

1 **Título:** La experiencia emocional de enfermeras de la Unidad de Hospitalización a
2 Domicilio en cuidados paliativos: un estudio cualitativo exploratorio.

3
4 **Título abreviado:** Las emociones en enfermeras de cuidados paliativos.

5
6 **Autores:** Paula Barrué y Martín Sánchez-Gómez

7
8
9 **Resumen**

10
11 **Objetivo.** Explorar las emociones experimentadas por las enfermeras de una Unidad
12 de Hospitalización a Domicilio como resultado de su rol laboral.

13
14
15 **Método.** Estudio exploratorio cualitativo, con enfoque desde la fenomenología para
16 explorar experiencias y vivencias de la vida interior de las personas. Las participantes
17 fueron nueve enfermeras que desempeñaban su labor en la unidad de hospitalización a
18 domicilio. Se realizó un análisis de contenido cualitativo. Las unidades de significado
19 fueron agrupadas en 13 códigos que, a su vez, se clasificaron en 4 categorías llamadas
20 dimensión emocional, aspectos beneficiosos y angustiantes, vida laboral diaria y vida
21 personal.

22
23
24 **Resultados.** Las enfermeras que trabajan en cuidados paliativos sufren una exposición
25 continua a situaciones traumáticas, aunque también refieren sentir emociones
26 satisfactorias que compensan los momentos de angustia. Poseer recursos como
27 formación en autocuidado y regulación emocional, así como contar con apoyo social
28 parece ser clave para prestar una atención de calidad y evitar la aparición de la fatiga
29 por compasión.

30
31
32 **Conclusiones.** Mantener el bienestar psicosocial en el lugar de trabajo resulta crucial
33 para que los profesionales sanitarios dedicados a los cuidados paliativos puedan
34 desempeñar su labor de la mejor forma posible.

35
36
37
38 **Palabras clave:** fatiga por compasión, satisfacción laboral, burnout, cuidados
39 paliativos, enfermería, atención domiciliaria.

40
41

42 **Title:** The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in
43 palliative care: a qualitative exploratory study.

44

45 **Short title:** Emotions in palliative care nurses.

46

47

48 **Abstract**

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

Objective. The main objective of this work is to explore the emotions experienced by the nurses of a Home Hospitalization Unit as a result of their work role.

Method. A qualitative exploratory study was carried out, with a focus from phenomenology to explore experiences and experiences of the interior life of people. The participants were nine nurses who performed their work in the home hospitalization unit. An analysis of qualitative content was executed. Units of meaning were grouped into 13 codes that, in turn, were classified into 4 categories of emotional attention, daily work life and personal life.

Results. Nursing professionals working in palliative care suffer continuous exposure to traumatic situations, although they also report feeling satisfactory emotions that compensate for moments of distress. Having resources such as training in self-care and emotional regulation, as well as having social support seems to be key to providing quality care and avoiding the appearance of compassion fatigue.

Conclusions. Maintaining psychosocial well-being in the workplace is crucial for health professionals dedicated to palliative care. In this way they can carry out their work in the best possible way.

Keywords: nursing, compassion satisfaction, job satisfaction, burnout, hospice and palliative care nursing, home care services.

77

78 **¿Qué se conoce?**

79 El trabajo en cuidados paliativos supone acompañar en el sufrimiento y dolor de las personas
80 en los momentos más difíciles de su vida. Esta situación puede facilitar la aparición de fatiga
81 emocional por el impacto acumulativo del cuidado y atención prestada por parte de los
82 profesionales de la salud.

83

84 **¿Qué se aporta?**

85 Esta investigación descubre los aspectos que más influyen en el desempeño laboral de la
86 enfermera en cuidados paliativos y pone de manifiesto que fatiga y satisfacción no son
87 conceptos excluyentes.

Introducción

89 La profesión enfermera no sólo está reconocida por la acción de cuidar, sino por la labor
90 que desempeña en la provisión de apoyo a pacientes y familiares en distintas fases de la
91 enfermedad¹. En este contexto, distintas investigaciones han estudiado las consecuencias
92 de este trabajo en los profesionales sanitarios, pudiendo desembocar en desgaste emocional,
93 burnout y fatiga por compasión (FC)^{2,3}. Pérez et al.² definen la compasión como la emoción
94 resultante de sentir preocupación por el sufrimiento ajeno a la vez que se desea conseguir
95 el bienestar de esa persona. En cuanto al burnout, definido como un síndrome psicológico
96 caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo logro personal
97 resultado del estrés laboral crónico⁴, en torno al 66,6% de los enfermeros en España
98 presentan algún síntoma³.

99 En unidades como la de geriatría o cuidados paliativos, en las que hay un contacto frecuente
100 con pacientes en situación terminal, resulta especialmente complejo el manejo emocional⁵.
101 Los profesionales que ejercen su labor en estas unidades crean un vínculo emocional
102 con los pacientes y su entorno, empatizando con su pérdida, lo que puede generar
103 sentimientos de futilidad o de haber fallado en el cuidado⁵⁻⁸. Este hecho resulta un factor
104 de riesgo para padecer Fatiga por Compasión, término acuñado por Joinson⁹ para describir
105 una serie de comportamientos que padecían las enfermeras de urgencias hospitalarias en
106 distintos países^{6,7,10}. Así pues, al desgaste producido por el trabajo con personas se le une, en
107 el caso general de los profesionales sanitarios y en el particular de los enfermeros de
108 unidades de oncología y cuidados paliativos, la fatiga que se genera en la relación de ayuda⁵.

109 En el profesional enfermero, la FC puede suponer cansancio crónico, irritabilidad, temor al
110 trabajo, empeoramiento de las dolencias físicas, falta de alegría y un descenso en la
111 capacidad para cuidar^{7,10,11,12}. Considerado un síndrome de desgaste, se asocia con malestar
112 físico, depresión, ansiedad, somatización, alteración negativa de las creencias, dificultades
113 sociales y familiares, abandono de la profesión y ausentismo, desempeño laboral deficiente
114 y consumo de sustancias^{13,14}. Abendroth et al.¹⁵ observaron que el 26% de los enfermeros
115 en cuidados paliativos presentaba un alto riesgo de desarrollar FC y un 52% un riesgo
116 moderado.

