formulada
	¿Qué emociones experimenta más comúnmente?	x		x		
	¿Realiza algunas acciones intencionales para cuidar de su salud emocional?	x		x		También puede ser si o no, es importante que profundicen en cuales son estas acciones.
	¿Cómo definiría el impacto emocional que su trabajo tiene en usted?	x		x		
	¿Sientes que tú también vives las emociones de tus pacientes?	x			x	No es clara
	¿Cuáles son las emociones que surgen más a menudo en sus pacientes?	x		x		
						Tienen preguntas interesantes, es importante que revisen el orden de las mismas para que tengan un hilo conductor y para que no parezca

						interrogatorio. Y porque saltan de un tema a otro
Describir las cogniciones construidas por los profesionales de enfermería alrededor de las experiencias vividas en el proceso de la relación de ayuda brindada al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.	¿Cuál es su objetivo al brindar una relación de ayuda a sus pacientes?	x			x	No entiendo. El objetivo es atender al paciente, no es claro lo que buscan con la pregunta
	¿Cómo se definiría usted como profesional?					Creo que puede ir en las preguntas iniciales
	¿Qué características tiene una persona que brinda una relación de ayuda?	x			x	Puede ser muy amplia.
	¿Cómo definiría usted el contexto de la UCI?	x		x		No la entiendo en esta categoría
	¿Qué le incentiva a usted a brindar relaciones de ayuda?	x			x	No es claro
	¿Qué influencia tiene la relación de ayuda dentro del proceso de recuperación del paciente?	x			x	Sigue siendo confuso. Es la relación de ayuda como tal, o la forma como se entiende esa relación de ayuda
	¿Qué elementos deben estar presentes para que una relación de ayuda sea óptima?	x		x		igual

¿Qué cree que le dificulta brindar una relación de ayuda?	x		x			En lo personal, en lo profesional, ¿en lo organizacional?
¿Cómo describiría usted la relación de ayuda que brinda?	x		x			
¿Qué cree que le facilita brindar una relación de ayuda?	x		x			
¿Qué entiende usted por empatía?	x		x			
¿Qué entiende usted por congruencia?	x		x			
¿Qué entiende usted por aceptación incondicional dentro de la relación de ayuda dentro de la UCI?	x		x			
¿Qué pensamientos vienen a su cabeza mientras brinda la relación de ayuda a sus pacientes?	x		x			Es importante que ustedes tengan en mente que muchos de los pacientes pueden estar bajo sedación o ventilación mecánica invasiva (intubados)
¿Cree que hay emociones que podrían interferir o facilitar el brindar la relación de ayuda?	x					
¿Hay alguna creencia en la que usted se apoye para brindar la relación de ayuda?	x					

	¿Qué ideas surgen en usted alrededor de la angustia que experimentan sus pacientes?	x		x		
	¿Qué se le viene a la mente cuando se habla de sufrimiento?	x		x		
	¿Qué tan capaz se siente usted de comprender lo que su paciente está experimentando?	x		x		
						<p>Como lo he plasmado, cuando ponen en todas las preguntas el brindar una relación de ayuda, creo que puede ser confuso. No se si al inicio de la entrevista van a llegar a acuerdos de cómo entender la relación de ayuda. ¿Incluye el cuidado físico y el apoyo emocional? ¿Tiene que ver con toda la disposición del enfermero jefe para los cuidados del paciente? ¿ Quieren separar lo que es el apoyo emocional de los cuidados físicos, o lo integran?</p>

						<p>Les sugiero tener consideración por las diferencias que se dan dependiendo el estado de conciencia y alerta del paciente</p> <p>¿Van a incluir algo de familia? ¿O será exclusivo la atención al paciente?</p> <p>Van a tener alguna consideración frente al contexto de pandemia? De los cambios, desafíos, exigencias de este tiempo?</p>
Distinguir las actitudes facilitadoras de las relación de ayuda Rogeriana en las acciones de cuidado que	¿Qué acciones de cuidado para su paciente genera dentro de la relación de ayuda?	x			x	No es claro. ¿A qué acciones de cuidado se refieren?
	¿Qué acciones considera que interfieren en la recuperación del paciente?	x			x	¿Acciones de quién? Del enfermero jefe?
	¿Ha realizado acciones más allá de lo estrictamente necesario para ayudar a sus pacientes?	x		x		Si o no, pregunten cuales.

los enfermeros brindan a los pacientes dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.	¿Ha realizado acciones para mejorar o amenizar la relación con sus pacientes?	x		x		
	¿Considera que alguna vez alguna de sus acciones ha impactado negativamente en sus pacientes?	x		x		Estar atentas para que no se quede en si o no
	¿Alguna vez te has restringido de realizar alguna acción con tus pacientes?	x			x	Estar atentas para que no se quede en si o no
	¿Qué acciones fortalecen su relación con sus pacientes?	x		x		Quedo con la duda, en qué diferencian las acciones de la relación de ayuda. Una acción puede estar en el marco de la relación de ayuda?
	¿Cómo sabe usted que las acciones de cuidado que realiza son beneficiosas para sus pacientes?	x		x		Hay acciones que no son de cuidado? Diferenciando con lo anterior?
	¿Qué acciones de cuidado aprendiste durante tu formación y que acciones aprendiste durante la práctica?	x		x		
	¿Qué hace cuando siente que sus cuidados no están beneficiando o aportando a la mejoría de su paciente?	x		x		
	¿Qué hace cuando nota que su paciente se encuentra afectado emocionalmente?	x		x		

¿Qué hace para que su paciente se sienta cómodo en la UCI mientras recibe el tratamiento?	x		x		
¿Qué acciones realiza usted para recordarle al paciente que es una persona?		x		x	No es claro. No estoy segura si el paciente necesita que se lo recuerden, están suponiendo que el paciente no lo sabe o lo olvida. O lo que quieren es, ver en qué acciones se reconozca la dignidad del paciente como persona?
¿Considera que es necesario realizar acciones para dignificar a sus pacientes?	x		x		
¿Qué tan frecuentemente sus pacientes le expresan sus preocupaciones y deseos?	x		x		Tener en cuenta contexto de UCI y estado de los pacientes
¿Qué acciones realiza usted que le permitan al paciente expresar sus emociones ante la enfermedad y el tratamiento?	x		x		
¿Realiza acciones de autocuidado? ¿Qué acciones?	x		x		Similar a pregunta en categoría 1
¿Realiza acciones para mejorar la comunicación con su paciente?	x		x		Puede ser si o no. Revisen comunicación cuando hay barreras en la misma
¿Cree que sus acciones son concordantes con lo que siente?		x		x	Con lo que siente quien?

Preguntas de cierre	¿Qué ha aprendido de trabajar con los pacientes en la unidad de cuidados intensivos?	x		x		
	¿Qué enseñanza podría transmitir a otros profesionales acerca de la experiencia de ayudar a pacientes en UCI?	x		x		
	¿Hay alguna reflexión que surja en usted después de esta entrevista?	x		x		
	¿Tiene alguna duda o algo que quisiera comentar?	x		x		

Comentarios finales al instrumento:

Chicas, tienen un tema interesante. En aspectos de forma, creo que tienen muchísimas preguntas, está muy muy largo. Revisen estilo de las preguntas, en unas hablan de tu, otras de ustedes, Algunas dan para respuestas de si o no. En la prueba piloto podrán ver duración de la misma. Imagino que las preguntas tienen otro orden a cómo están aquí, para que tengan un hilo conductor. Creo que hace falta que tengan el contexto de UCI, les he sugerido tener preguntas en donde puedan explorar diferencias en pacientes con ventilación mecánica o limitaciones en la comunicación. Les he preguntado si han considerado de alguna forma a las familias, porque en ninguna parte aparecen. También, creo que podrían tener en cuenta el contexto de pandemia. ¿Estas preguntas son antes de la pandemia o durante? Las dinámicas de las UCI's, el agotamiento del personal, lo que implican los elementos de protección personal y riesgo de contagio, han cambiado de forma significativa las dinámicas de estas unidades. Imagino que la tesis es UCI adultos.

Frente a pregunta y objetivos, no queda claro cómo van a entender “las experiencias subjetivas” y si para esto tendrán un objetivo y categoría. También, creo que, cuando enmarcan todo en “relación de ayuda” y después en “acciones de cuidado” no es claro cómo entienden cada una. Y puede ser confuso para el participante, e incluso para ustedes. Sugiero, que si bien quieren ver las condiciones de relación de ayuda desde Rogers,

puedan ampliar la perspectiva, porque puede que encuentren muchos aspectos adicionales, y tendrían que saber dónde van a dejar esa información, o si al final, todo se entenderá desde empatía, congruencia y aceptación incondicional. Éxitos en su investigación.

ANEXO 3. INSTRUMENTO VERSIÓN FINAL

TÍTULO DE LA TESIS	Experiencias Subjetivas de enfermeros profesionales: una mirada de la relación de ayuda brindada a pacientes adultos hospitalizados en UCI's en la ciudad de Cali.
ESTUDIANTES	Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Kamila Chaves Narváez, María Camila Granados Echeverri.

Objetivo general
Comprender las experiencias subjetivas de un grupo de enfermeros profesionales acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos de la ciudad de Cali-Colombia.
Objetivos específicos
Identificar las emociones que surgen en los auxiliares en medio del desarrollo de la relación de ayuda dentro del contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Describir las cogniciones construidas por los auxiliares de enfermería alrededor de las experiencias vividas en el proceso de la relación de ayuda brindada al paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Distinguir las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de cuidado que los enfermeros brindan a los pacientes dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Conceptos clave: Relación de ayuda, Profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, experiencia subjetiva, Psicología humanista.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Preguntas
<u>Características del enfermero</u>	1. Características Sociodemográficas 2. Características personales	<p><u>Subcategoría 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre 2. Edad 3. Género 3. Ciudad 4. Profesión 5. Lugar de formación 6. Entidad/es de trabajo 7. Años de experiencia laboral 8. Años de experiencia laboral dentro de la UCI 9. Tipos de trabajos que ejerce dentro de la UCI <p><i>Consideración:</i> debido a la situación generada por la pandemia de COVID-19, las siguientes preguntas serán encaminadas en 2 sentidos, el primero, correspondiente a las experiencias vividas previas a la pandemia, y el segundo, correspondiente a las experiencias vividas durante la pandemia.</p>

		<p><u>Subcategoría 2</u></p> <p>¿Dentro del ejercicio de tu profesión qué te llevó a escoger la UCI como tu lugar de trabajo?</p> <p>¿Cuáles son los aspectos centrales involucrados en la atención a los pacientes dentro de la UCI?</p>
<p><u>Cogniciones construidas en torno a la experiencia de brindar una relación de ayuda:</u></p> <p>Se definen como los pensamientos o ideas que están cargados de los significados con los cuales los enfermeros han dotado las experiencias vividas al brindar la relación de ayuda, los cuales les permiten construir conocimiento sobre el mundo y apropiarse de su realidad y que surgen del involucramiento de los procesos cognitivos básicos y superiores con la influencia de ciertas condiciones socio-</p>	<p><u>1. Ideas del enfermero sobre el paciente:</u> Son los pensamientos o razonamientos que producen los seres humanos, aquellos que sostienen sobre un tema, independientemente del grado de verdad objetiva que este representa. Son el resultado de una actividad intelectual (Diez, 2017) en este caso, relacionada con los pacientes que el profesional en enfermería atiende en la UCI, que está vinculada con la subjetividad de la persona y cómo el mundo se alza ante su mirada (Husserl, 1962).</p> <p><u>2. Ideas asociadas a la UCI:</u> Se definen como las ideas que expresa la persona que denotan los significados que este ha</p>	<p><u>Subcategoría 1</u></p> <p>Cuéntame, ¿Quién es para ti el paciente que está en la UCI bajo tu cuidado?</p> <p>Referente a su comportamiento¿Qué tipo de pacientes te has encontrado dentro de la UCI?</p> <hr/> <p><u>Subcategoría 2</u></p> <p>¿Cómo ha sido para ti la experiencia de trabajar dentro de una UCI antes de la pandemia?</p> <p>¿Para ti, cuáles son los retos de brindar ayuda dentro de la UCI?</p>