117 A pesar de la frecuencia de situaciones de sufrimiento que se producen en cualquier servicio
118 de cuidados paliativos, sus profesionales no son los más afectados por fenómenos como el
119 burnout o la FC¹⁶. Esta prevalencia no es tan alta como cabría esperar por la existencia de
120 factores protectores¹⁷. Destacan entre estos el asesoramiento, la ayuda psicológica, los
121 grupos de soporte, las técnicas de relajación, las habilidades emocionales, la empatía y la
122 competencia de afrontamiento ante la muerte^{5,18,19}. Otro factor de prevención de la FC y el
123 burnout son las actividades de autocuidado, ya que ayudan a la promoción personal y al
124 crecimiento espiritual^{6,20}. El modelo de autocuidado basado en la conciencia de Kearney
125 identifica una relación positiva entre el nivel de autoconciencia de los profesionales y la
126 satisfacción por compasión (SC)¹⁹. Stamm et al.⁵ definen la SC como un sentimiento de
127 logro y gratificación personal por ayudar a quienes están en situaciones que generan estrés
128 y sufrimiento. Esta satisfacción surge de sentirse competente y hábil en lo profesional al
129 contribuir al bienestar social¹³.

130 Estos tres constructos, FC, SC y Burnout parecen estar relacionados con la calidad de vida
131 profesional⁵, así como con el riesgo de cometer errores¹³, por lo que resulta de vital
132 importancia explorarlos en esta población²¹.

133 El principal objetivo de este trabajo es explorar las emociones experimentadas por
134 enfermeras de una Unidad de Hospitalización a Domicilio como resultado de su rol laboral.

135 El segundo objetivo es conocer posibles condiciones que puedan favorecer la aparición
136 de la fatiga y/o satisfacción por compasión.

137 **Método**

138 **Diseño**

139 Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y transversal que utiliza una estrategia de
140 estudio de casos múltiples con enfoque fenomenológico para explorar las experiencias y
141 vivencias de la vida interior de las trabajadoras.

142 **Participantes**

143 Se llevó a cabo un muestreo intencional²². Formaron parte de este estudio enfermeras de una
144 Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD). Esta unidad ofrece atención sanitaria
145 enfocada a proporcionar cuidados especializados de carácter hospitalario a los pacientes en
146 su propia casa. Además, la UHD evaluada atiende con asiduidad a pacientes en situación
147 terminal, los cuales son ayudados a finalizar el proceso de enfermedad en su entorno y junto
148 a sus seres queridos. Con frecuencia, esta unidad especial cuenta con pacientes geriátricos,
149 con necesidades de cuidados paliativos, nutrición artificial y de soporte hematológico.

150 Los criterios de inclusión fueron trabajar en la UHD a tiempo completo, tener la diplomatura
151 o grado en enfermería y la disposición para participar, además, no se especificó ningún
152 límite temporal relacionado con la experiencia laboral.

153 **Recogida de datos**

154 Para la recogida de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada previamente elaborada
155 (anexo 1). Esta técnica posee un estilo abierto que permite extraer una gran riqueza
156 informativa. Además, el entrevistador tiene la posibilidad de clarificar aquellas respuestas
157 en las que no queda claro el contenido, es decir, es una técnica de interacción personalizada,
158 flexible y espontánea. El primer contacto fue telefónico al comienzo del estudio y el
159 siguiente, también mediante teléfono, se realizó unas semanas antes del momento de la
160 entrevista. Cabe destacar la no existencia de ningún tipo de relación amistosa/profesional
161 previa con las participantes.

162 Las entrevistas fueron realizadas desde mayo de 2018 hasta enero de 2019 de forma
163 presencial por los dos investigadores principales. El lugar escogido fue un despacho de la
164 UHD, donde se disfrutó de un ambiente tranquilo sin interrupciones.

165 Se realizó un diario de campo en el que se registraron diversos aspectos: desarrollo, registro
166 de observación, registro de las reuniones, percepciones, sensaciones y comunicación no
167 verbal como gestos, suspiros, etc. Todo ello ayudó a interpretar los resultados y nutrir el
168 análisis.

169 **Validez y fiabilidad/rigor**

170 Un investigador externo realizó una valoración del protocolo de investigación del estudio,
171 prestando especial atención al diseño y método aplicado. La transferibilidad se fortalece
172 mediante una descripción clara del contexto, de la selección de participantes, de la recogida
173 de datos y del proceso de análisis²³. El criterio de credibilidad se apoya en el uso de recursos
174 técnicos como la triangulación con literatura científica preexistente, la triangulación por dos
175 investigadores y por la validación de las participantes del material obtenido en la recogida
176 de datos²³.

177 **Análisis de datos**

178 El estudio de los datos obtenidos se realizó mediante un análisis de contenido cualitativo.
179 La etapa de análisis fue fragmentada en cinco fases. En la primera, la entrevista y la
180 transcripción fueron revisadas por las participantes. En la segunda fase se releeron los
181 textos para obtener las unidades de significado, es decir, se relacionaron las declaraciones
182 con un código a través de su contenido y contexto. En la tercera fase se extrajeron citas
183 importantes y se procedió a clasificarlas en códigos, produciéndose la codificación²⁴. Como
184 soporte en el proceso de categorización y codificación se utilizó el programa Atlas.ti versión
185 8.3.0. Es importante señalar que el análisis cualitativo presentado es el resultado de un
186 proceso deductivo que combina categorías pre-establecidas con otras construidas a partir de
187 los datos y los presupuestos de los investigadores (método inductivo). Durante la cuarta
188 fase, se agruparon categorías que permitieron revelar significados potenciales y empezar a
189 desarrollar ideas. En la última fase se interpretaron los datos. Se aplicaron todos los criterios
190 de la guía COREQ para estudios cualitativos.

191 **Consideraciones éticas**

192 Siguiendo las pautas de la Declaración de Helsinki²⁵, se preservó la intimidad de cada
193 participante y la confidencialidad de su información personal²⁶. Este proyecto fue aprobado
194 por la Comisión de investigación del Consorcio Hospitalario Provincial correspondiente.

195 Todas las participantes firmaron un consentimiento escrito donde se describía tanto la
196 finalidad y objeto del estudio, como la participación voluntaria y la posibilidad de abandonar
197 el estudio en cualquier momento²⁵. Del mismo modo, aceptaron el consentimiento para
198 grabar y transcribir las entrevistas, las cuales fueron codificadas mediante la letra E más el
199 número de entrevista, según el orden de realización.

200 **Resultados y Discusión**

201 Fueron contactadas las 9 trabajadoras de la UHD, participando el 100% de ellas. La
202 duración media de la entrevista estuvo entre 35 y 60 minutos. La media de años trabajados
203 en la UHD fue 9,5 años (DE 4,1). La tabla 1 muestra los valores de las diferentes variables
204 sociodemográficas registradas.

205 *Insertar tabla 1

206 A partir del análisis de la bibliografía y de la extracción de los datos surgieron cuatro
207 categorías principales, de las que se originan trece códigos con sus correspondientes
208 unidades de significado (fig. 1). La primera de estas categorías, dimensión emocional, hace
209 referencia a las emociones experimentadas por las participantes. En segundo lugar, la
210 categoría aspectos beneficiosos y angustiantes recoge las situaciones en las que las
211 participantes habían sentido fatiga o satisfacción en su ámbito laboral. La tercera categoría,
212 vida laboral diaria, describe cómo desempeñan su función profesional, su relación con los

213 compañeros y cómo abordan la carga laboral. Por último, la categoría vida personal explora
214 las dificultades presentes en el trabajo y su influencia en la vida personal. En el anexo 2, se
215 describen las categorías, sus códigos y las unidades de significado más relevantes.

216 *Insertar figura 1

217 A continuación, se detallan y discuten los resultados obtenidos en cada una de las
218 categorías:

219 1. Dimensión emocional

220 De forma deductiva, se crearon tres códigos: sentimientos y sensaciones, dificultades y
221 compasión, mientras que de forma inductiva se incorporó: crecimiento emocional. En esta
222 categoría las enfermeras describen aquello que, debido a su profesión, experimentan
223 emocionalmente, tanto en una jornada laboral como en su vida personal, como resultado de
224 su labor en la UHD.

225 En relación al código sentimientos y sensaciones, gran parte de las unidades de significado
226 hacen referencia a la sensación de no tener la situación bajo control debido a que el trabajo
227 en la UHD es cambiante, sin embargo, toda la muestra coincide en sentir alegría al acudir
228 al trabajo.

229 *“En este servicio hay un plus, el de las emociones. Este trabajo es bastante enriquecedor
230 a nivel profesional porque interactúas con el paciente de forma integral”.* (E.4)

231 El segundo código, dificultades, recoge situaciones, circunstancias u obstáculos difíciles de
232 superar. Las entrevistadas reflejan las situaciones más difíciles de manejar mostrándolas
233 como dificultades en su camino laboral.

234 *“Cuando te sientes algo identificado es mucho más duro, al menos para mí.”* (E.1)

235 El tercer código de esta categoría es la compasión. Considerada una emoción compleja que
236 se experimenta al sentir el sufrimiento ajeno y que supone una mezcla de tristeza y amor.

237 *“Hay quien dice que la compasión es inagotable, pero yo pienso que tienes que estar
238 muy preparado para poder compartir, dar, ofrecer esa compasión sin agotarte y pienso
239 que es muy importante saber dónde estás tú y de separar bien lo que es tuyo y lo que es
240 de los demás.”* (E.6)

241 El último código hace referencia al crecimiento emocional, a través del cual se observa una
242 mejora en la capacidad de percibir y gestionar emociones con el paso del tiempo y la
243 experiencia profesional.

244 *“Cuando comencé en esto era muy difícil no dejarme superar por el contexto, todo me
245 impactaba y me iba a casa muy afectada. Sin embargo, poco a poco he ido mejorando
246 mucho mi manera de reaccionar y soy capaz de gestionar mejor emociones como la
247 frustración.”* (E.9)

248 Los resultados en la categoría “dimensión emocional” señalan cómo la práctica clínica
249 diaria afecta a las enfermeras como consecuencia de la exposición continua a situaciones
250 traumáticas de los pacientes. Las dificultades emocionales vienen dadas por la sensación de
251 no tener la situación bajo control, algo entendible si recordamos que, tanto el tipo de trabajo,
252 como la localización en la UHD, es cambiante. De la misma forma, declaran que tratar con
253 pacientes conocidos o con niños y adolescentes favorece la aparición de estrés y una mayor

254 carga emocional. Además, las participantes consideran que sus problemas personales pueden
255 influir a la hora de prestar cuidados de calidad y pueden contribuir a una desestabilización
256 emocional, lo que coincide con el estudio de Ray et al.²⁷. Pese a ello, diversos aspectos
257 positivos emergen facilitando el desempeño de la labor en la UHD. Por ejemplo, la totalidad
258 de la muestra coincide en sentir alegría al acudir al trabajo, un factor protector observado
259 en trabajos previos^{18,19}. Además, las participantes describen que trabajar en el domicilio del
260 paciente permite abordar la situación de una forma integral, conociendo de forma profunda
261 la situación personal del enfermo y creando lazos de unión profesional-paciente más fuertes
262 que en el ámbito hospitalario. Por último, se aprecia un desarrollo emocional a medida que
263 suman experiencias laborales, así como un creciente interés por conocer sus sentimientos.

264 2. Aspectos beneficiosos y angustiantes

265 Esta categoría alberga los códigos fatiga y satisfacción. Ambos derivan del concepto de
266 compasión, teniendo la fatiga un sentido negativo y la satisfacción uno positivo. A lo largo
267 de la categoría se describen aquellos aspectos que las enfermeras consideran beneficiosos
268 de su puesto, así como las situaciones negativas o angustiosas fruto de su labor en la UHD.

269 En cuanto a los aspectos positivos, todas las enfermeras estuvieron de acuerdo al hablar de
270 los cuidados paliativos como una oportunidad que les brinda su profesión para aportar todo
271 el bienestar posible en los últimos momentos de vida del paciente.

272 *“[...] a mí me provoca una enorme satisfacción que a través de mi trabajo y mi*
273 *formación tenga una escala de valores en mi vida personal, entonces, me parece que*
274 *me da mucha más satisfacción que otra cosa.” (E.3)*

275 En el lado opuesto, las enfermeras describen las situaciones cercanas a la muerte como las
276 menos agradables y, a su vez, predisponentes de fatiga.