<p>históricas y culturales al momento de brindar la relación de ayuda (Vygotsky, 2009; González y León, 2013).</p>	<p>construido cognitivamente (Vygotsky, 2009) En esta caso, sobre las distintas experiencias que ha vivido el enfermero dentro de la UCI.</p> <p><u>3. Ideas del enfermero sobre la profesión y otros profesionales:</u></p> <p>Son aquellas ideas que giran en torno a la imagen que el enfermero tiene sobre sí mismo y sobre otros enfermeros, las cuales han sido construidas cognitivamente (Vygotsky, 2009)</p>	<p><u>Subcategoría 3</u></p> <p>¿Qué significa para ti ser un auxiliar de enfermería?</p>
<p><u>Emociones que surgen en el profesional al brindar ayuda al paciente dentro de la UCI:</u></p> <p>Se definen como las reacciones instantáneas e intensas que se dan con la intención de responder ante ciertos estímulos en donde las mismas cuentan con un carácter adaptativo con la intencionalidad de preservar la vida</p>	<p><u>1.Emociones y sentimientos del enfermero al brindar ayuda al paciente:</u></p> <p>Son las reacciones que presenta el enfermero frente los estímulos que genera el paciente. Estas emociones se orientan en función a establecer relaciones sociales y a su vez ayudan al enfermero a interactuar con el otro (Ocaña, 2009). Como consecuencia de las emociones, surgen sentimientos que</p>	<p><u>Subcategoría 1</u></p> <p>¿Qué emociones te surgen ante los distintos casos de los pacientes que atiendes dentro de la UCI?</p> <p>¿Qué experiencias han generado que una emoción te acompañe más tiempo de lo que es usual en ti?</p> <p>¿Alguna vez has estado tan afectado emocionalmente que te has sentido incapaz de brindar ayuda a tus pacientes?</p> <p>¿Cuáles situaciones dentro de la atención de tus pacientes te generan dolor, temor o preocupación?</p>

<p>humana. A su vez, las emociones están orientadas para ayudarnos a tomar decisiones y establecer relaciones sociales con otros individuos. Las principales emociones son la ira, el miedo, la alegría y el placer, las cuales fisiológicamente son el resultado de intensas secreciones de endorfinas en ciertas áreas del cerebro, las emociones en este caso tendrán que ver con la relación de ayuda y el contexto de la UCI (Ocaña, 2009).</p>	<p>corresponden a lo que le afecta o interesa al enfermero como individuo, y perduran más en el tiempo que las emociones (Ocaña, 2009).</p> <p>2. <u>Emociones que surgen de las características del contexto de trabajo de la UCI:</u> Son las emociones que cuentan con un carácter primordialmente adaptativo respecto al ambiente que permea al enfermero. Estas emociones le permiten comprender el mundo que lo rodea y otorgan un significado a aquello que se vivencia (Ocaña, 2009).</p> <p>3. <u>Manejo emocional:</u> Refiere a la forma en la que el enfermero gestiona sus emociones, lo cual está relacionado con la capacidad para distinguir con cierto nivel de precisión sus estados emocionales internos unos de otros (Silva, 2005). Así mismo, según Silva (2005) el manejo emocional está relacionado con las estrategias que las</p>	<p>¿Cómo te sientes cuando un paciente o acompañante es hostil, demandante o exigente contigo?</p> <hr/> <p><u>Subcategoría 2</u></p> <p>¿Qué emociones has llegado a vivir trabajando dentro de la UCI?</p> <hr/> <p><u>Subcategoría 3</u></p> <p>¿Qué haces con esas emociones que se generan en ti?</p> <p>¿Compartes con alguien las emociones que experimentas al brindar ayuda?</p>
--	---	---

	<p>personas utilizan para regularse emocionalmente. Esta regulación emocional serían según Gross (1999) todos aquellos procesos mediante los cuales la persona influye sobre sus emociones, sobre cuando las tiene, como las experimenta y cómo las expresa.</p>	
<p><u>Expresiones de las actitudes facilitadoras de la relación de ayuda Rogeriana en las acciones de los enfermeros al brindar ayuda:</u> Son aquellas actitudes de quién brinda la relación de ayuda que intentan promover en el otro su desarrollo, maduración y la posibilidad de que la persona vivencie la vida de manera más adecuada la experiencia que transita. Estas a su vez fomentan el surgimiento de recursos latentes dentro del individuo, junto con</p>	<p><u>1. Ideas del enfermero acerca de la relación de ayuda:</u> Se definen como las ideas que expresa el enfermero que denotan los significados que este ha construido sobre la relación de ayuda. Se derivan del carácter constructivo de la cognición, característica que resalta Vygotsky (2009) y surgen de lo que vive dentro de la relación a través de los procesos cognitivos como el pensamiento (Vygotsky, 2009).</p>	<p><u>Subcategoría 1</u> ¿Cómo ha sido para ti la vivencia de brindar ayuda a pacientes críticos? ¿En tu experiencia, qué aspectos de la relación enfermero paciente son lo que más favorecen la sanación de este?</p> <p><u>Subcategoría 2</u> Cuéntame, ¿Cómo describirías tu relación con tus pacientes y qué consideras indispensable para brindarles ayuda? ¿Te permites experimentar actitudes positivas hacia tus pacientes? Actitudes como calidez, agrado, interés, respeto, cuidado.</p>