277 *“Me sentía muy mal al verla en ese momento de enfado, se iba a morir sin llegar a tener*
278 *una aceptación y fue muy duro sedarla, la situación era desagradable...” (E.1)*

279 Tras analizar las respuestas, se puede concluir que experimentan una enorme satisfacción
280 en determinados momentos como cuando los familiares les agradecen haber ayudado a su
281 familiar a poder irse en paz, en casa y rodeado de sus seres queridos. Sin embargo, también
282 sufren situaciones que generan angustia y/o estrés emocional, como el frecuente
283 fallecimiento de pacientes, lo que acentúa la sensación de fatiga. Pese a ello, todas reflejaron
284 en las entrevistas que, si pusiesen en una balanza el concepto de fatiga y satisfacción, tendría
285 mucho más peso el segundo concepto, demostrando así que el tratar con pacientes
286 paliativos puede ser mucho más reconfortante de lo que se suele pensar²⁸.

287 3. Vida laboral diaria

288 En esta categoría fueron incluidos, de manera deductiva, los códigos recursos y necesidades,
289 herramientas de afrontamiento, y consejos a otros profesionales. De forma inductiva se dio
290 entrada a la categoría carga de trabajo.

291 Los recursos se entienden como la ayuda o medio del que una persona se sirve para
292 conseguir un fin o satisfacer una necesidad. En el contexto de este estudio, las enfermeras
293 declararon contar con diversos recursos que utilizan en su práctica habitual, especialmente
294 a la hora de afrontar situaciones estresantes.

295 *“Hace poco hablábamos de lo importante que es tener un espacio para hablar de las*
296 *emociones en este trabajo.” (E.3)*

297 *“Para mí, el recurso fundamental es conocerme y nutrirme para poder acompañar a*
298 *los demás.” (E.6)*

299

300 Las enfermeras describen los talleres de formación, en concreto aquellos relacionados con
301 autoconocimiento, mindfulness y notificación de malas noticias, como herramientas
302 fundamentales para afrontar su labor y gestionar adecuadamente las demandas a las que se
303 enfrentan.

304 *“Me di cuenta de que necesitaba formarme y tener recursos porque no puedes ir a la*
305 *guerra sin armas, necesitas herramientas.” (E.6)*

306 *“Cualquier herramienta que te permita trabajar emociones repercutirá en una mejor*
307 *gestión de las situaciones cotidianas” (E.3)*

308 En cuanto a los consejos a otros profesionales, las entrevistadas remarcaron la dificultad de
309 trabajar en la UHD, ya que se trata de un trabajo complejo que requiere una alta
310 profesionalidad. Las enfermeras declararon jugar un papel fundamental en el proceso de
311 adaptación de las nuevas compañeras, especialmente aquellas recién salidas de la facultad.
312 Además, ofrecieron una serie de consejos para nuevos profesionales en esta unidad.

313 *“Les hemos tenido que animar mucho y estar mucho a su lado dándoles ánimos*
314 *porque no es fácil y entendemos que cuesta, y que no es uno de los sitios que una*
315 *persona recién acabada de la carrera pueda trabajar aquí con facilidad...” (E.2)*

316 *“Que trabajen mucho la empatía para entender la situación en la que se encuentran*
317 *pacientes y familias, y después saber separar vida laboral y personal.” (E.5)*

318 Para finalizar, las enfermeras hicieron hincapié en la excesiva carga laboral a la que se ven
319 sometidas casi de forma diaria, así como a la constante atención que requiere su puesto.

320 *“En ocasiones este trabajo te sobrepasa, no cabe duda que necesitas estar muy unida o*
321 *él para no abandonar.” (E.8)*

322 *“A veces noto que las demandas son excesivas, necesitamos estar bien preparadas para*
323 *que toda la carga nos afecte lo menos posible.” (E.4)*

324 Según los datos recogidos, la vida laboral de las enfermeras se caracteriza por afrontar una
325 alta carga de demandas y situaciones cambiantes de forma casi diaria. Anderson et al.²⁹
326 indican que muchos enfermeros se sienten poco preparados cuando afrontan situaciones
327 con pacientes en situación agónica debido a una falta de conocimientos en cuidados
328 paliativos. Estas demandas pueden ser solventadas mediante la formación en habilidades
329 concretas. En esta línea, Colell Brunet et al.³⁰ proponen una formación específica en
330 cuidados paliativos para aquellos enfermeros que ejerzan su labor con enfermos avanzados
331 o en fase final de la vida.

332 Además de esto, contar con ayuda de recursos como el autocuidado, especialmente
333 importante a la hora de enfrentar la exposición frecuente a la muerte¹⁹, puede resultar de
334 gran ayuda. Sansó et al.¹⁹ identificaron en su estudio que los profesionales con un alto nivel
335 de autocuidado y conciencia plena poseen niveles inferiores en FC y más satisfacción, por

336 lo que su desarrollo podría reducir el impacto de las demandas en cuidados paliativos^{19,31}.
337 Otro recurso fundamental en el ámbito de la enfermería es la empatía, la cual parece jugar
338 un papel clave en la prevención de la soledad y el desgaste, así como en la promoción de la
339 satisfacción vital¹⁸. En cuanto a los consejos a otros profesionales, destacan la importancia
340 del apoyo entre compañeros, especialmente si son noveles. Durante las primeras prácticas
341 clínicas es frecuente experimentar altos niveles de estrés³². Además, también enfatizan la
342 necesidad de una adecuada preparación más allá de los conocimientos adquiridos en la
343 carrera, ya que desde que un enfermero se gradúa hasta que comienza a trabajar, debe
344 adquirir competencias como el afrontamiento ante la muerte que le permitan proporcionar
345 cuidados de calidad^{19,33}.

346 4. Vida personal

347 Esta categoría explora cómo, además de en el ámbito profesional, el rol laboral repercute en
348 el entorno familiar y social del profesional. Fueron incluidos, de manera deductiva, los
349 códigos apoyo y repercusión y, de forma inductiva, el código creencias.

350 En lo relativo al apoyo recibido, las enfermeras lo entienden como una ayuda fundamental
351 a la hora de evitar la sobrecarga emocional que conlleva el trato con el paciente en situación
352 terminal.

353 *“Momento de café y de interacción entre compañeros. Hay muy buen equipo y te
354 sientes respaldada cuando cuentas las cosas que te han pasado.” (E.1)*

355 En cuanto a la repercusión social que tiene su trabajo, se encuentran discrepancias, ya que
356 parte de la población piensa que el desempeño de su labor les afecta de forma negativa,
357 mientras que ellas afirman que su trabajo tiene una repercusión positiva en otras esferas de
358 su vida.

359 *“La sociedad piensa que trabajar con pacientes moribundos nos convierte en personas
360 tristes y apenadas pero mi trabajo tiene una repercusión positiva en mi vida familiar.
361 No sería la misma persona que soy hoy en día si no trabajara en paliativos.” (E.3)*

362 Para finalizar, las creencias religiosas fueron descritas como un recurso de gran ayuda. Dos
363 entrevistadas las definen como una herramienta útil tanto en pacientes como en enfermeras,
364 sobre todo a la hora de afrontar situaciones difíciles.

365 *“Tengo mucha Fe en Dios y entonces yo descanso en Él. Le digo que mis cargas se las
366 doy a él porque yo sé que no puedo hacer más y entonces yo hago mi parte y yo sé que
367 hasta ahí llego.” (E.2)*

368 Los resultados en la categoría “vida personal” señalan, por un lado, la importancia de una
369 buena relación entre compañeros. En contra de lo propuesto por García et al.²⁸, los cuales
370 afirman que la relación de las enfermeras con los compañeros en ocasiones se percibe como
371 una influencia negativa, las entrevistadas señalaron la importancia de la cohesión y el apoyo
372 del equipo de trabajo, puntos de apoyo para enfrentar situaciones de desgaste emocional.
373 Para complementar este apoyo, se reclama un espacio, tanto físico como temporal, para
374 poder exponer sus necesidades e intentar cubrir las en equipo, algo que corrobora el estudio
375 de Powel et al.³⁴, el cual remarca la importancia de la expresión de emociones en el lugar
376 de trabajo. Atendiendo a la repercusión del trabajo, pese a que se pueda creer que trabajar
377 en cuidados paliativos afecta aspectos como el estado de ánimo, los resultados indican que

378 trabajar en la UHD tiene repercusiones positivas sobre otros ámbitos de vida, lo cual sigue
379 la línea de investigaciones previas^{19,20}. Para finalizar, las creencias religiosas resultaron ser
380 un elemento de apoyo para las trabajadoras y los pacientes, lo cual sigue la línea propuesta
381 por otros autores³⁵.

382 En cuanto a las limitaciones del estudio, principalmente están relacionadas con la muestra
383 de participantes y la triangulación. En el primer caso, el número de personas entrevistadas es
384 escaso por las dificultades para encontrar trabajadores especializados en el ámbito de los
385 cuidados paliativos, ya que se trata de una especialidad con una prevalencia muy baja. Por
386 este motivo y teniendo en cuenta la especificidad de la UHD, se decidió incluir a todo el
387 equipo de enfermería pese a no cumplir los dos años de experiencia laboral recomendados
388 como criterio temporal mínimo²⁹. En cuanto al hecho de contar sólo con mujeres, es
389 importante recordar que la distribución entre sexos en esta profesión es tremendamente
390 desigual. Pese a ello, sería recomendable conseguir una muestra con un porcentaje
391 representativo de hombres. En investigaciones futuras se debe considerar el desarrollo de
392 entrevistas en profundidad, con carácter abierto y de forma repetida en el tiempo para poder
393 explorar mejor las vivencias de cada una de las enfermeras. Para finalizar, indicar que otra
394 limitación del presente estudio reside en no haber triangulado la información con entrevistas
395 grupales de discusión ni con observación participante.

396 **Conclusiones**

397 Los resultados del presente trabajo muestran cómo las enfermeras que trabajan en cuidados
398 paliativos en unidades como la UHD, la UCI o la unidad de geriatría, sufren una exposición
399 continua a situaciones traumáticas, siendo estas precursoras de la FC. No obstante, también
400 refieren sentir una satisfacción que llega a compensar los momentos de angustia. Esta
401 satisfacción está relacionada con tener la oportunidad de brindar cuidados que permiten al
402 paciente en situación terminal cerrar su ciclo vital de una forma digna, cómoda y rodeado
403 de seres queridos.

404 Por otro lado, los datos recogidos parecen mostrar que existen diversos factores protectores
405 frente a la hora de evitar la FC. Entre ellos destacan el apoyo social y la cohesión y apoyo
406 dentro equipo de trabajo. Además, también parece fundamental la formación que dote al
407 profesional de herramientas para auto-conocerse, cuidarse y regularse a nivel emocional.
408 Aquellos profesionales sanitarios con un alto desarrollo en estas habilidades tienen más
409 recursos para reconocer los signos de la fatiga por compasión, afrontar el desgaste
410 emocional y mantener una alta motivación. Todas estas medidas permiten mantener el
411 bienestar psicosocial en el lugar de trabajo, lo que resulta crucial para que las enfermeras
412 puedan desempeñar su labor de la mejor forma posible, prestando una atención de calidad
413 al paciente con necesidades paliativas.

414

415

416 **Conflicto de intereses**

417

418 No existen conflictos de interés.

419

420 **Agradecimientos**

421

422 Agradecemos la participación de las enfermeras de la Unidad de Hospitalización a
423 Domicilio.

424

425

Financiación

426

Trabajo parcialmente financiado por la Generalitat Valenciana y el Fondo Social Europeo (ACIF/2017/201).

427

428

429

430

Referencias

431

432

433

1. Vivar C, Orecilla E, Gómara L. “Es más difícil”: experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva con cáncer. *Enferm Clin.* 2009;19(6):314–321, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.07.008>

434

435

436

2. Perez E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2016;22(12):599-606.

437

438

3. Alba-Martín R. *Burnout* en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2015; 41(1):9-14.

439

440

4. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*. 3ª ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist press; 1996.