<p>un uso más funcional de estos. Todo esto respondiendo a la premisa central de que el ser humano cuenta con recursos propios de autocomprensión que se pueden direccionar en pro de la alteración de conceptos propios, actitudes básicas y una conducta autodirigida. En síntesis, son estas actitudes facilitadoras las que propician una relación de ayuda efectiva, y se distinguen en 3: la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática (Rogers, 1972).</p>	<p>2. Congruencia: denota el equilibrio entre la experiencia, la comunicación y la consciencia, la importancia de reconocer y aceptar los propios sentimientos. En otras palabras, es la coherencia entre lo que la persona siente, dice y hace (Rogers, 1956).</p> <p>3. Consideración positiva incondicional: la capacidad de aceptar y valorar a la persona tal y como es, sin condiciones, siendo cálido y genuino. (Rogers, 1956)</p> <p>4. Empatía: es la capacidad de comprender de manera precisa la vida emocional y el mundo del paciente en toda su complejidad, reconociendo los sentimientos, emociones y significados, dejando de lado los prejuicios (Rogers, 1956).</p>	<p>¿Cuéntame, en qué situaciones sientes temor de brindar actitudes cálidas o afectuosas a tus pacientes?</p> <p>¿Qué barreras te has encontrado para comunicarte con tus pacientes?</p> <p>Subcategoría 3</p> <p>¿Ha habido algún paciente con el que sientas que se te ha dificultado relacionarte?</p> <p>¿Cómo te sientes cuando brindas ayuda a pacientes con los que puede ser difícil entablar una relación?</p> <p>Subcategoría 4</p> <p>¿Has llegado al nivel de confianza en que tus pacientes te comenten cosas profundas de sí mismos?</p> <p>¿Con qué tipo de situaciones o casos sientes que te conectas más fácilmente con tus pacientes?</p>
<p>Preguntas de cierre</p>	<p>¿Qué has aprendido de trabajar con los pacientes en la unidad de cuidados intensivos?</p>	

	<p>¿Qué enseñanza podrías transmitir a otros profesionales acerca de la experiencia de ayudar a pacientes en UCI?</p> <p>¿Hay alguna reflexión que surja en ti después de esta entrevista?</p> <p>¿Tienes alguna duda o algo que quieras comentarnos?</p>
--	---

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante

Desde la asignatura Trabajo de Grado I, a cargo de la docente María Teresa Cuervo Cuesta, las estudiantes Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Kamila Chaves y María Camila Granados Echeverri, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación titulada: **“EXPERIENCIAS SUBJETIVAS DE ENFERMEROS PROFESIONALES: UNA MIRADA DE LA RELACIÓN DE AYUDA BRINDADA A PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UCI’S EN LA CIUDAD DE CALI”**, con la pretensión de visibilizar la experiencia subjetiva del profesional en enfermería acerca de la relación de ayuda en contextos hospitalarios críticos, y el efecto de las dinámicas hospitalarias en la relación, para nutrir el campo de conocimiento de la Psicología de la salud y la Enfermería, así como las intervenciones destinadas a formar al profesional para que se pueda garantizar una cultura de cuidado de la salud que no involucre solamente las necesidades del paciente, sino que comprenda también la situación del personal que brinda el cuidado. Para ello, se ha planteado el objetivo de comprender las experiencias subjetivas de un grupo de enfermeros profesionales acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes adultos en una Unidad de Cuidados Intensivos de la ciudad de Cali-Colombia.

Se le invita a participar en la investigación, en la cual se le realizará una entrevista que tendrá una duración de máximo 1 hora y media, mediante una plataforma virtual como ZOOM, las cuales permiten conexión de video y audio. Lo anterior, debido a la coyuntura generada por la pandemia de COVID-19.

Los beneficios que usted puede obtener por su participación son: poder tener un acercamiento al reconocimiento de las vivencias que los profesionales en enfermería tienen al brindar una relación de ayuda a pacientes críticos dentro de las UCI’s, las cuales serán compartidas de manera **ANÓNIMA** cuando los resultados de esta investigación sean difundidos con sus participantes y la comunidad científica. Así mismo, usted podrá tener el espacio para comunicar sus vivencias como profesional de enfermería dentro la UCI, las cuales son valiosísimas para que disciplinas como la Psicología en el campo de la salud puedan construir conocimiento y aportar a las acciones que distintas entidades gubernamentales y privadas emprenden para capacitar y acompañar a los profesionales el campo de la salud de acuerdo con las legislaciones vigentes en Colombia. Es importante recalcar que su participación en esta investigación no generará beneficios económicos para usted, así como tampoco le supondrá gastos de esta misma índole.

Las posibles consecuencias negativas que esta investigación podría tener para usted solo están relacionadas con las limitaciones que genera la telecomunicación. Esta misma genera una falta de presencialidad, y en caso de que haya una movilización significativa de su parte emocionalmente existiría la dificultad generada por la distancia física, así como las limitaciones para realizar actividades interactivas. Sin embargo, la telecomunicación es una medida de bioseguridad destinada para cuidar su salud y la nuestra ante la pandemia generada por el COVID-19.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un **CÓDIGO/PSEUDÓNIMO** para identificarlo.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que nos informe las sus razones.
- En el transcurso del estudio nosotros podremos retirarnos en cualquier momento, y le explicaremos nuestras razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la **Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006**, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la **Resolución No. 008430 de 1993** que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para realizar una entrevista semiestructurada.

Yo, _____, identificado con CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma **AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO** la participación en esta investigación. Se firma a los días ____ del mes _____ del año 20____.

FIRMA PARTICIPANTE

Nombre: _____

CC: _____

Teléfono: _____

TESTIGO 1

Firma _____

Nombre: _____

CC: _____

TESTIGO 2

Firma _____

Nombre: _____

CC:

Firma del estudiante

Sofia Alejandra Chaves Narváz

CC: 1.004.577.680

Sofiach@javerianacali.edu.co

TEL: 3176986598

Firma del estudiante

Lizeth Camila Bermúdez Sánchez

CC: 1.094.978.497

Lizethbs@javerianacali.edu.co

TEL: 3173760236

Firma del estudiante

Maria Camila Granados Echeverri

CC: 1.144.086.709

Maria.camila3101@javerianacali.edu.co

TEL: 3163153241

Firma del docente encargado/a

Nathalia Herrera Correa

CC: 1.113.618.985

Directora de trabajo de grado

Natalia.herrera.correa@hotmail.com

Oficina: Carrera 41 #5b-28/Barrio Tequendama

TEL: 3104221600

ANEXO 5. MODELO CARTA SOLICITUD JUEZAS

Santiago de Cali, mayo de 2021

Estimada (Docente)

Psicóloga

Cordial saludo,

Mediante la presente, las estudiantes de Psicología Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Camila Chaves Narváez y María Camila Granados Echeverri de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, quienes estamos realizando nuestro trabajo de grado orientadas por la dirección de la profesora Natalia Herrera Correa, nos dirigimos a usted, conscientes de su conocimiento y experiencia dentro del enfoque humanista de la Psicología y en el campo de la psicología de la salud, para solicitarle que nos brinde su participación como juez de instrumento en la investigación que estamos realizando como ejercicio académico.

Nuestro trabajo de grado se titula *Experiencias subjetivas de un grupo de profesionales en enfermería acerca de la relación de ayuda brindada a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos de Cali-Colombia*, y es una investigación de metodología cualitativa con un diseño fenomenológico. Esta investigación surge con la motivación de potenciar la visibilización de la experiencia subjetiva del profesional en enfermería acerca de la relación de ayuda que brinda en contextos hospitalarios críticos y el efecto de las dinámicas hospitalarias en la relación para nutrir las intervenciones destinadas a formar al profesional y que se pueda garantizar una cultura de cuidado de la salud que no involucre solamente las necesidades del paciente, sino que comprenda también la situación del personal que brinda el cuidado. De la misma forma, surge con la iniciativa de empezar a construir conocimiento en esta área de la psicología de la salud.

El instrumento que se ha planteado de acuerdo con la metodología y el diseño de investigación articulados es una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas, fundamentada en las categorías de análisis construidas para la investigación. De acuerdo con la evolución de las condiciones sanitarias de la ciudad de Cali y con las disponibilidades de los profesionales ante la contingencia generada por la pandemia de COVID-19, se definirá si la entrevista será de carácter presencial o virtual.

Agradecemos con anterioridad la atención brindada y quedamos atentas a su respuesta.

Afectuosamente,

sus estudiantes Lizeth Camila Bermúdez, Sofía Chaves y María Camila Granados.

Nathalia Herrera Correa

Directora de trabajo de grado

ANEXO 6: MATRIZ DE CAMBIOS

MATRIZ CAMBIOS TRABAJO DE GRADO	
Nombre de los estudiantes: Lizeth Camila Bermúdez Sánchez, Sofía Alejandra Chaves Narváez y María Camila Granados Echeverri.	
título del trabajo: la relación de ayuda enfermero-paciente: una mirada a la experiencia subjetiva de los enfermeros de unidades de cuidados intensivos adultos en Cali.	
Nombre del jurado que solicita la corrección: Nathalie Olano Duque	
Corrección solicitada	Corrección realizada (Indicar el número de la página)
Así como la lista de tablas, debe ir la lista de anexos, con el nombre de cada anexo	Página de la lista de tablas.
<p>Es importante que revisen el orden de la introducción.</p> <p>Después de la revisión de estadísticas, van todos los antecedentes. Los antecedentes son el recuento de las investigaciones que ustedes revisaron para este tema, que se presentan desde lo internacional, nacional y local. Deben dar cuenta del lugar del estudio, los objetivos, la metodología y los resultados.</p> <p>De manera explícita, solo identifiqué 7 investigaciones, lo cual no es suficiente para poder plantear una investigación.</p> <p>En caso de que tengan más investigaciones, deben quedar de forma explícita con todo lo que les refiero de lugar, objetivos, metodología, etc.</p>	Se reorganizó la introducción basadas en las recomendaciones.

<p>Junto a los antecedentes, tienen varios párrafos que parecen mas marco teórico. Se los dejo resaltados con fondo azul. Sugiero que lo puedan reubicar, y dejar el recuento de investigaciones solos.</p> <p>Ese recuento de investigaciones permitirá identificar con mayor claridad LAS BRECHAS DE LA INVESTIGACIÓN. Además, los ASPECTOS METODOLÓGICOS empleados en los estudios revisados y desde ahí, justificar su metodología</p> <p>En enfermería y UCI se encuentran muchísimos estudios que pueden nutrir esta tesis</p>	
<p>Es importante que el primer párrafo se introduzca de forma más clara el tema de investigación</p>	<p>Página 1. En letra azul, primer párrafo.</p>
<p>Paciente en una unidad de cuidados intensivos</p>	<p>Página 2. Se toma la sugerencia sin embargo se elimina el párrafo puesto que es redundante.</p>
<p>¿Quién ha identificado estas problemáticas? ¿Cuáles son sus fuentes?</p>	<p>Página 2</p>
<p>Aquí vale la pena pensar si esto se debe a que hay pocos profesionales, o al sistema de salud y la asignación de personal de enfermería por ptes. ¿Es decir, tenemos pocos enfermeros en Colombia? O es la forma como se ha diseñado los esquemas de turnos y asignaciones en UCI's. En el caso de UCI, es también importante revisar la formación que requiere el personal de enfermería para poder trabajar en UCI</p>	<p>Página 4</p>
<p>Esto es una investigación? Si es así, deben dar cuenta de la investigación.</p>	<p>Página 9 En letra azul.</p>

<p>No está en referencias, metodología?</p>	<p>Página 9 En letra azul.</p>
<p>Todo esto azul va en marco.</p> <p>Si es de investigaciones, debe quedar explicito todo lo referente a la investigación.</p>	<p>Se transfirió la información al marco teórico.</p>
<p>Frente a aspectos de estadísticas, pueden ampliar su búsqueda.</p> <p>¿Por ejemplo, cuantas UCI's hay en Colombia?</p> <p>¿Cuántos enfermeros trabajan en UCI por paciente?</p> <p>Cuantos de ellos son profesionales y cuantos auxiliares.</p> <p>Dan datos de enfermería a nivel general, pero su tema es específicamente de UCI</p>	<p>Página 2, 18 y 19 en letra azul.</p>
<p>Esto no se logra entender en la forma como ustedes san planteado previamente sus antecedentes</p>	<p>Se reescribió el apartado de brecha de conocimiento. Pág. 11 en letra azul.</p>
<p>Esto aquí, tiene demasiados conceptos que son confusos en la forma como se presentan.</p> <p>No es fácil como lector seguir la línea de lo que ustedes quieren decir.</p> <p>¿Se van a centrar en Gestalt o en el Enfoque centrado en la persona?</p> <p>Sugiero que no es necesario que amplíen tanto lo sociohistórico.</p> <p>LES SUGIERO ESTE ORDEN</p> <p>1. cuidado intensivo.</p>	<p>Se reorganizó la presentación de los conceptos, se encuentran en la Página 14 en letra azul.</p>