441

442

5. Stamm BH. *The concise proQOL manual*. [monografía en internet]. 2nd Ed. Pocatello;2010[Acceso noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf.

443

444

6. Braunschneider H. Preventing and Managing Compassion Fatigue and Burnout in Nursing. *ESSAI.* 2013; 11(11):14-18.

446

447

7. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *CJON.* 2010; 14(5):E56-E62.

448

449

450

8. Nolte A, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J Clin Nurs.* 2017; 26:4364–4378.

451

452

9. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992; 22(4): 116-118.

453

10. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. [Acceso diciembre de 2019] Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CArchivo_9.pdf

455

456

11. Figley C. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. En Figley C, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge; 1995. p. 1-20.

458

459

460

461

12. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs.* 2014; 21(4):160-169.

462

463

464

13. Marín M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *JBHSL.* 2017; (9): 117-123.

465

466

14. Boyle DA. Compassion Fatigue: The cost of caring. *Nursing.* 2015; 45(7):48-51.

467

468

15. Abendroth M, Flannery J. Predicting the Risk of Compassion Fatigue. A study of hospice nurses. *JHPN.* 2006; 8(6): 346-356.

469

- 470 16. Lepnurm R, Lockhart WS, Keegan D. A measure of daily distress in practicing
471 medicine. *Can J Psychiatry*. 2009; 54:170-180.
- 472 17. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. Self care of
473 physicians caring for patients at the end of life. Being connected... A Key to My
474 Survival. *JAMA*. 2009;301:1155-64.
- 475 18. Caro M, San-Martín M, Delgado R, Vivanco C. Empatía, soledad, desgaste y
476 satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria
477 de Chile. *Enferm Clin*. 2017;27(6):379-386.
- 478 19. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care
479 professionals' inner life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self- Care
480 and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout and Coping with Death. *J Pain*
481 *Symptom Manag*. 2015; (2):200-207.
- 482 20. Alkema K, Linton JM, Davies, R. A Study of the Relationship Between Self- Care,
483 Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice
484 Professionals. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2008; 4(2):101-119.
- 485 21. Aycock N, Boyle D. Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology
486 Nursing. *CJON*. 2009;13(7):183-191.
- 487 22. Suárez C, Del Moral G, González MT. Consejos prácticos para escribir un artículo
488 cualitativo publicable en Psicología. *Psychosocial Intervention*. 2013;22:71-79.
- 489 23. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y
490 práctica profesional. 1ª edición. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
- 491 24. Fernández L. Fichas para investigadores: ¿Cómo analizar datos cualitativos?
492 Barcelona: Institut de Ciències de l'Educació, Universitat de Barcelona; 2006.
- 493 25. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki-Principios éticos para las
494 investigaciones médicas en seres humanos. 64a Asamblea General; Fortaleza, Brasil,
495 octubre 2013. [Consultado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en:
496 [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fdinvestigacion/fd-evaluacion/fd-](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fdinvestigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica/investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf)
497 [evaluacion-etica/investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fdinvestigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica/investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf).
- 498 26. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de
499 Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado de 6
500 de diciembre de 2018, núm. 294, páginas 119788 a 119857.
- 501 27. Ray S, Wong C, Dawn W, Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue,
502 work life conditions and burnout among frontline mental health care professionals.
503 *Traumatology*. 2013;19(4):255-267.
- 504 28. García R, Fernández J, Martínez F. Implicación de las enfermeras en su profesión.
505 Un estudio cualitativo sobre el *engagement*. *Enferm Clin*. 2017;27(3):153-162.
- 506 29. Anderson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved – A qualitative study of
507 nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*.
508 2015;38(2016):144-149.
- 509 30. Colell Brunet R, Limonero García JT, Otero MD. Actitudes y emociones en
510 estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en*
511 *salud*. 2003; 2: 0.
- 512 31. Orellana-Rios CL, Radbruch L, Kern M, Regel YU, Anton A, Sinclair S, et al.
513 Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance
514 self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job”

- 515 program. BMC Palliative Care. 2018;17(3):1-15, [http://dx.doi.org/10.1186/s12904-](http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0219-7)
516 [017-0219-7](http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0219-7)
- 517 32. López-Medina I, Sánchez-Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería
518 en las prácticas clínicas. Enferm Clin. 2005; 15(6): 307-313.
- 519 33. Kavalieratos D, Siconolfi DE, Steihauser KE, Bull J, Arnold RM, Swetz KM, et
520 al. “It Is Like Heart Failure. It Is Chronic... and It Will Kill You”: A Qualitative
521 Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. Journal of
522 Pain and Symptom Management. 2017; 53(5):901-910,
523 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.337>
- 524 34. Powel T, Yuma P. Supporting Community Health Workers After a Disaster:
525 Findings From a Mixed-Methods Pilot Evaluation Study of a Psychoeducational
526 Intervention. Disaster Med Public Health Prep. 2016;10(5):754-761.
- 527 35. Valiente-Barroso C., García-García, E. La religiosidad como factor promotor de salud
528 y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. Psicogeriatría.
529 2010; 2(3): 153-165.
- 530

Tabla 1. Características sociodemográficas de las enfermeras entrevistadas

Enfermera	Edad	Años de experiencia profesional como enfermera	Nivel educativo alcanzado	Estado civil
E1	28	1	Diplomatura	Soltera sin hijos
E2	34	6	Diplomatura y cursos formativos	Casada con hijos
E3	35	4	Diplomatura y cursos formativos	Casada con hijos
E4	41	7	Diplomatura, cursos formativos y master	Casada con hijos
E5	43	10	Diplomatura, cursos formativos y master	Soltera sin hijos
E6	44	11	Diplomatura y cursos formativos	Casada con hijos
E7	46	9	Diplomatura, cursos formativos y master	Casada con hijos
E8	55	12	Diplomatura, cursos formativos y master	Divorciada con hijos
E9	58	17	Diplomatura y cursos formativos	Casada con hijos