<p>2. enfermería</p> <p>3. enfermería en cuidado intensivo (ES IMPORTANTE DIFERENCIAR QUE SUCEDE CON EL ENFERMERO EN ESTA AREA DEL HOSPITAL)</p> <p>4. relación de ayuda</p> <p>5. otros conceptos: cognición, emoción, experiencia</p> <p>Aquí en marco, si pueden colocar algunos subtítulos, (son negrilla y en itálica) para ayudar a organizar un poco la información</p>	
<p>Esto es de Colombia?</p>	<p>Se revisó la fuente de información y se constató que no es de Colombia, por lo cual la información se eliminó y reemplazó por información validada para Colombia. En letra azul, desde la página 19</p>
<p>Esto no siempre se da así. No generalicen.</p> <p>Sugiero que revisen documentos de Colombia., puede ser de la AMCI</p> <p>Asociación de medicina crítica y cuidado intensivo</p>	<p>Se reemplazó por información validada para Colombia. En letra azul, desde la página 19</p>
<p>Estos subtítulos no van.</p> <p>En la pregunta hablan de experiencia subjetiva, y aquí hablan de experiencia vivida.</p>	<p>se eliminaron los subtítulos dentro de la introducción y se precisó el término de experiencia subjetiva. De la misma manera se reescribieron los alcances de la investigación, pág. 12</p>

<p>¿Son diferentes? Es importante que empleen los mismos términos</p> <p>Es importante que revisen si estos alcances que ponen aquí como justificación, va de la mano de los objetivos que se han planteado.</p>	
<p>No veo tan pertinente.</p> <p>Revisen esto de dónde es y si es viable que lo generalicen a todas las UCI's de Cali</p>	<p>Se eliminó por falta de pertinencia para el caso.</p>
<p>En Colombia hay educación continua para enfermería en UCI</p> <p>También hay especializaciones</p> <p>Revisar</p>	<p>Se revisó y agregó información sobre la educación continua de la enfermería en Colombia, página 20 en letra azul.</p>
<p>Esto lo pueden sintetizar. No necesitamos todo el contexto histórico para esta tesis</p>	<p>Sintetizado en fuente azul en la página 15</p>
<p>Sintetizar</p>	<p>Sintetizado en la página 16</p>
<p>Esta relación que empiezan a establecer es muy confusa.</p> <p>Sugiero que expliquen primero todo lo de humanismo, y después si hacen la relación</p>	<p>Se eliminó el fragmento y se incluyó en fuente azul al final del apartado visión de ser humano del humanismo. Pág. 18</p>
<p>¿Esto lo van a tener en cuenta?</p> <p>No está en su primera parte de introducción, ni en el instrumento</p>	<p>Se agregaron estadísticas sobre el impacto del covid-19 en la práctica de la enfermería en UCI, así como una precisión en el instrumento.</p> <p>Pág.1 en adelante.</p>
<p>Esto no aplica aquí.</p> <p>Están en marco teórico</p>	<p>Se eliminó.</p>
<p>No aplica aquí</p>	<p>Se eliminó.</p>
<p>Introducen otro concepto</p> <p>Ojo, valioso que quieran tener tantas cosas, pero aquí, me pierdo.</p>	<p>Se sintetizó y vinculó con la definición de experiencias</p>

Ya está en cuanto a método, aquí puede ser confuso	subjetivas, en la página 14 en letra azul.
Esto es de ustedes o es de Rogers? Cuidado, en discusión tendrán el espacio para sus reflexiones,. Aquí no me queda claro	Se eliminó porque no era pertinente conservar la expresión.
Pueden pasarlo a antecedentes, ajustando redacción para que quede claro lo metodológico del estudio	Se subió a los antecedentes y modificó, en letra azul página 8
Revisar redacción	Se organizó la redacción.
Cómo van a entender el constructo “experiencia”?. ¿qué sería una experiencia subjetiva? Si está en el título de su trabajo, es fundamental que la puedan definir,	Se desarrolló teóricamente el concepto al principio del marco teórico. Pág. 13 en letra azul.
Qué los lleva elegir que sean 10?	Se desarrollo la respuesta a la cuestión en el apartado de participantes, pág. 31
Tienen rangos diferentes	Se corrigió pág. 31
Incoherente	Se eliminó.
¿Esto lo van a preguntar antes de la entrevista de forma explícita?	Se acuerda que se preguntará de forma explícita.
En la forma como lo escriben, declaran que el diagnóstico de algún “trastorno mental”, impide reconocer la realidad. ¿En trastorno mental que entra? Los estudios que se han realizado el último año evidencian la incidencia de ansiedad y depresión en el personal de cuidado intensivo por el contexto de la pandemia. Aunque no todos tengan un diagnóstico, esto les dejaría a muchas personas por fuera del estudio.	Se estudió y eliminó el criterio, se creó uno más específico, en letra azul. pág. 31-32

Si el diagnostico no ha impedido el trabajo en UCI, justificar porque si pudiera impedir desarrollar la entrevista. Sugiero revisar este criterio de inclusión	
No es necesario aquí	Se eliminó columna de la tabla.
Esta tabla no es clara , parece que tienen corrida la información	Se reordenó la información, pág. 32-34
Sugiero revisar redacción EN ANEXOS, NO ES CLARA LA VERSIÓN FINAL DE LA ENTREVISTA. Qué cambios hicieron después de las sugerencias de los jueces?	Se cambió el título del anexo 3. para dejar en claro cuál es la versión final de la entrevista pág. 78
Qué se puede ajustar?	Se mejoró redacción del instrumento, en letra azul en el apartado del instrumento. Pág. 34
Cómo hicieron esta entrevista, se llevó a cabo validación por jueces? Hay prueba piloto? Que cambios hicieron después? TODO ESTO DEBE QUEDAR AQUÍ RELATADO Como se planean las entrevistas?	se redactó y corrigió pág. 34-36 en letra azul.
Organizar mejor de forma que se diferencia cada una de las fases. Harán devolución de resultados antes de entrega de informe final? O será posterior?	Se organizaron las distintas fases y se redactó un apartado textual en el que se explica cómo se realizará la difusión de resultados. Pág. 35 en letra negra y azul.
Cómo harán esto? Cómo van a llegar a los enfermeros profesionales?	Se redactó de manera descriptiva el proceso mediante el cual se llegará a la muestra poblacional, en el apartado de procedimiento - pág. 35-36

<p>Aunque no está explícito en el documento curricular de trabajos de grado, les sugiero incluir un apartado de validez, cómo se considera la validez en la investigación cualitativa</p>	<p>Se redactó un apartado titulado validez para dar cumplimiento a la sugerencia - pág. 36-37</p>
<p>De dónde es el capítulo VII? Deben precisarlo con normas APA</p>	<p>se precisó el origen del capítulo. Pág. 37</p>
<p>En las primeras páginas encuentro muchas referencias que no están en este listado. Deje de revisar Por favor, revisen que todo corresponda. Es importante que, con guía de APA en mano, revisen de nuevo estas referencias. Veo muchos libros, y quedo con la inquietud si han tomado material de todo el libro para este trabajo. Si es solo un concepto o una “frase”. Referencien solo el capítulo de donde han tomado ese concepto. Hay referencias repetidas y otras incompletas</p>	<p>Se revisaron las referencias con Apa. pág. 39-48</p>
<p>Que sucede si hay alguna crisis en el desarrollo de las entrevistas? Cómo lo van a manejar?</p>	<p>Se redactó un apartado en el que se especifican las acciones que se realizarán en caso de que algún participante presente desbordamiento emocional durante el desarrollo de la entrevista (color azul). pág. 38</p>
<p>Estos subtítulos no van. En la pregunta hablan de experiencia subjetiva, y aquí hablan de experiencia vivida. ¿Son diferentes? Es importante que empleen los mismos términos Es importante que revisen si estos alcances que ponen aquí como justificación, va de la mano de los objetivos que se han planteado.</p>	<p>Se redactó y se corrigió la redacción, página 13</p>

<p>En este apartado de método, deben referir a los anexos que soportan lo que van narrando.</p> <p>Dar cuenta del CI, de las versiones de la entrevista, etc</p>	<p>Se realizaron correcciones páginas 30-38</p>
<p>Nombre del jurado que solicita la corrección: Juan Pablo Niño</p>	
<p>Corrección solicitada</p>	<p>Corrección realizada (Indicar el número de la página).</p>
<p>Esto es diferente a lo que han escrito después.</p>	<p>Se cambió el título del trabajo según la sugerencia. Portada y contraportada.</p>
<p>Experiencias subjetivas pueden ser muchas cosas, mi sugerencia es que puedan repensar esto que ustedes están buscando, de manera que al leerlo nos remita a un tipo de experiencia o conjunto de experiencias relacionadas a esta población. a manera de ejemplo se me ocurre algo así: “un abordaje psicológico de la relación (o el vínculo) entre enfermeros profesionales y pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos adultos de la ciudad de Cali. Es una idea, ustedes deciden si les parece.</p>	<p>Se cambió el título del trabajo tomando en cuenta la sugerencia. Portada y contraportada.</p>
<p>Como pueden darse cuenta arriba escribieron a la relación, y aquí dice de la relación. Revisar por favor.</p>	<p>Se cambió el título del trabajo según la sugerencia. Portada y contraportada.</p>
<p>Lean esto en voz alta y fíjense si hay que hacer modificación de lo que están planteando.</p>	<p>Se cambió el título del trabajo según la sugerencia. Portada y contraportada.</p>
<p>Experiencias subjetivas pueden ser muchas cosas, mi sugerencia es que puedan repensar esto que ustedes están buscando, de manera que al leerlo nos remita a un tipo de experiencia o conjunto de</p>	<p>Se tomó en cuenta la sugerencia y repensó el título, así como se definió en el marco teórico la “experiencia subjetiva”. Pág. 13</p>

<p>experiencias relacionadas a esta población. a manera de ejemplo se me ocurre algo así:</p> <p>“un abordaje psicológico de la relación (o el vínculo) entre enfermeros profesionales y pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos adultos de la ciudad de Cali.</p> <p>Es una idea, ustedes deciden si les parece.</p>	
<p>Chicas. Me parece que, para ser una tesis o un proyecto de investigación no está definido o mencionado en esta tabla de contenido.</p> <p>No aparece:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Resumen y abstract -justificación. -planteamiento del problema -objetivos generales <p>Objetivos específicos-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Marco teórico -conclusiones (aun no deben estar) -observaciones. <p>Algo de esto está en el desarrollo del texto, pero es necesario que pueda estar claramente definido en la tabla.</p> <p>Debe revisar este punto.</p>	<p>Se agregaron los apartados sugeridos en la tabla de contenido del documento. Se realizó un resumen junto con conceptos clave, pág. 6 (antes de la introducción).</p>

<p>En principio puedo decirles que una introducción de 15 páginas me parece un exceso, una introducción consiste en mencionar de manera BREVE PERO PRECISA el tema de investigación a desarrollar como también la relevancia de la misma. La extensión máxima son 250 palabras.</p> <p>si lo leen con detenimiento pueden darse cuenta que hay muchas partes que pueden ir en la justificación o el marco teórico, sugiero que revisen bien el texto y sinteticen tanto como puedan.</p>	<p>Se reubicaron los apartados que era preciso mover a justificación o marco teórico. Se sintetizó la información previa para una introducción de 11 páginas.</p>
<p>Yo revisaría este concepto de estigma, pues no tiene que ver con ello, piénselo. Yo revisaría este concepto de estigma, pues no tiene que ver con ello, piénselo.</p>	<p>Se eliminó el apartado.</p>
<p>Deben colocar esta afirmación en cita bibliográfica, ya que se trata de una postura de un autor</p>	<p>Se corrigió la cita, pág. 24</p>
<p>Esto es para pensarlo, por qué ¿qué ocurre con los pacientes que están bajo sedación y no pueden hablar? Entonces, no será la familia la que ejerce esa necesidad de conocimiento y participación al que ustedes se refieren en este párrafo?</p>	<p>Debido a que la investigación está enfocada en la relación diádica enfermera-paciente, la cuestión se abordó desde esta perspectiva, dándole cabida a través de una investigación integrada en los antecedentes. Pág. 9</p>
<p>Cuando utilicen la expresión por otro lado, debe anteceder una idea, ejemplo: por un lado..... por el otro lado de lo contrario no queda claro qué es lo que han dicho antes.</p>	<p>Se corrigieron todos los apartados en los que aparecían expresiones de esta índole.</p>
<p>valdría la pena preguntarse sobre estas fantasías de los pacientes en relación a la UCI; y por qué no también a los profesionales que la habitan, ellos</p>	<p>Se integraron investigaciones que dan cuenta de cómo están experimentando los profesionales la</p>