Fuente: elaboración propia

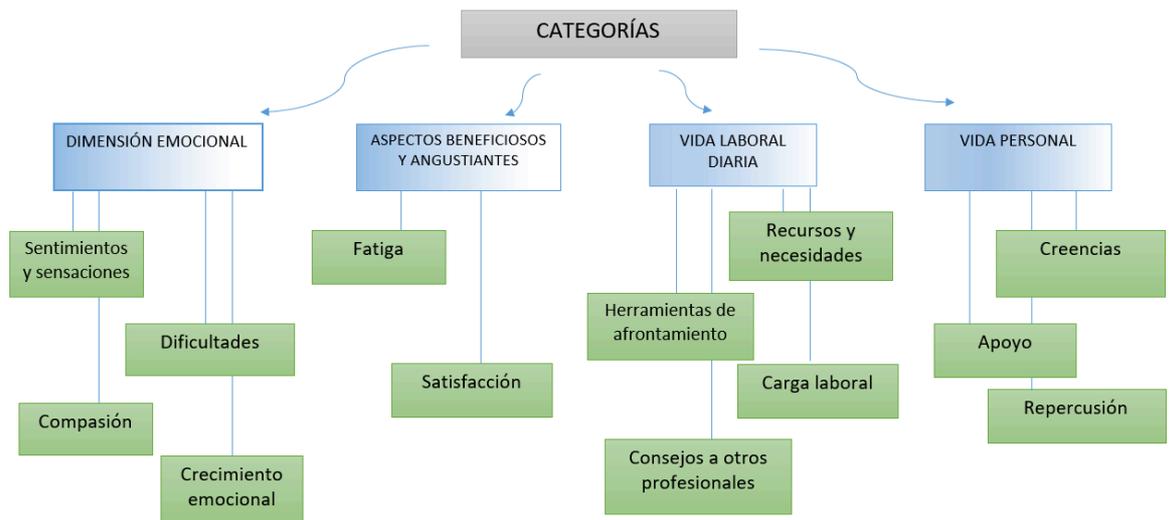
532

533

534

535

Figura 1. Categorías y códigos



536

537

538

539
540
541
542
543

Anexos

Anexo 1. Guion de la entrevista

<i>Datos sociodemográficos</i>	¿Qué edad tienes?
	¿En qué municipio vives?
	¿Cómo se compone tu unidad familiar?
	¿Tiempo trabajado en la UHD?
	Estudios de grado, postgrado, formación profesional, etc...
<i>Preguntas específicas</i>	¿Podrías describir un día de trabajo en la UHD?
	¿Cómo te sientes al inicio y al final del turno y por qué?
	¿Qué te supone y cómo afecta en el trabajo y en tu vida personal y familiar el tener que trabajar con pacientes paliativos y con sus familias?
	¿Conoces los conceptos FC y SC?
	¿Han repercutido en tu salud o bienestar?
	Describe qué recursos utilizas o qué te ayuda a enfrentarte a la muerte de pacientes y a la situación familiar de dicha vivencia.
	Supongamos que recibes estudiantes o personal novel en tu unidad. ¿Qué les dirías o les recomendarías para trabajar con este tipo de pacientes y familias?
	¿Has recibido algún tipo de entrenamiento o formación para poder afrontar la carga emocional que supone cuidar a este tipo de pacientes y familias? ¿Cuáles?
	¿Qué crees que ayudaría a mejorar tu práctica asistencial? ¿Qué recursos, conocimiento/habilidades adicionales son necesarias o te gustaría tener a nivel individual o colectivo?
	Si tuvieras la oportunidad, ¿cambiarías de servicio o continuarías en cuidados paliativos?
	¿Qué implican estas situaciones a tu institución y a tus superiores y cómo lo gestionan?
	De todo lo hablado, ¿qué es lo más importante para ti? ¿Hay algo de lo que te gustaría hablar y que no haya preguntado?

544

Fuente: elaboración propia

Anexo 2. Categorías, códigos y unidades de significado.

Categoría Dimensión Emocional

Sensación y sentimientos	Dificultades	Compasión	Crecimiento emocional
<p>“Tienes una sensación de decir “bfff, qué mal, ¿no?” cuando tienes situaciones en las que se ve sufriendo.” (E.1)</p>	<p>“Te tienes que adaptar a la situación y tú también tienes días, ya que hay momentos que lo puedes llevar muy bien, pero hay días que a lo mejor tú también tienes problemas personales y se junta todo y no lo llevas tan bien.” (E.2)</p>	<p>“Hay gente que lo ve de una forma negativa, en el sentido de que si tú sientes compasión por una persona es como que tú te sientes superior a ella [...] Es otro concepto diferente que se piensan que significa compasión.” (E.1)</p>	<p>“Cuando comencé en esto era muy difícil no dejarme superar por el contexto, todo me impactaba y me iba a casa muy afectada. Sin embargo, poco a poco he ido mejorando mucho mi manera de reaccionar y soy capaz de gestionar mejor emociones como la frustración.” (E.9)</p>
<p>“Cuando te sientes identificada con el paciente es mucho más duro, al menos para mí.” (E.1)</p>	<p>“Sí, claro... ha habido temporadas en las que ha habido muchísima faena y uno de las cosas que nosotras tenemos es que no sabemos trabajar de prisa y mal. [...] Cuando tenemos una carga asistencial muy grande se nos ha notado a todos. Tanto emocional como físicamente. (E.3)</p>	<p>“Hay gente que dice que la compasión no se puede fatigar, no se puede cansar, como que es una fuente inagotable, pero yo pienso que tienes que estar muy trabajado para poder compartir, dar, ofrecer esa compasión sin agotarte.” (E.6)</p>	<p>“Cuando comencé en la unidad no era capaz de percibir mis estados emocionales, pero con ayuda de las compañeras y algunas formaciones aprendí a ponerle nombre a lo que sentía.” (E.7)</p>
<p>“Pero en este servicio hay un plus, el de las emociones. Yo pienso que este trabajo es bastante enriquecedor a nivel profesional porque ves al paciente de forma integral”. (E.4)</p>	<p>“Tampoco vivimos en una cultura en la que se fomente la expresión de las emociones y los sentimientos, por tanto, ni nosotros mismos sabemos identificar ni exteriorizar nuestros sentimientos.” (E.6)</p>	<p>“Realmente necesitamos conciencia plena, saber estar en el presente con tus emociones y sentimientos para poder saber tomar esa distancia con el paciente y para poder acompañarlo [...] Para mí, el recurso fundamental es conocerme y nutrirme para poder acompañar a los demás.” (E.6)</p>	<p>“El desarrollo personal siempre ha sido importante para mí, pero esta profesión ha hecho casi imprescindible mejorar mis habilidades emocionales para minimizar el impacto que pueda tener sobre mi vida.” (E.5)</p>

Fuente: elaboración propia

Categoría Aspectos beneficiosos y angustiantes

Fatiga	Satisfacción
<p><i>“Fue muy duro a la hora de sedarla ya que era ella y todo el entorno desagradable... (E.1)</i></p>	<p><i>“Levantarte cada día y estar satisfecha de poder ir a trabajar en algo que te gusta y en algo que disfrutas y que sientes parte del propósito de tu vida [...] cuando te despiertas cada día y sabes que vas a algo que disfrutas, no solo a trabajar. (E.2)</i></p>
<p><i>“Es posible que el agotamiento emocional haya coincidido también en mi vida con malas épocas personales.” (E.5)</i></p>	<p><i>“A mí me provoca una enorme satisfacción que a través de mi trabajo y mi formación tenga una escala de valores en mi vida personal que se ha gestado por todo esto, entonces, a mí me parece que este trabajo me da mucha más satisfacción que otra cosa.” (E.3)</i></p> <p><i>“La sociedad piensa que trabajar con pacientes moribundos nos convierte en personas tristes y apenadas pero mi trabajo tiene una repercusión positiva en mi vida familiar. No sería la misma persona que soy hoy en día si no trabajara en paliativos.” (E.3)</i></p>
<p><i>“Llegó un momento que me encontraba cansada, cansada de tratar con enfermos paliativos o muy malitos que estaban sufriendo y familiares que también sufrían y me di cuenta que me estaba pasando factura” (E.6)</i></p>	<p><i>“Para mí es como una energía muy mágica, aunque es verdad que hoy en día como que es muy tabú el tema de la muerte y de la enfermedad en nuestra cultura.” (E.6)</i></p>

Fuente: elaboración propia

Categoría Vida Laboral Diaria

Recursos y necesidades de éstos	Herramientas de afrontamiento	Consejos a otros profesionales	Carga laboral
<p>“Hace poco hablábamos de lo importante que es tener un espacio para hablar de las emociones en este trabajo.” (E.3)</p>	<p>“Hablar con mis compañeros, el mismo día lo expresaba, me hartaba de llorar, pero a mí eso me ayudaba.” (E.1)</p> <p>“Cualquier herramienta que te permita trabajar emociones repercutirá en una mejor gestión de las situaciones cotidianas” (E.3),</p>	<p>“Les aconsejaría que intentaran no sobre implicarse y que lo más importante sería que tengan claro el concepto de que nuestra enfermería y nuestra medicina en estos casos no es para curar ni para salvar, es para ayudar en el momento de la muerte que es parte de la vida” (E.1)</p>	<p>“Trabajar en esta unidad requiere una alta demanda emocional por la carga psicológica que conlleva cuidar a pacientes en situación terminal.” (E.7)</p>
<p>“Formación y habilidades de comunicación [...] También ayudan cursos de espiritualidad o de mindfulness.” (E.4)</p>	<p>“El recurso fundamental es conocerme y nutrirme para poder acompañar a los demás.” (E.6)</p>	<p>“Empatía sobretodo, que trabajen mucho la empatía, que puedan entender la situación en la que se encuentran todos, pacientes y familias, para poder entender y después saber separar.” (E.5)</p>	<p>“En ocasiones este trabajo te sobrepasa, no cabe duda que necesitas estar muy unida a él para no abandonar.” (E.8)</p>
<p>“Por ejemplo, una vez al mes reunirnos. En mi unidad lo hemos intentado llevar a cabo, pero ha sido imposible debido a la carga asistencial.” (E.9)</p>	<p>“A mí me sirve de mucho la comunicación, intentar identificar qué sentimientos he captado yo o qué sentimientos he detectado y una vez yo detecto sentimientos, intento vincularlos a necesidades.” (E.3)</p>	<p>“Yo siempre recomiendo que, si te hacen preguntas respecto a la muerte y no sabes qué decir, por supuesto, que no digas nada, siempre es mejor el silencio” (E.6)</p>	<p>“A veces noto que las demandas son excesivas, necesitamos estar bien preparadas para que toda la carga nos afecte lo menos posible.” (E.4)</p>

Fuente: elaboración propia

Categoría **Vida Personal**

Creencias	Apoyo	Repercusión
<p><i>“A veces afronto los problemas porque tengo mucha Fe en Dios y entonces yo descanso en él.” (E.2)</i></p>	<p><i>“Momento de café y de interacción entre compañeros. como que hay muy buen equipo y te sientes muy respaldada, pues, normalmente ríes, cuentas las cosas que te han pasado y hay un buen escape.” (E.1)</i></p>	<p><i>“En mi vida familiar te diría que también tiene una repercusión positiva. No sé si estabas esperando que te dijera que era una repercusión negativa. Es muy positiva. [...] me ha ayudado a ver la muerte de una manera más formalizada, me ha ayudado a entender la enfermedad en cualquier momento de la vida, me ha ayudado a establecer prioridades y dar gracias por la salud y me ha ayudado a saber organizarme lo antes posible cuando viene la enfermedad.” (E.3)</i></p>
<p><i>“Siempre pregunto si es creyente y si lo es pues les digo que si creen que hay algo más deben irse tranquilos [...] creer en algo da paz [...]si no es creyente, para mí es mucho más difícil.” (E.9)</i></p>	<p><i>“Simplemente de escucha... que yo creo que lo hacemos de manera automática incluso, porque a veces vienes a las reuniones y lo cuentas todo [...] no es difícil ver a alguien llorando en las reuniones como una expresión de las emociones que necesitas en ese momento y proporcionas apoyo sin haberlo premeditado.” (E.3)</i></p>	<p><i>“Yo creo que depende, no solo del trabajo, sino también de las circunstancias de la persona, entonces, depende en qué circunstancia pues sí que te puede afectar más o menos, y ya el tema hormonal ya ni te cuento que a veces estamos más “tontonas” que otras veces.” (E.7)</i></p>

Fuente: elaboración propia