también piensa que es un lugar atemorizante, inseguro e indeseable..?? de serlo, podría ayudar a comprender el agotamiento psíquico producto de su trabajo no creen?)	UCI actualmente. Pág. 3 de la introducción en adelante.
Organizar este párrafo, entiendo que es el saber técnico y el humano, pero como está escrito no está bien definido, revisar cohesión.	Se reescribió el párrafo pág. 22
Este párrafo podría sobrar, ya que está mencionado al inicio del documento. Revísenlo.	Se eliminó el apartado.
Y cuál es el segundo y en qué consiste?	Se completó la expresión, pág. 22
Este punto es para pensarlo, no pierdan de vista que el paciente en una UCI, es un paciente que está ahí por una enfermedad o situación de salud física muy grave, no emocional, por lo tanto, esperar o exigir que pueda estar mejor, en lugar de ayudarlo le puede causar ansiedad y angustia, de la misma manera para los profesionales de la salud que interactúan con el paciente, estoy de acuerdo con que acompañan su proceso de recuperación o de fin de vida, pero no que puede guiar en un proceso de sanación, ya que no es una situación subjetiva como sí puede darse en un contexto hospitalario de salud mental. Pienso que esto vale la pena que ustedes lo reflexionen.	Se reflexionó al respecto, sin embargo, se establece por consenso que el apartado es clave para comprender la visión humanista del ser humano.
De estrés, de ansiedad, de depresión??	Se explicó a profundidad la investigación, retomando las cifras que hacían falta. Pág. 2 de la introducción.

<p>Para darle más actualidad, yo agregaría que incluyen un módulo respiratorio para los pacientes con Covid 19.</p>	<p>Se agregó la información, pág. 21 de la introducción.</p>
<p>Nuevamente, para decir por otra parte, hay que hablar con antelación, ej... por una parte, el profesional puede no tener empatía por el paciente, por otra parte, para mucha gente puede resultar hasta cierto paradójico.....</p>	<p>Se corrigieron todas las expresiones a lo largo del texto.</p>
<p>Se presenta como una herramienta? o se propone como un recurso que permita la atención del paciente más intergal?</p>	<p>Se eliminó el apartado.</p>
<p>Esto no es cierto, en psicoanálisis se habla de una predisposición biológica pero no es un determinismo biológico que no es lo mismo, el psicoanálisis se sostiene en la comprensión y reconocimiento de proceso anímicos inconscientes, lo que se podría mencionar como oscuro para ese momento es lo que plantea Freud con relación a lo instintivo y lo pulsional, lo que queda como oscuro es desconocer el papel que juega la sexualidad humana en la vida anímica de las personas.</p> <p>Si van a hacer esta clase de afirmaciones les sugiero que estén bien sustentadas porque esto que ustedes dicen aquí no es cierto.</p>	<p>Se eliminó la expresión después de confirmar que si bien eran palabras de la fuente teórica, no hay lugar para tales afirmaciones en el apartado debido a que su sustento era laxo.</p>

<p>Por lo tanto, les sugiero que verifiquen su fuente teórica o por el contrario se rectifiquen porque teóricamente esto no está bien ojo!.</p>	
<p>La imagen se constituye en el sujeto por él mismo o es construida a partir de la relación con otro?</p>	<p>Se precisó el concepto, pág. 16</p>
<p>Por ejemplo, esto que ustedes dicen aquí en el párrafo tiene que ver con el psicoanálisis y más específicamente con la pulsión sexual, por lo tanto, pensar que no puede haber una relación o que es nuevo, por lo menos desde una discusión teórica vale la pena repensarlo.</p>	<p>Se eliminó el apartado.</p>
<p>De qué realidad de está hablado, de la realidad externa o la realidad psíquica? Esto es importante precisarlo porque si están hablado sobre experiencias subjetivas lo que se prima es la realidad psíquica que tiene que ver con la subjetividad, esto debe revisarlo y precisarlo.</p>	<p>Se precisó el concepto, pág. 13</p>
<p>De donde sacan esta afirmación.?</p>	<p>Se eliminó la afirmación.</p>

<p>Lean el párrafo y miren la redacción.</p>	<p>Se eliminó el apartado por falta de pertinencia a la luz de otros cambios realizados.</p>
<p>Cuando hablan de desordenada respuesta institucional ante la pandemia a qué institución u organismo se refiere? Agregaría las extenuantes horas de trabajo y por supuesto, los efectos del aislamiento ya que están hablado de la pandemia</p>	<p>Se eliminó el apartado por falta de pertinencia a la luz de otros cambios realizados.</p>
<p>Si esto es un concepto, en qué consiste? (experiencia organísmica)</p>	<p>Se explicó el concepto, pág. 17.</p>
<p>Si colocas tercer lugar debes haber mencionado antes, primer lugar, segundo lugar, revisar</p>	<p>Se corrigieron todas las expresiones a lo largo del texto.</p>
<p>Si esto es textual deben colocarlo en normas APA, deben revisarlo.</p>	<p>Se eliminó el apartado.</p>
<p>Revisar redacción</p>	<p>Se reescribió todo el apartado, pág. 35</p>

<p>Aquí están hablando de objetivos específicos, entiendo que están en las categorías de análisis, pero no están en un apartado donde se menciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> -planteamiento del problema, -objetivo general, -objetivos específicos 	<p>Se eliminó la expresión.</p>
<p>De dónde es el capítulo VII? Deben precisarlo con normas APA</p>	<p>Se precisó el capítulo, pág. 37</p>
<p>De dónde?</p>	<p>Se precisó el capítulo, pág. 37-38</p>
<p>Lo mismo este párrafo, me parece que hay cuestiones de estilo no de contenido, las invito a que lo revisen.</p>	<p>Se revisó y corrigió la redacción del párrafo. Pág. 22</p>